

SGSP INFO SSPS

Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP) Société Suisse de Psychiatrie Sociale (SSPS) Società Svizzera di Psichiatria Sociale (SSPS)

Liebe Leserin, Lieber Leser

Die Redaktionssitzung für dieses INFO fand unter dem Eindruck der Überschwemmungen in der Zentralschweiz statt. Dass weltweit noch weitere Naturkatastrophen kommen würden wussten wir damals noch nicht. Wir fanden jedoch bereits damals, dass wir der bedrückten Stimmung etwas entgegen setzen wollen. Daher entschlossen wir uns Projekte und Institutionen vorzustellen, die auch unter den heute oft erschwerten Bedingungen im eigentlichen Sinne sozialpsychiatrisch bleiben und eigene Kräfte nutzen. Ziel des INFOS der SGSP ist ja der Erfahrungsaustausch untereinander und damit vielleicht eine Diskussion anzuregen.

Etwa in der gleichen Zeit erschien in Basel ein trockenes Communiqué der PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft), dass sie ihren, seit bald 20 Jahren bestehenden Berufsförderungskurs (BFK) per Ende November aus finanziellen Gründen schliessen werden. Offenbar war die IV in letzter Zeit sehr viel zurückhaltender mit der Zuweisung, was zu Unterbelegung der Kurse führte. Laut Basler Zeitung vom 21.9.2005 seien die Kurse zu hochschwellig, für diese Klientel fänden die IV-Berater auch selber Stellen. Die IV bietet jedoch kein Job-Coaching an wie dies der BFK macht und kommt bereits heute an ihre personellen Grenzen, wie die langen Wartezeiten zeigen. Da der BFK Zürich offenbar keine entsprechenden Probleme hat muss mit Fug und Recht gefragt werden, wo das eigentliche Problem liegt.

► S. 28

Chère lectrice, cher lecteur

Pour cette édition de l'INFO, la séance de rédaction s'est déroulée dans le contexte des inondations qui touchèrent cette année la Suisse centrale. Nous ignorions alors que celles-ci seraient suivies par une série d'autres catastrophes naturelles se manifestant à différents endroits du monde. Nous éprouvions cependant déjà à ce moment-là la volonté d'opposer quelque chose à cette ambiance oppressante. C'est pourquoi, nous avons décidé de présenter des projets et des institutions qui, malgré les conditions actuelles souvent difficiles, poursuivent des objectifs de psychiatrie sociale et exploitent leurs propres ressources. Le but de l'INFO consiste précisément à favoriser entre nous l'échange d'expériences afin de stimuler d'éventuels débats.

Aux alentours de la même période, le PSAG (une coopérative de travail psychosocial) diffusait à Bâle un communiqué très laconique annonçant la suppression dès la fin novembre, pour des raisons financières, d'un cours de soutien à l'emploi existant depuis plus de 20 ans. Il semblerait que l'AI oriente de moins en moins de personnes vers ce type de structures, ce qui a provoqué une sous-occupation du cours en question. Selon la Basler Zeitung du 21.9.2005, ces cours seraient d'un niveau trop élevé et s'adresseraient à des clients, pour lesquels les conseillers AI seraient à même de trouver eux-mêmes un emploi. L'AI n'offre toutefois pas de service de job-coaching comme celui du PSAG et atteint déjà actuellement ses propres limites en matière de soutien à

► p. 28

Care lettrici, cari lettori,

Per questa edizione dell'INFO, la seduta di redazione si è tenuta nel contesto delle inondazioni che hanno toccato quest'anno la Svizzera centrale. Ignoravamo in quel momento che a queste avrebbero fatto seguito una serie di altre catastrofi naturali in diverse parti del mondo. Tuttavia già allora abbiamo sentito la necessità di opporci a questa situazione opprimente. Perciò abbiamo deciso di presentare dei progetti e delle istituzioni che malgrado le condizioni attuali spesso difficili, perseguono degli obiettivi di psichiatria sociale e sfruttano le loro risorse.

Lo scopo dell'INFO consiste precisamente nel favorire lo scambio delle nostre esperienze al fine di stimolare eventuali dibattiti.

Pressappoco nello stesso periodo, la PSAG (una cooperativa di lavoro psico-sociale) diffondeva a Basilea un comunicato molto laconico che annunciava la chiusura alla fine di novembre, per delle ragioni finanziarie, di un corso di sostegno all'impiego dopo più di 20 anni. Sembrerebbe che l'AI indirizzi sempre meno persone verso questo tipo di corsi provocando la mancanza di iscritti.

Secondo la Basler Zeitung del 21.09.2005, questi corsi sarebbero di un livello troppo elevato e si rivolgerebbero ad un pubblico che i consulenti AI potrebbe comunque collocare. L'AI non offre però servizi di Job-coaching come quelli del PSAG e già oggi ha raggiunto i propri limiti in materia di

► p. 28

Inhalt

27 Editorial
(Ruth Waldvogel)

29 Klimawandel und Milieutherapie
(Marta Stähelin)

30 Apertura di un ufficio della Fondazione
«Intégration Pour Tous» in Ticino

32 Empowerment-Förderung
(Andreas Knuf)

36 Le suivi psychiatrique intensif dans
le milieu (Charles Bonsak)

38 In eigener Sache / Entre nous /
Detto tra noi

39 Bericht aus dem Zentralvorstand
(Thomas Rüst)

39 Rapport du comité central
(Thomas Rüst)

40 Rapporto del comitato centrale
(Thomas Rüst)

Was jedoch am Meisten beschäftigt, ist die Tatsache, dass die Schliessung Ende August im erwähnten kurzen Communiqué bekannt gegeben wurde und von niemandem aufgenommen wurde. Die Basler Zeitung berichtete rund einen Monat später darüber.

Durch die Schliessung verliert die Region die einzige solche Institution und langjährige Erfahrung geht verloren. Frühzeitig an die Öffentlichkeit zu gelangen und mit vergleichbaren Institutionen anderer Regionen über die Ursachen der rückläufigen Belegung zu diskutieren und nach möglichen Auswegen zu suchen hätte vielleicht andere Möglichkeiten aufgezeigt.

Sind wir bereits so resigniert, dass wir uns nur noch von ökonomischen Gegebenheiten bestimmen lassen? Als sozialpsychiatrisch Tätige wissen wir um die Wichtigkeit der Kommune, der Gemeinschaftsarbeit auf die Gesundheit aller. Austausch und gegenseitige Unterstützung auf beruflicher Ebene ist Ausdruck der Integration in die Gemeinschaft und gerade in schwierigen Zeiten eine Notwendigkeit. Oder ist Solidarität tatsächlich ein überholter Begriff und wir können uns nur noch höheren Mächten unterwerfen?

Ruth Waldvogel

l'emploi comme le démontrent ses longs délais d'attente. Etant donné que le même cours est offert à Zürich sans difficulté particulière, on est en droit de se demander où se situe le véritable problème.

Ce qui est encore plus préoccupant c'est le fait que cette fermeture ait été annoncée à la fin août dans le bref communiqué cité plus haut sans que personne ne réagisse à ce sujet. La Basler Zeitung rapporta les faits exactement un mois plus tard. Cette fermeture signifie pour toute une région la disparition de la seule institution de ce type et la perte d'une longue expérience dans ce domaine. Alerter assez rapidement l'opinion publique et discuter des causes de la baisse de participation à ce cours en cherchant des solutions alternatives avec d'autres institutions de la région, apparentées ou partenaires, aurait peut-être permis de concevoir d'autres possibilités.

Sommes-nous donc à ce point résignés que nous nous laissons déterminer par des impératifs exclusivement économiques? En tant qu'agents de psychiatrie sociale, nous connaissons l'importance de la communauté et du travail de coopération pour la santé de tous. Les échanges et les soutiens mutuels dans l'intervention professionnelle sont l'expression de l'intégration au sein de la communauté et une nécessité pendant les périodes difficiles. Si ce n'est pas le cas, faut-il en conclure que la solidarité est effectivement un concept dépassé et qu'il ne nous reste plus qu'à nous soumettre à des puissances supérieures?

Ruth Waldvogel

sostegno all'impiego come dimostrano le sue lunghe liste d'attesa. Poiché lo stesso corso è offerto a Zurigo senza particolari difficoltà verrebbe da domandarsi dove sia il vero problema.

Ciò che è ancora più preoccupante è il fatto che questa chiusura sia stata annunciata alla fine di agosto con il breve comunicato sopraccitato senza provocare alcuna reazione. La Basler Zeitung riporta i fatti esattamente un mese più tardi. Questa chiusura significa per tutta la regione la sparizione della sola istituzione di questo tipo e la perdita di una lunga esperienza in questo campo. Avvertire prontamente l'opinione pubblica e discutere le cause del calo dei partecipanti a questi corsi, cercando soluzioni alternative con altre istituzioni che operano in altre regioni, avrebbe forse permesso di trovare soluzioni diverse.

Siamo dunque rassegnati al punto da lasciarci condizionare da imperativi esclusivamente economici? Quali operatori di psichiatria sociale conosciamo l'importanza della comunità e del lavoro di cooperazione per la salute di tutti. Gli scambi e i sostegni reciproci nell'intervento professionale sono l'espressione dell'integrazione nella comunità e una necessità nei momenti difficili. Oppure occorre concludere che la solidarietà è effettivamente un concetto sorpassato e che non ci resta che sottometerci a delle forze superiori?

Ruth Waldvogel

Jahresversammlung der SGSP / Asemblée annuelle de la SSPS / Asemblea annuale SSPS

Bern, 2.12.2005, 14.30 – 18.30 h

Zunftsaal zum Mohren, Kramgasse 12

Bus Nr. 12, bis / jusque à / fino a „Rathaus“

Programm:

François Ferrero: „Principes actuels des traitements et des soins de psychiatrie sociale“

Hans Brenner: „Soziopsychotherapie: wie könnte sie aussehen, was müsste erreicht werden?“

Zertifizierung / Certificacion / Certificazione ZASP

Klimawandel und Milieuthherapie

Die sozialpsychiatrische Betreuung beruht auf der simplen und zugleich komplexen Tatsache, dass der Mensch ein soziales Wesen ist. Ein Einbezug des sozialen Kontexts beinhaltet auch, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob eine psychiatrische Einrichtung, und speziell eine Klinik, förderlich oder hinderlich für die psychische Gesundheit sei. Eine solche Perspektive einzunehmen, wird aber zunehmend zur Herausforderung: Das gegenwärtige Klima geprägt von Spardruck, Einschränkung der psychiatrischen Sichtweise auf biologische und verhaltensspezifische Faktoren, sowie einer Machtverschiebung vom therapeutischen zum Verwaltungssektor wirken nicht gerade fördernd.

von Martha Stähelin

Die sozialpsychiatrische Bewegung kannte und kennt zwei Vektoren: die bestens bekannte Bewegung nach aussen mit Dehospitalisation, Integration ins Lebensumfeld, gemeindenaher Versorgung und anderem mehr. Der andere Vektor geht nach innen. Seine Schlagwörter sind therapeutische Gemeinschaft, Milieuthherapie, Stationsklima, Gruppentherapie und andere mehr. Beiden gemein ist der Bezug der Behandlung auf die ebenso simple wie komplexe Tatsache, dass der Mensch ein soziales Wesen ist. Simpel und gut ist die Grundannahme dort, wo sie den Einbezug des sozialen Umfeldes als *conditio sine qua non* einer sinnvollen psychiatrischen Behandlung setzt. Komplex wird der Grundgedanke nicht nur in der konkreten Umsetzung, sondern spätestens bei der Frage, ob denn das soziale Umfeld einer psychiatrischen Einrichtung, vor allem einer Klinik, förderlich oder hinderlich sei. Die Antwort von Vektor eins ist klar: die institutionelle soziale Umgebung ist ungünstiger als die natürliche, sie führt zu Chronifizierung und Hospitalismus. Klinikaufenthalte sind deshalb zu begrenzen, eine ambulante oder zumindest nur teilstationäre Behandlung eindeutig vorzuziehen etc. Dies ist alles weiterhin zu unterschreiben, falls die Grundbedingung erfüllt ist: Einbezug des sozialen Kontexts. Nur: hier hat sich der Klimawandel schon vollzogen. Die

kurze oder ultrakurze Hospitalisation ist bekanntlich nicht die perfekte Umsetzung sozialpsychiatrischer Anliegen, sondern die Reduktion eines psychiatrischen Problems auf Biologie und Verhalten.

Bei der sozialpsychiatrischen Stossrichtung, die ihre Anliegen in die Institution tragen will, ist es mit der Einfachheit aus; sie sieht sich selbst komplexeren und widersprüchlicheren Anliegen gegenüber. Wie soll denn ein soziales Umfeld aus Menschen mit schwerwiegenden Problemen förderlich sein.? Wir haben gelernt, die zufällige und zeitlich begrenzte Gemeinschaft der Patienten mit all ihren Kräften zu bündeln und therapeutisch einzusetzen. Wir haben gelernt aus dem chronifizierenden Milieu der psychiatrischen Klinik eine Milieu-Therapie zu entwickeln. Wir haben gelernt, dass Probleme draussen und drinnen spiegelbildlich sind und dass dies therapeutisch nutzbar ist. Wir kennen die Schwankungen der Stationsmilieus, bei denen Patientin X das „Milieu zerstört“ und Patient Y mit seinem gutem Gemein-

schaftsinn dem „Milieu“ so gut tut. Wir haben Erfahrungen gesammelt mit Stationsversammlungen. Sie sind manchmal geprägt von blockierendem Schweigen, das zu interpretieren ist als Widerstand, als momentane Unmöglichkeit, die eigene soziale Bezogenheit umzusetzen. Die Stationsversammlung ist auch der Ort, wo Lernen am Modell möglich wird: „Du musst dir halt mal die Haare waschen, wenn du eine Wohnung ansehen gehst, ich musste mich auch anpassen“. Und es ist vor allem der Ort, wo individuelle Beziehungsmuster auf neue Umgebungen treffen und damit die Chance haben auf andere

als die üblichen Reaktionen zu stossen. So kann die Gruppe, die thematisch häufig an Probleme des Zusammenlebens geknüpft ist, Ausgangspunkt für Bewusstwerdung und Veränderung werden.

Wir kennen alle auch jene Schattenseiten des Milieus, bei denen nicht nur eine bestimmte Gruppendynamik das Milieu so prägt, dass es für eine Gesundung ungünstig bis kontraproduktiv wird, sondern wir kennen auch genügend Situationen, wo die durch die Institution gesetzten Bedingungen des Milieus, wie z.B. die geschlossene Abteilung, die Komplexität der Abläufe zum Hindernis werden. Einem suizidalen Asylsuchenden, der zum Schutz eingeschlossen wird, einem psychotischen Menschen, der sich pro Tag in mehreren Gruppen bewegen soll, die treffen auf ungünstige Milieubedingungen.

Was Alltag in der psychiatrischen Klinik oder im Wohnheim oder in der therapeutischen Wohngemeinschaft ist, das kann beschrieben werden. Was seine Reflexion und Konzeptualisierung in der Dimension

des Milieu betrifft, da ist Klarheit schwierig zu finden und vor allem aufrecht zu erhalten. Hilfreich kann dabei sein, die Begriffe Milieu und Milieuthherapie nicht gleich zu setzen. Zum Begriff Milieu gehört das Bewusstsein dafür, dass das Individuum, die Gruppe und die soziale Umgebung in Interaktion stehen und das jeweilige Klima prägen. Verursacher des Klimas sind aber nicht nur die Anwesenden, sondern auch die klimatischen Bedingungen wie Örtlichkeit, Therapieplan, personelle Ressourcen. Diese Grössen stehen zwischen Milieu und Milieuthherapie. Sie prägen das Milieu mit, sind aber noch nicht im engeren Sinne

therapeutisch. Und sie unterliegen zur Zeit einer Klimaveränderung. Spardruck, Machtverschiebungen vom therapeutischen Sektor in den verwalterischen und anderes nagen am Gewicht solcher Faktoren für das Milieu.

Es bleibt die Milieutherapie. Sie macht auf zwei Verhältnisse aufmerksam: Dass das Milieu, in dem jemand behandelt wird, wirksam ist und in der Regel therapeutisch wirksam. Und zudem macht der Begriff Milieutherapie aufmerksam darauf, dass das Milieu ebenso in der Regel der Therapie bedarf. Günstige Wirkung ist nur dann garantiert, wenn mit *und* am Milieu therapeutisch gearbeitet wird. In diesem Sinne ist die Milieutherapie eine Technik der psychiatrischen Behandlung sowie z. B. das Einhalten des Settings eine Technik der psychoanalytischen Psychotherapie ist. Wie dort schafft die Milieutherapie in erster Linie den Rahmen. Erst wenn dieser gewährleistet ist, kann Milieu therapeutisch wirken. Milieutherapie muss dabei die beiden Aspekte des väterlich-strukturierenden und mütterlich-schützenden so zusammensetzen, dass in einer jeweiligen Umgebung Milieu therapeutisch wirksam sein kann. So verstanden ist Milieu ein dauerender Prozess des Austarierens zwischen diesen beiden Aspekten und braucht hohe Aufmerksamkeit und Ausdauer. Was dauernd sich ändert, das Klima einer psychiatrischen Einheit, braucht die Konstanz gleichbleibender Aufmerksamkeit der therapeutisch Tätigen.

Changements sociaux et thérapie du milieu

Les soins de psychiatrie sociale sont fondés sur l'acceptation simple et complexe de l'être humain en tant qu'entité sociale. La prise en compte concrète du contexte social se heurte toutefois en fin de compte à la question de savoir si une structure psychiatrique, en particulier une clinique, est salutaire ou néfaste. Elle relève aujourd'hui aussi d'un défi conditionné par des changements sociaux empreints, entre autres, de pressions budgétaires, d'une réduction des problèmes psychiatriques à des questions de biologie et de comportement, à un déplacement du pouvoir thérapeutique vers le pouvoir administratif.

La distinction entre les notions de milieu et de thérapie du milieu clarifie la réflexion et la conceptualisation liées à un dispositif psychiatrique. La thérapie du milieu est une technique des soins psychiatriques, qui dans un environnement donné, articule des éléments structurant paternels et des éléments protecteurs maternels de manière à conférer au milieu une efficacité thérapeutique. La permanente évolution d'un milieu a besoin de l'attention stable et constante des acteurs thérapeutiques.

Cambiamenti sociali e terapia dell'ambiente

Le cure di psichiatria sociale sono fondate sull'accezione semplice e complessa dell'essere umano in quanto entità sociale. La considerazione concreta del contesto sociale si urta però con la necessità di sapere se una struttura psichiatrica, in particolare una clinica, sia salutare o nefasta e comporta anche una sfida, condizionata dai cambiamenti derivanti dalle pressioni di budget, dalla riduzione dei problemi psichiatrici a questioni di biologia e di comportamento, dal trasferimento del potere terapeutico al potere amministrativo.

La distinzione tra le nozioni di ambiente sociale e terapia dell'ambiente può aiutare a chiarire la riflessione e la concezione di un dispositivo psichiatrico. La terapia dell'ambiente è una tecnica di cura psichiatrica che in un determinato contesto articola gli elementi strutturanti paterni e gli elementi protettivi materni in modo da conferire all'ambiente un'efficacia terapeutica. La permanente evoluzione di un contesto ha bisogno dell'attenzione stabile e costante delle figure terapeutiche.

Apertura di un ufficio della Fondazione «Intégration Pour Tous» in Ticino

L'articolo, in occasione della prossima apertura di un ufficio della fondazione IPT, Intégration Pour Tous, da tempo operante, nella Svizzera romanda traccia un profilo di un'istituzione nata come "ponte" tra le imprese e i soggetti più deboli della nostra società, con lo scopo di favorirne il reinserimento professionale e combattere contro la loro esclusione dal mercato del lavoro.

IPT. Rispondendo all'invito delle autorità cantonali che si augurano di beneficiare dei suoi servizi e della sua esperienza, la Fondazione Intégration Pour Tous, IPT, aprirà un ufficio in Ticino nel gennaio del 2006.

Punto di contatto tra l'ambito economico e quello sociale, IPT è una Fondazione privata creata nel 1972 da alcuni dirigenti aziendali allo scopo di favorire l'integrazione e il reinserimento professionale delle persone con problemi di salute fisici, psichici o mentali. Gestita come un'impresa di collocamento specializzata, la fondazione non ha scopi di lucro. Riconosciuta istituzione di utilità pubblica, beneficia di contratti di prestazione con l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, il Segretariato di stato dell'economia, i cantoni e i comuni. È inoltre sostenuta da un "Club imprese", costituito da piccole-medie imprese e da multinazionali convinte della qualità e

dell'utilità della sua azione. IPT collabora con gli uffici regionali di collocamento, gli uffici cantonali AI, le assicurazioni private, la SUVA, i servizi sociali comunali e regionali, i medici, gli ospedali, i servizi di tutela, le leghe della salute, i centri psico-sociali e diverse istituzioni

Un concetto originale di reinserimento professionale, in rete con tutti i collaboratori

IPT ha sviluppato un concetto originale che si esprime nella sua azione sul piano

personale, sociale e professionale. Ogni situazione affrontata da IPT è considerata unica; una soluzione “su misura“ è realizzata in collaborazione con tutti gli organismi che coinvolgono la persona. Il processo di reinserimento socio-professionale si articola attorno a quattro punti fondamentali: bilancio socio-professionale, preparazione alla ripresa di un'attività professionale, collocamento e accompagnamento.

In un primo momento, il bilancio permette di mettere in evidenza le competenze personali e professionali dei candidati (persone seguite da IPT), di definire le loro aspettative e le loro motivazioni oltre che le limitazioni imposte dai loro problemi di salute. L'obiettivo di questa tappa è la messa in atto d'un progetto professionale realistico, realizzabile e durevole.

Una volta che questo bilancio è stato stabilito e un progetto professionale è stato definito, la fase di preparazione alla ripresa di un'attività professionale può cominciare. Questa si fa individualmente o in gruppo attraverso dei colloqui individuali, dei moduli collettivi di formazione, (ateliers di gestione del cambiamento, del ragionamento logico, della comunicazione e dell'argomentazione, atelier impiego, etc.) e di stage nelle imprese (osservazione, orientamento e riqualificazione).

In seguito, che si tratti di collocamento fisso o temporaneo, IPT funziona come un ufficio di collocamento, rispondendo alle

richieste delle imprese, proponendo loro del personale qualificato o meno, in tutti i settori, e assicurandosi dell'adeguatezza del candidato per il posto e viceversa, senza alcun costo né da una parte né dall'altra. Ogni collocamento prevede un accompagnamento regolare o su richiesta,



Foto: eye2eye

offerto all'impresa o alla persona collocata. Questo accompagnamento non è limitato nel tempo in modo da garantire l'integrazione del candidato nel suo nuovo posto nelle migliori condizioni.

In collaborazione con le imprese, IPT rimette annualmente nel circuito lavorativo diverse centinaia di persone che ne erano state escluse a causa di malattia o di infortunio.

IPT e la sua rete d'impresre

Emanazione del padronato, la fondazione deve il suo successo alla sua vicinanza con le imprese. Impresa sociale essa stessa, comprende le preoccupazioni delle imprese e offre loro delle prestazioni adeguate alle loro esigenze. Inoltre IPT può anche intervenire direttamente nell'impresa quando dei collaboratori sono in difficoltà professionale a causa di problemi di salute. Gettando uno sguardo da imprenditore sulle persone che IPT segue e preparandole quindi al ritorno nel mondo del lavoro, la Fondazione costringe anche le imprese a cambiare la loro visione delle persone con disagi psichici o fisici : queste ultime divengono delle risorse e non sono più ridotte al loro problema di salute. Oggi IPT conta una rete di più di 5000 imprese che collaborano con la fondazione.

IPT, un'azione socialmente ed economicamente efficiente

Nel 2004, quasi un terzo dei candidati seguiti da IPT - circa 1650 persone - hanno ritrovato un impiego fisso. Queste persone, grazie alla loro attività professionale, ritornano ad essere protagonisti della vita economica.

IPT combatte l'esclusione, permettendo alle diverse istituzioni di sostegno e alle assicurazioni sociali di risparmiare regolarmente diversi milioni di franchi. L'azione d'IPT s'iscrive inoltre in una politica di sviluppo durevole e contribuisce alla costruzione di una società più umana che sostiene attivamente i suoi membri più fragili.

Estensione del raggio d'azione dell'IPT

Creato nel cantone di Ginevra, la fondazione ha inizialmente avviato la sua attività nei cantoni Vaud, Vallese, Friburgo. Di fronte ai bisogni espressi dai portatori di handicap della Svizzera e con l'appoggio delle autorità federali, la Fondazione conosce oggi un ulteriore sviluppo.

Nel giugno 2005 ha quindi aperto un'antenna a Bienne e in seguito in Ticino, mentre progetta di installarsi a Zurigo alla fine del 2006.

Die Stiftung IPT «Intégration Pour Tous»

ist seit Jahren in der Romandie aktiv. Im nächsten Januar wird erstmals auch ein Büro im Tessin eröffnet werden. Im folgenden Artikel stellt sich die Stiftung kurz vor:

IPT hat eine wichtige „Brückenfunktion“ zwischen Unternehmen und körperlich, psychisch oder geistig behinderten Arbeitnehmern. Die Stiftung setzt sich für deren berufliche Wiedereingliederung ein und leistet somit einen Kernbeitrag im Kampf gegen soziale und berufliche Ausgrenzung.

La fondation IPT «Intégration Pour Tous»

est active depuis plusieurs années en Suisse romande.

En janvier prochain, elle ouvrira pour la première fois un bureau au Tessin. Dans l'article qui suit, cette fondation se présente brièvement.

IPT assure une importante fonction de passerelle entre des entreprises et des employés handicapés physiques, psychiques ou mentaux. La fondation s'engage en faveur de leur réintégration professionnelle et elle fournit ainsi une contribution essentielle dans la lutte contre l'exclusion sociale et professionnelle.

Empowerment-Förderung: Zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit

Von Andreas Knuf

Der Begriff Empowerment („Selbstbefähigung“, „Selbstermächtigung“) entstammt ursprünglich der amerikanischen Black-Power-Bewegung und der Frauenbewegung. Beides waren Emanzipationsbewegungen: Gesellschaftlich unterlegene Gruppen waren nicht länger bereit, ihnen widerfahrene Diskriminierung zu akzeptieren. Sie erarbeiteten sich ein neues Selbstbewußtsein, schlossen sich zusammen und lehnten sich auf gegen erlebte Unterdrückung. Später nutzten Fachpersonen diesen Begriff zur Umschreibung ihres professionellen Selbstverständnisses. Heute wird der Begriff fast inflationär verwandt, zumeist ohne dass der emanzipatorische Aspekt noch enthalten wäre. Dabei ist Empowerment weit mehr als die Förderung von Eigenaktivität oder die Schulung von Patienten. Empowerment meint Emanzipation und Partizipation Betroffener auf persönlicher, institutioneller und politischer Ebene. In der Psychiatrie kann das beispielsweise bedeuten: Mitsprache bei psychiatriepolitischen Entscheidungen oder Forschungsprojekten; gestärktes Selbstbewußtsein das es einem Betroffenen ermöglicht, offen zu seiner Erkrankung zu stehen; Mitarbeit bei der Formulierung von Behandlungsstandards in Institutionen oder in der Fort- und Weiterbildung. Während Empowerment nur von den Betroffenen vollbracht werden kann, kommt den professionell Tätigen die Aufgabe zu, Empowerment-Prozesse zu fördern und durch das Beseitigen von Hindernissen zu ermöglichen. Zentrale Aufgaben auf professioneller Seite sind beispielsweise die wirkliche Bereitschaft Macht zu teilen, Behandlungsangebote nach den Anliegen der Nutzer zu gestalten oder ungewöhnliche Lebensweisen weitestgehend zu würdigen.

Aktuelle Entwicklungen

Verschiedenste Aktivitäten zur Empowerment-Förderung wurden in den letzten Jahren in der Psychiatrie angestoßen. Dabei gibt es regional sehr große Unterschiede: Es gibt Versorgungsregionen, in denen viele Institutionen bemüht sind, möglichst

demokratische Strukturen aufzubauen und ihren Klienten verschiedenste Mitbestimmungsmöglichkeiten einzuräumen. In diesen Regionen bieten beispielsweise Kliniken Behandlungsvereinbarungen an, Psychoseminare funktionieren wirklich trialogisch, oftmals existiert eine funktionierende Beschwerdestelle und die örtliche Selbsthilfebewegung ist aktiv. Psychiatrische Gremien haben sich für Betroffene und Angehörige geöffnet. Es gibt aber auch andere Versorgungsregionen, in denen in Bezug auf Partizipation in den letzten 10 Jahren keine deutliche Öffnung erfolgt ist. Empowerment-Förderung hat zunächst bei jenen Betroffenen begonnen, die Selbsthilfe, Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe usw. eingefordert haben. Sie ist im Kontakt mit diesen Klienten recht einfach: Natürlich haben diese Klienten ein Recht darauf, dass ihnen weitestgehende Selbstbestimmung eingeräumt wird, natürlich sollte alles getan werden um ihre Selbsthilfemöglichkeiten zu fördern. Hier ist noch viel zu tun. Beispielsweise verlässt heute fast jeder Psychoseerfahrene nach einer Ersterkrankung die Klinik mit Medikamenten, aber nur wenige haben Unterstützung erhalten, um ihre Selbsthilfemöglichkeiten nutzen zu können. Eine fachliche Begründung für dieses absurde Vorgehen ist weit und breit nicht in Sicht.

Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung

Aber auch einem zweiten Bereich darf sich Empowerment-Förderung nicht verschliessen: jenen Menschen, die von sich aus zunächst nicht am Nutzen ihrer Empowerment-Möglichkeiten interessiert sind. Seit etwa 5 Jahren biete ich Fortbildungen zur Empowerment-Förderung an, inzwischen haben über 1000 professionell Tätige daran teilgenommen. Eine spannende Beobachtung in diesen Fortbildungen ist, dass vor allem Fachpersonen kommen, die eher mit langzeitkranken oder schwer kranken Menschen arbeiten. Oft stellen wir dann fest, dass die Professionellen ein

stärkeres Interesse an der Förderung des Empowerments haben als ihre Klienten. Vor allem langzeitranke Menschen und/oder Menschen, die viele Jahre in psychiatrischen Institutionen gelebt haben, fühlen sich von bestimmten Empowerment-Angeboten manchmal eher überfordert. Ein solches Verhalten ist nur allzu verständlich und zumeist Folge langjähriger Lernerfahrungen. Empowerment-Förderung ist bei diesen Menschen weit schwieriger: Es geht nämlich zunächst um die Frage, ob es nicht schon ein Ausdruck der Selbstbestimmung dieser Menschen ist, dass sie mit Empowerment in Ruhe gelassen werden wollen. Empowerment-Förderung bei diesen Menschen bedeutet vor allem, sie in die Lage zu versetzen, selber zu entscheiden ob sie Empowerment wünschen oder nicht. Im Rahmen der Empowerment-Diskussion der letzten Jahre wurden bisher kaum Methoden und Strukturen entwickelt, um mit dieser Klientengruppe „empowerment-ermöglichend“ zu arbeiten. Erfahrungswissen, beispielsweise aus der Enthospitalisierung, ist uns teilweise sogar schon wieder verloren gegangen. Beispielsweise zeigt sich, dass es nicht ausreicht Klienten Selbstbestimmungsmöglichkeiten einzuräumen und Entscheidungsspielräume zu öffnen. Viele psychiatrieeerfahrene Menschen haben im Laufe langer Krankheitserfahrungen ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung verloren. Empowerment-Förderung bedeutet hier, zunächst Hilfen anzubieten um Klienten wieder zu befähigen selber zu entscheiden. Andernfalls werden sie sich von der Forderung nach Selbstbestimmung teilweise überfordert fühlen.

Entwicklung vollzieht sich oftmals dialektisch. Das trifft auch auf die psychiatrische Arbeit und den Übergang von einer paternalistischen Beziehungsstruktur zu einer empowerment-orientierten Beziehung zu. Wenn wir empowerment-orientiert arbeiten wollen, stehen wir daher in der Gefahr zunächst etwas über unser Ziel hinauszuschieszen und vom einen Extrem ins andere zu geraten. Aus der Haltung der custodialen Psychiatrie „Ich weiß, was gut für Dich ist“ kann schnell die Position werden: „Mach was du willst.“ Das Pendel ist also in die andere Richtung umgeschlagen. Eine Haltung von „Mach was du willst“ hat mit Empowerment gar nichts zu tun, hier wird der Betroffene eher im Stich gelassen. Studien zeigen: Betroffene wünschen sich Fachpersonen, die ihr Selbstbestimmungsrecht weitestmöglich akzeptieren, auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung in Krisensituationen aber durchaus auch stellvertretende

Entscheidungen treffen, jedoch nur so lange es unbedingt nötig ist (Terzioglu, 2005). Gerade diese Balance ist die Herausforderung, nicht nur in Bezug auf Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung, sondern auch bezüglich Aktivität versus Passivität, Ressourcen versus Defizit oder Selbsthilfe versus Fremdhilfe. Wir dürfen beispielsweise bei allerressourcenorientierten Arbeit nicht vergessen, dass unsere Klienten nicht aufgrund ihrer Ressourcen zu uns kommen, sondern aufgrund bestimmter Defizite.

Gratwanderung

Empowerment-Förderung ist immer eine Gratwanderung: Wie kann es gelingen, die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung, Selbsthilfe und Emanzipation zu fördern, ohne sie gleichzeitig zu verordnen? „Sei autonom!“ ist eine paradoxe Aufforderung. Wenn aus einem „Nimm deine Pillen!“ ein „Nutze endlich deine Selbsthilfemöglichkeiten!“ wird, dann haben wir die Empowerment-Förderung ad absurdum geführt. Vielfach geschieht das gegenwärtig. Beispiel für ein solches Vorgehen sind einige psychoedukative Ansätze, die den Teilnehmenden wichtige Informationen und Selbsthilfekompetenzen vermitteln, sie aber in der Rolle der Lernenden und Gehorchenden belassen, während die professionell Tätigen die Lehrenden bleiben. Jede Diabetikerschulung wird heute als Empowerment bezeichnet. In diesen Ansätzen gibt es zumeist Verhaltensziele, die von Fachleuten definiert werden, ohne dass Betroffene wirklich einbezogen würden. Diese Form der Edukation kann für viele Klienten hilfreich sein, weil sie ihnen wichtige Informationen vermittelt. Eine Partnerschaft wird allerdings dadurch nicht erreicht.

Künftige Herausforderungen für die Empowerment-Förderung

In Zukunft werden immer mehr psychiatrieerfahrene Menschen einen partnerschaftlichen Beziehungsstil von professionell Tätigen einfordern. Sie werden zunehmend mehr informiert werden wollen und selber entscheiden, statt sich den Anordnungen der Fachpersonen zu fügen („Compliance“). Dabei handelt es sich um einen gesellschaftlichen Trend, der in verschiedensten Medizin-disziplinen zu beobachten ist. Bei weiterhin freier Arztwahl werden sich Betroffene zunehmend mehr für nutzerorientierte Ärzte

und Fachinstitutionen entscheiden. Viele Patienten der Zukunft werden selbstbewusster und informierter sein als heutige Patienten. Unter dem Blickwinkel des Empowerment wird es verschiedenste Herausforderungen geben: Viele Fachleute werden ihren Beziehungsstil zu Klienten ändern müssen, sonst entsprechen sie in Zukunft noch weniger den Anliegen der Betroffenen als das heute schon der Fall ist. Doch der „mündige Patient“ darf keine Ideologie werden, es wird auch betroffene Menschen geben, die keine selbstbestimmten und selbstbewußten Klienten sein wollen und sein können.

Auch durch die heikle wirtschaftliche Situation werden an verschiedenen Stellen Empowerment-Prozesse erschwert. Gerade bei langzeitkranken Menschen ist viel Geduld und Zeiterforderlich um Eigenständigkeit zu fördern. Wer diese als Fachperson aufgrund von Zeitmangel nicht hat, der macht es eben selber weil es schneller geht, und schon ist beim Klienten wieder eine Möglichkeit vertan, selbst zu handeln und Neues zu erlernen. Die zahlreichen und wohl noch weiter zunehmenden Kürzungen im Sozialbereich können in diesem Sinne negative Konsequenzen für die Empowerment-Förderung haben. Es ist eine Pflicht für professionell Tätige, sich

gegen weitere Kürzungen zu wehren und die darin sichtbar werdende Diskriminierung psychisch kranker Menschen anzusprechen. Zugleich ist es empowerment-orientiert, sich von den wirtschaftlichen Gegebenheiten nicht in Resignation und Passivität treiben zu lassen, wie dies gegenwärtig vielerorts geschieht und ganze Teams lähmt. Eigenengagement wird notwendig, wo fachliche Begleitung nicht mehr gewährleistet werden kann, einzelne Angebote psychiatrischer Anbieter werden bei Wegfall infolge Personalkürzung durch Betroffene übernommen. Wir erfahren dann: Wir sind nicht überall notwendig, wo wir heute aktiv werden. Das nicht als Kränkung zu erleben und in eine Haltung von „Ihr werdet schon sehen, dass das ohne uns nicht geht“ zu geraten, ist hier die empowerment-fördernde Aufgabe.

Literatur beim Verfasser.

Andreas Knuf, Diplom-Psychologe, ist Mitarbeiter der Schweizer Stiftung Pro Mente Sana in Zürich. Verschiedene Veröffentlichungen zu Empowerment und Selbsthilfeförderung, unter anderem „Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit“. Email: a.knuf@promentesana.ch

Favoriser l'empowerment, une préoccupation centrale dans le travail en psychiatrie

Empowerment signifie auto-aptitude. Le soutien à l'empowerment désigne les approches de pratique psychosociale, qui encouragent des personnes à exploiter leurs propres forces et dont les prestations d'aide visent le développement de l'autodétermination et de l'entraide. Favoriser l'empowerment et orienter son intervention dans le sens de l'autodétermination des personnes est un défi pour tous les professionnels de la psychiatrie. Cela nécessite une culture du travail en partenariat, la volonté de céder des parts de définitions et de pouvoir professionnels, la capacité de négocier des formes de soutien et d'accepter des manières de vivre inhabituelles. L'empowerment peut également être encouragé dans des espaces où des personnes ne revendiquent pas par elles-mêmes leur droit à l'autodétermination.

Favorire l'empowerment, una preoccupazione centrale nel lavoro in psichiatria

Empowerment significa "rendere qualcuno in grado di fare". Chiamiamo promozione dell'empowerment gli approcci della pratica psicosociale che incoraggiano le persone a sviluppare le proprie forze e che danno un sostegno allo sviluppo dell'autodeterminazione e dell'auto aiuto.

Favorire l'empowerment e orientare il suo intervento verso l'autodeterminazione delle persone costituisce una sfida per tutte le professioni della psichiatria. Questo richiede una cultura del lavoro d'équipe, la volontà di cedere parte del proprio potere professionale, la capacità di negoziare delle forme di sostegno e di accettare modi di vivere non convenzionali. L'empowerment può inoltre essere incoraggiato nei luoghi o fra le persone che non rivendicano il loro diritto all'auto determinazione.

Le suivi psychiatrique intensif dans le milieu

Charles Bonsack

Depuis les années 60, le mouvement de désinstitutionnalisation en psychiatrie s'est fortement accéléré. L'hôpital joue de plus en plus le rôle d'un lieu de soins aigu en cas de crise, plutôt que celui d'un hébergement asilaire de longue durée. Cette désinstitutionnalisation a commencé par la dénonciation des institutions asilaires. Aujourd'hui, en tenant compte des pressions économiques sur la santé, elle se poursuit avec de plus grands espoirs de traitement des troubles psychiatriques, et de la prise de pouvoir des usagers dans les décisions thérapeutiques. Pour la plupart des usagers et des professionnels, cette évolution est favorable. Néanmoins, elle ne va pas sans difficulté pour une frange de patients pour lesquels « désinstitutionnalisation » signifie « exclusion » et « marginalisation ». Des suivis qui vont à la rencontre des patients les plus vulnérables dans la communauté doivent donc être développés.

Après les développements des années 60, motivés par la recherche d'alternatives à l'hospitalisation, on assiste aujourd'hui à un renouveau de la psychiatrie communautaire, axé sur le renforcement du pouvoir et des capacités du malade psychiatrique dans son réseau naturel. Cette « nouvelle » psychiatrie communautaire vise à mettre une vision interdisciplinaire de la psychiatrie au service du citoyen dans une perspective de santé communautaire. Elle choisit la « meilleure » intervention non comme la plus aboutie techniquement, mais comme la plus utile à la personne et à ses proches gérer de manière autonome leur propre santé (Grémy, 1997). Le développement du suivi psychiatrique intensif dans le milieu (SIM) s'inscrit dans ce cadre, et répond à un manque pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, leurs proches, ainsi que les membres du réseau de soins (Bonsack, Haefliger, Cordier, & Conus, 2004; Conus, Bonsack, Gommeret, & Philippoz, 2001). Ce suivi s'inspire à la fois d'une approche individuelle de type Assertive Community Treatment (PACT) (Stein & Test, 1980) et d'une approche milieu (Guay, Chabot, Belsey, & Dulude, 2000). Il vise à rencontrer la personne souffrant de troubles psychiatrique

et son entourage là où ils se trouvent, jusqu'à deux fois par jours si nécessaire, afin de renouer avec un projet de vie interrompu par la crise. L'intervention peut engager un infirmier, un assistant social ou un médecin, et se déroule dans le milieu naturel du patient, en préservant le réseau existant. Ses objectifs principaux sont (1) d'aller à la rencontre des personnes « en refus » de soins psychiatriques, (2) de diminuer le délai entre l'apparition des troubles et l'intervention et (3) d'offrir une alternative à l'hospitalisation aux personnes en crise récurrente.

Rencontrer les personnes «en refus».

L'entourage est désemparé devant des personnes qui ne se sentent pas malades et sont réticentes à une évaluation ou à des soins psychiatriques. Les services sociaux et la police sont souvent en première ligne

dans des interventions qui ne parviennent pas à aboutir à des soins. De manière très frustrante, sans intervention « proactive » dans le milieu, il faut attendre une dégradation de la situation pour permettre une intervention en urgence contre le gré de la personne. Il est donc important de rencontrer l'entourage en souffrance, même si le malade désigné n'est pas directement accessible. Ces rencontres permettent de détendre la situation pour faciliter le contact, ou, le cas échéant, d'établir un lien et un projet avec les proches avant une intervention en urgence. Dans ces conditions, le potentiel d'amélioration des personnes « en refus » est parfois surprenant. Ces personnes dépensent une énergie considérable pour lutter contre leur troubles et la « fatalité » de la maladie psychiatrique et de ses conséquences. Mieux focalisée par un accompagnement, cette énergie donne parfois à la personne une force considérable pour redémarrer dans son parcours de vie.

Diminuer le délai entre l'apparition des troubles et l'intervention

Comme dans la psychose débutante, l'apparition de troubles psychiatriques est

Seit den 60-er Jahren...

beschleunigte sich der Prozess der Desinstitutionalisierung in der Psychiatrie stark. Die Klinik wurde zunehmend zum Ort der Behandlung akuter Krisen und immer weniger Aufenthaltsort für Langzeitpatienten. Diese Desinstitutionalisierung begann mit der Anprangerung der psychiatrischen Anstalten und ihrem Anstaltscharakter. In der heutigen Zeit, mit dem zunehmenden ökonomischen Druck im Gesundheitssektor, stellt sie eine grosse Hoffnung dar bei der Behandlung psychiatrischer Störungen und der Ermächtigung der Patienten in ihren therapeutischen Entscheidungen. Für die meisten Benutzer und Fachleute stellt dies eine erfolgversprechende Entwicklung dar. Trotzdem gibt es eine Gruppe von Patienten für die Desinstitutionalisierung Ausschluss und Marginalisation bedeutet. Aus diesem Grunde braucht es Betreuer, die sich um die schwächsten Patienten der Kommune kümmern.

Dagli anni '60...

il movimento che si oppone alle strutture di ricovero "segreganti" in psichiatria si è fortemente accelerato. L'ospedale svolge sempre più il ruolo di un luogo di cura in caso di crisi, piuttosto che quello di un luogo di soggiorno di lunga durata. Questo processo è cominciato con la denuncia delle istituzioni alienanti e oggi, tenendo conto delle pressioni economiche sulla sanità, continua con maggiori speranze di trattamento dei problemi psichiatrici e con la presa di potere degli utenti nelle decisioni terapeutiche. Se per la maggior parte degli utenti e degli operatori questa evoluzione è favorevole, per una frangia di pazienti tuttavia, significa "esclusione" ed "emarginazione". Delle misure di accompagnamento per i pazienti più vulnerabili nella comunità devono quindi essere sviluppate.

souvent difficile à distinguer d'une crise existentielle : anxiété, diminution des performances scolaires, isolement... De ce fait, les premiers contacts avec les professionnels de santé sont souvent infructueux. De plus, les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques sévères ont plus de réticence à consulter, et sont plus facilement découragés par les obstacles dans leur recherche de soins psychiatriques. De ce fait, le délai entre l'apparition des troubles et l'intervention psychiatrique est prolongé, et l'intervention risque d'avoir lieu dans des conditions déjà fortement dégradées, avec un épuisement des proches, des conflits, des ruptures, une perte d'emploi, de marginalisation, voire de suicide (McGorry & Jackson, 1999). Une équipe mobile facilite l'évaluation spécialisée à domicile et l'engagement dans un traitement, en évitant parfois le recours à une hospitalisation (Conus & Bonsack, 2004).

Offrir une alternative à l'hospitalisation pour des personnes en crises récurrentes

Certaines personnes sont paradoxalement trop malades pour bénéficier d'une hospitalisation au delà d'une intervention d'urgence. Souvent hospitalisés contre leur gré, elles fuient l'hôpital psychiatrique à peine stabilisées, ou en sont exclues ultérieurement en raison de troubles du comportement ou d'abus de substances. Sans être accompagnées dans leur milieu, elles vont de crise en crise, et se marginalisent progressivement avec une amertume grandissante de tout le réseau. Là aussi, le suivi psychiatrique intensif dans le milieu constitue un complément nécessaire à l'hospitalisation.

Une population cible délimitée et une forte articulation avec le réseau

Pour que cette intervention soit disponible, la population cible et la durée de l'intervention sont limités, et la suite de traitement planifiée avec d'autres intervenants dès le début du suivi. En effet, la prise de contact avec des personnes réticentes, les déplacements et la fréquence des rencontres ne permettent de l'offrir qu'à une dizaine de personnes par intervenant (McGrew & Bond, 1995). De ce fait, la collaboration avec un réseau de soins élargi est essentielle, pour signaler les

personnes en crise, pour une coopération étroite dans l'intervention et afin de poursuivre ensuite un suivi à long terme.

Un écueil connu de la psychiatrie est de substituer au réseau naturel de la personne un réseau fait d'usagers et de professionnels de psychiatrie, qui peut contribuer à la chronification des troubles et des comportements. Dès lors, il s'agit d'aider la personne à développer des liens en dehors du réseau psychiatrique, tout en maintenant le recours à des soins spécifiques lorsque c'est nécessaire. Cela signifie s'engager activement dans la collaboration avec des ressources aussi proches que possible du patient, tant dans le domaine de la vie de tous les jours que des soins : impliquer les proches et coopérer avec eux, favoriser et soutenir la collaboration avec les médecins de famille et les centres médico-sociaux et créer des liens avec les services sociaux...

Le suivi intensif dans le milieu se différencie d'une intervention de crise à court terme à domicile comme ERIC par exemple (Kannas et al., 1998). Avec une durée moyenne de six mois, l'intervention dans le milieu est intensive, proactive, mais respecte le rythme du patient, ayant pour but de traiter et de reconnecter les patients avec leur environnement social au travers de plusieurs étapes inspirées de l'intervention de milieu (Guay et al., 2000) et des interventions motivationnelles pour la psychose (Kemp, Kirov, Everitt, Hayward, & David, 1998). Premièrement le contact est établi avec le milieu et avec la personne identifiée comme malade. Deuxièmement l'alliance est construite à l'aide d'une aide concrète dans la vie quotidienne, focalisée sur les conséquences des troubles psychiatriques. Troisièmement une confrontation douce permet la discussion sur le diagnostic et le traitement. Finalement un travail est effectué pour reconnecter les personnes avec leur réseau social et avec le suivi psychiatrique habituel ou le suivi de soins de premier recours. Pour engager les patients difficiles dans des soins, les interventions ne doivent pas se focaliser seulement sur la disparition des symptômes, mais viser à développer la motivation et l'engagement dans le traitement des patients et à restaurer activement les connections avec leur réseau social. Dès lors, le suivi intensif dans le milieu permet d'engager les patients dans un processus de guérison et d'intégration sociale et de développer avec eux des outils leur permettant de gérer ultérieurement leur santé de manière autonome avec le soutien de leur réseau naturel.

L'efficacité du suivi dans le milieu

De nombreuses études ont montré l'efficacité du suivi assertif dans le milieu en particulier pour les hauts utilisateurs de soins psychiatriques. Pour cette population, la revue de la littérature montre que la durée des hospitalisations peut être diminuée de 50% avec des interventions de type « assertive community treatment » (Bond, McGrew, & Fekete, 1995; Marshall & Lockwood, 2002). Cette approche peut être adaptée au contexte suisse, en limitant sa durée par une bonne articulation avec le réseau existant pour la plupart des patients (Bonsack, Adam, Haefliger, Besson, & Conus, in press). Des suivis de plus longue durée sont par contre nécessaires lorsque les patients ont accumulés de nombreux problèmes psychosociaux sévères simultanés et davantage de problèmes de coopération et d'acceptation de la maladie.

Les perspectives de développement

La psychiatrie vit une période de changement, dans laquelle elle perd un certain pouvoir, mais gagne dans des savoirs plus spécifiques, et peut mieux compter sur un partenariat avec les usagers et leurs représentants pour faire évoluer ses pratiques. Avec la richesse d'équipes pluridisciplinaires, notre défi est de développer des soins proches de la communauté, éthiques et respectueux du citoyen, qui répondent à un besoin de santé publique, et de le faire en coopération avec les intervenants de première ligne. Les troubles psychiatriques sévères bouleversent les liens du patient avec ses proches et la continuité de son parcours de vie. Le suivi psychiatrique ne doit pas contribuer à ce bouleversement, mais offrir des interventions spécialisées in vivo efficaces, sans priver la personne de ressources naturelles essentielles à long terme pour entrer dans un processus de guérison et de gestion autonome de la santé. Le suivi psychiatrique intensif dans le milieu s'inspire de ces principes et répond ainsi à un besoin des patients et de leurs proches. L'avenir dira si ce type de soins pourra se développer plus largement en Suisse et faire partie intégrante d'une politique de santé mentale.

In eigener Sache

Sozialpsychiatrie, was war den das?

In Ausbildung und Supervision stossen viele von uns immer wieder auf ein Phänomen: Es gibt Tagungen zur Sozialpsychiatrie, wir arbeiten alle mit einem sozi-psycho-biologischen Ansatz und doch stellen wir immer wieder fest, dass viel die in der Psychiatrie arbeiten kaum mehr wissen, was die Grundlagen der Sozialpsychiatrie sind. Die Frage etwa, ob bei Patientengesprächen Therapeutin, Patient und Bezugsperson und nur Therapeutin und Patient anwesend sein sollen führt oft zu Konflikten. Dass es sich dabei um verschiedene Ansätze handelt wird vergessen. Oder anders ausgedrückt, was ist der Unterschied zwischen Psychotherapie und Sozialpsychiatrie, in welcher Situation arbeiten wir in der Diade und wo ist es wichtig die Triade als kleinste Gruppe zu benutzen.

An der letzten Zentralvorstands-Retraite beschlossen wir daher, das nächste INFO diesem Thema zu widmen und wieder einmal über die Grundlagen der Sozialpsychiatrie nachzudenken.

Wir künden dies heute schon an, da wir hoffen, der Eine oder die Andere unserer Mitglieder wäre angeregt ebenfalls darüber nachzudenken und hätte Interessen einen Beitrag zu liefern. Sozialpsychiatrie ist auch Zusammenarbeit, Einbezug der Gemeinschaft und Vernetzung.

Anregungen und Beiträge können an ruth.waldvogel@bluewin.ch geschickt werden.

Für die INFO-Redaktion
Ruth Waldvogel

Entre nous

Psychiatrie sociale, de quoi s'agit-il déjà?

Dans le cadre de leurs supervisions et de leurs formations, beaucoup d'entre nous se heurtent régulièrement à un phénomène curieux. Alors qu'il existe des journées de psychiatrie sociale et que nous nous référons tous dans notre travail au modèle bio-psycho-social, nous constatons fréquemment, que les nombreuses personnes qui travaillent en psychiatrie ne se souviennent qu'avec peine des concepts de base de la psychiatrie sociale. La question, par exemple, de savoir si, à un entretien avec le patient, sont sensés participer le thérapeute, le patient et une personne de référence ou uniquement le thérapeute et le patient, conduit couramment à des conflits. Qu'il s'agisse dans ce cas d'angles d'approche distincts est systématiquement oublié. Formulée autrement, la question est celle de la différence entre psychothérapie et psychiatrie sociale. Dans quelle situation, travaillons nous en dualité et à quel moment est-il important d'utiliser la triade comme plus petit groupe? Lors de la dernière retraite du comité central, il a été décidé de consacrer le prochain numéro de l'INFO à ce thème afin de réactualiser nos réflexions sur les fondements de la psychiatrie sociale. Nous ouvrons dans ces lignes les premières interrogations à ce sujet car nous espérons que l'un ou l'autre de nos membres se sentira également interpellé par celles-ci et intéressé à nous transmettre une contribution. La psychiatrie sociale est aussi collaboration, intégration dans la communauté et mise en réseau. Suggestions et contributions écrites peuvent être adressées à ruth.waldvogel@bluewin.ch.

Pour la rédaction de l'INFO
Ruth Walvogel

Detto tra noi

Psichiatria sociale, di cosa si tratta allora?

Nel quadro delle loro supervisioni e formazioni, molti di noi si trovano ad affrontare un fenomeno curioso. Esistono delle giornate di psichiatria sociale e noi ci riferiamo nel nostro lavoro al modello bio-psycho-sociale, ma costatiamo frequentemente che le numerose persone che lavorano in psichiatria si ricordano a malapena dei concetti di base della psichiatria sociale. La questione, per esempio, di sapere se ad un colloquio con il paziente abbia senso la partecipazione, oltre al terapeuta, di una persona di riferimento, è spesso fonte di conflitti. Che si tratti in questo caso di approcci differenti è sistematicamente dimenticato. Formulata diversamente la questione è quella della differenza tra psicoterapia e psichiatria sociale. In quale situazione lavoriamo come diade e in quale momento è importante invece utilizzare la triade come piccolo gruppo? Nell'ultima retraite del comitato centrale è stato deciso di dedicare il prossimo numero dell'INFO a questo tema al fine di rendere attuali le nostre riflessioni sui fondamenti della psichiatria sociale. Intendiamo con queste righe porci i primi interrogativi sul tema perché speriamo che qualcuno dei nostri membri si sentirà chiamato in causa e interessato a trasmettere il suo contributo. La psichiatria sociale è anche collaborazione, integrazione nella comunità e messa in rete. Suggestioni e contributi scritti possono essere indirizzati a ruth.waldvogel@bluewin.ch.

Per la redazione dell'INFO
Ruth Walvogel

Bericht aus dem Zentralvorstand

Der ZV hat zum letzten Mal unter Leitung von Prof. Hans Brenner getagt, der an der nächsten Jahresversammlung sein Amt abgeben wird. Als neuen Präsidenten schlägt der ZV Prof. Francois Ferrero aus Genf zur Wahl vor. Die Mitglieder des ZV freuen sich, dass sie wiederum einen sozialpsychiatrisch engagierten Hochschuldozenten gewinnen konnten und dass sie erstmals einen Vertreter der Romandie für dieses Amt vorschlagen können.

Bereits im letzten Info hielten wir fest, dass die Mitglieder des ZV die Umsetzung und Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Praxis durch verschiedene aktuelle Entwicklungen bedroht sehen. Dies betrifft neben dem bereits dort angesprochenen Thema der abnehmenden Zahl psychiatrisch ausgebildeter Fachpersonen auch Entwicklungen bei der IV. Dazu gehören einerseits zunehmend häufiger Berichte über unverständliche Entscheide zu beruflichen Massnahmen oder Rentenanträgen. Andererseits wecken die neuesten Unterlagen zur 5. IVG-Revision begründete Zweifel, ob die geplanten Massnahmen (Früherfassung, Mitwirkungspflicht, Integrationsmassnahmen) die Problematik psychisch erkrankter Menschen angemessen berücksichtigen. Schliesslich sind wir alarmiert, dass in Basel mit dem Berufsförderungskurs ein berufliches Rehabilitationsprogramm, das mit seinem Coachingprogramm innovative Wege beschritt, infolge veränderter Zuweisungspraxis kurzfristig geschlossen wurde. Wir verkennen nicht, dass Konzepte überarbeitet und Angebote neuen Bedürfnissen angepasst werden müssen, halten aber einseitige Massnahmen, die zum Verlust fachlicher Kompetenz und Erfahrung führen für kontraproduktiv. Der ZV sucht die Zusammenarbeit mit anderen hier engagierten Partnern, um geeignete Schritte zu unterstützen.

Die Tagung „Die Schweizer Psychiatrieversorgung im internationalen Vergleich“ vom Herbst 2002 hatte gezeigt, dass in der Schweiz wesentliche Schritte zur Entwicklung einer patientenzentrierten und integrierten psychiatrischen Versorgung nur zögerlich erfolgen. Der ZV freut sich, dass die seit langem geplante Publikation der Referate dieses erfolgreichen Kongres-

ses doch noch möglich wird und stellt mit Beunruhigung fest, dass diese an Aktualität noch nichts eingebüsst haben.

All dies bestätigt, dass Präsenz in der Öffentlichkeit und aktives Engagement dringend nötig sind. Dazu suchen wir die Unterstützung und die aktive Mitarbeit von Kolleginnen und Kollegen in der Praxis. Wir wollen neue Mitglieder gewinnen und suchen Menschen, die sich mit uns aktiv einsetzen wollen. An der kommenden Jahresversammlung werden der abtretende und der zur Wahl vorgeschlagene neue Präsident je ein Referat zur Standortbestimmung halten, im nächsten Jahr ist ein Sonderheft des Infos dazu in Vorbereitung. Das vor einem Jahr erwogene Projekt einer Mitgliederbefragung wird dagegen mit Blick auf diese Anstrengungen nicht weiter verfolgt.

Thomas Rüst

Rapport du comité central

Le comité central a siégé une dernière fois sous la direction du Prof. Hans Brenner. Lors de la prochaine Assemblée Générale, ce dernier remettra son mandat de président. Le comité central proposera à l'Assemblée d'élire le Prof. François Ferrero de Genève comme nouveau président de la SSPS. Les membres du comité central se réjouissent de pouvoir à nouveau compter sur une personnalité hautement qualifiée et engagée dans le domaine de la psychiatrie sociale. Ils sont également heureux de pouvoir proposer pour la première fois un représentant de la Romandie.

Déjà dans la dernière édition des Infos SSPS, nous vous faisons part de l'inquiétude des membres du comité central quant à l'opérationnalisation et au développement des pratiques de psychiatrie sociale, menacés par diverses tendances actuelles. Les préoccupations évoquées précédemment dans cette publication concernent notamment la diminution de professionnels formés en psychiatrie, un problème qui touche aussi certaines évolutions propres à l'assurance-invalidité. En découle, entre autres, un nombre croissant de rapports rendant compte de décisions incompréhensibles faisant suite à des demandes de mesures professionnelles ou de rentes. Les récentes publications liées

au projet de 5^e révision de la LAI laissent également planer des doutes justifiés sur la capacité qu'auront les mesures prévues (Détection et intervention précoces, devoir de coopération interinstitutionnelle et mesures d'intégration) de tenir compte de façon adéquate de la problématique des personnes souffrant de troubles psychiques. Nous sommes finalement en état d'alerte depuis que nous savons qu'à Bâle, une structure de réhabilitation professionnelle, dont le programme de cours et de coaching ouvrait une voie innovante en matière de soutien à l'emploi, a été supprimée suite à de nouvelles pratiques de subventionnement. Nous ne nions pas que certains concepts doivent être re-vus et que les prestations doivent être re-définies en fonction de l'évolution des besoins, mais nous considérons comme contreproductive l'application de mesures unilatérales conduisant à la perte de compétences et d'expériences professionnelles. Le comité central cherche à collaborer avec d'autres partenaires engagés dans ce domaine pour soutenir des pas allant dans la bonne direction.

La journée intitulée « *Lapsychiatrie sociale suisse en comparaison internationale* » de l'automne 2002 a mis en évidence qu'en Suisse les pas nécessaires à un développement de soins psychiatriques, centrés sur le patient et intégrés à la communauté, ne se font que timidement. Le comité central se réjouit que la publication, prévue de longue date, des interventions de cette journée sera finalement possible et il constate avec satisfaction que celles-ci n'ont rien perdu de leur caractère d'actualité.

Tout cela confirme qu'un travail de relations publiques et un engagement actif sont urgemment nécessaires. Dans ce dessein, nous avons besoin du soutien et de la collaboration active des collègues de la pratique. Nous aimerions gagner de nouveaux membres et nous cherchons des personnes, qui sont prêtes à s'engager activement avec nous. Lors de la prochaine assemblée générale, les présidents sortant et nouveau feront chacun un exposé de la situation actuelle. Une édition spéciale des Infos SSPS sera consacrée à cette question au printemps prochain. Par contre, le projet, évoqué il y a une année et concernant un sondage auprès des membres, ne sera pas poursuivi au vu des démarches citées ci-dessus.

Thomas Rüst

Rapporto del comitato centrale

Il comitato centrale si è tenuto un'ultima volta sotto la direzione del Prof. Hans Brenner. Nel corso della prossima Assemblea Generale quest'ultimo rimetterà il suo mandato di presidente. Il comitato centrale proporrà all'Assemblea di eleggere il Prof. François Ferrero di Ginevra come nuovo presidente della SSPS. I membri del comitato centrale sono lieti di poter nuovamente contare su un professore impegnato nel campo della psichiatria sociale. Sono ugualmente felici di poter proporre per la prima volta un rappresentante della Svizzera romanda.

Già nell'ultima edizione dell'Info SSPS, vi abbiamo fatto partecipi dell'inquietudine dei membri del comitato centrale riguardo alla realizzazione e allo sviluppo delle pratiche di psichiatria sociale, minacciate da diverse tendenze attuali. Le preoccupazioni evocate precedentemente in questa pubblicazione riguardano com'è noto la diminuzione di professionisti formati in psichiatria, un problema che tocca anche l'evoluzioni dell'assicurazione invalidità.

Ne consegue, tra l'altro, un numero crescente di decisioni incomprensibili sulle misure professionali o la rendita. Le recenti pubblicazioni legate al progetto della V revisione della LAI lasciano ugualmente supporre dei dubbi giustificati sulla capacità che avrebbero le misure previste (individuazione precoce, dovere di cooperazione interistituzionale e misure di integrazione) di considerare adeguatamente le problematiche delle persone che soffrono di problemi psichici. Siamo infine allarmati dal fatto che a Basilea, una struttura di riabilitazione professionale, il cui programma di corsi e di coaching apriva una via innovativa in materia di sostegno all'impiego, è stata soppressa in seguito all'introduzione di nuovi criteri di reclutamento dei partecipanti. Noi non neghiamo che certi concetti dovrebbero essere rivisitati e che le prestazioni ridefinite in funzione dell'evoluzione dei bisogni, ma consideriamo controproducente l'applicazione di misure unilaterali che portano alla perdita di competenze e di esperienze professionali. Il comitato centrale cerca quindi di collaborare con altri partner impegnati nel settore per sostenere delle strategie che vadano nella giusta direzione.

La giornata intitolata « La psichiatria sociale svizzera nel confronto internazionale » dell'autunno 2002 ha messo in evidenza che in Svizzera i passi necessari allo sviluppo delle cure psichiatriche, centrate sul paziente e integrate nella comunità, non si fanno che timidamente. Il comitato centrale è lieto che la pubblicazione, prevista da lungo tempo, degli interventi di questa giornata sarà finalmente possibile e constata con preoccupazione che questi non hanno perso niente del loro carattere di attualità. Tutto ciò conferma che un lavoro di relazioni pubbliche e un impegno attivo sono urgentemente necessari. Per questo motivo cerchiamo il sostegno e la collaborazione attiva dei colleghi della pratica. Ci piacerebbe acquisire dei nuovi membri e cerchiamo delle persone che siano pronte ad impegnarsi attivamente con noi. Nel corso della prossima assemblea generale, il presidente uscente e il nuovo esportano la situazione attuale. Un'edizione speciale dell'Info SSPS sarà dedicata al tema la prossima primavera. D'altra parte il progetto presentato un anno fa, riguardante un sondaggio fra i membri, visti gli impegni presi, non sarà portato avanti.

Thomas Rüst

Das SGSP-Info dient der gegenseitigen Information über (neue) Dienstleistungen, Projekte und Erfahrungen im Bereich der Sozialpsychiatrie. Beiträge von Leserinnen und Lesern sind sehr erwünscht.

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP); erscheint zwei mal jährlich in der SM Soziale Medizin. Abonnementspreis: Fr. 20.-/Jahr; für Mitglieder der SGSP: im Mitgliederbeitrag inbegriffen.

Les « informations SSPS » devraient servir de plate-forme d'échanges réciproques concernant les (nouveaux) services, projets et expériences dans le champ de la psychiatrie sociale. Les lectrices et lecteurs sont invités à nous transmettre leurs contributions dans ce domaine. Edité par la Société Suisse de Psychiatrie Sociale (SSPS), le bulletin paraît deux fois par année. Prix de l'abonnement (par année): Fr. 18.-; compris dans la cotisation annuelle pour les membres de la SSPS.

Le « informazioni SSPS » vogliono servire alla reciproca informazione su (nuovi) servizi, prestazioni, progetti ed esperienze nel campo della psichiatria sociale. Lettrici e lettori sono perciò cordialmente invitati a far pervenire i loro contributi.

Edito dalla Società Svizzera di Psichiatria Sociale (SSPS); esce due volte all'anno. Abbonamento annuo: Fr. 18.-; membri della SSPS: incluso nella quota associativa.



Name, Vorname / Nom, Prénom / Nome, Cognome:

Beruf, Titel, Anrede / Profession, Titre / Professione, titolo, qualifica:

Adresse / PLZ / Ort:

E-Mail oder Fax: Tel.:

- Einzelmitglied/Membre individuel/socio individuale (Jahresbeitrag: Fr. 50.-)
 Kollektivmitglied/Membre collectif, Institution/socio collettivo (Jahresbeitrag: Fr. 200.-)
 AbonnentIn/Abonnée des/abbonamento SGSP-Informationen (Jahresabonnement: Fr. 20.-)

Ort, Datum/Lieu, Date/Luogo, data: _____ Unterschrift/Signature/firma: _____

Senden an / Evoyer au / Spedire a:

Sekretariat der SGSP, Peter Stalder, Hagenholzstrasse 25, 8302 Kloten
Sekretariat SSPS, Service de consultation, Rue de l'hôpital 14, 1920 Martigny
Società Svizzera di psichiatria Sociale, cas. Post. 55, 6654 Cavigliano

Redaktionsteam / Gruppo di redazione / Equipe rédactionnelle:

Burkhalter René, Geschäftstellenleiter, Stiftung Phönix, Zug;
Stefan Kunz, Dozent Hochschule für Gesundheit, Freiburg
Zbinden, Barbara, émera, Responsable e la communication, Martigny
Waldvogel, Ruth, Dr. sc.nat.lic. Phil, Psychotherapeutin SPV, Basel

Beiträge bitte an folgende Adresse:

Dr. Ruth Waldvogel, General Guisan-Str. 46, 4054 Basel. Tel. 061 302 33 10 / Fax 061 272 59 08 / ruth.waldvogel@bluewin.ch