

SGSP INFO SSPS

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

Liebe Leserin, Lieber Leser

Wie bereits in der letzten Nummer des INFOS angekündigt, widmen wir diese Nummer dem Thema „Sozialpsychiatrie - was war denn das?“. Es mag nachdenklich stimmen, wenn in einem Bulletin der Sozialpsychiatrischen Gesellschaft diese Frage gestellt wird. Das Thema ergab sich in Gesprächen mit KollegInnen, die auf diesem Gebiet tätig sind. Viele von uns erleben im Alltag, dass Sozialpsychiatrie wohl ein Leitsatz vieler Institutionen ist, der jedoch in der Anwendung sehr unterschiedlich gehandhabt wird und oft wichtige Grundsätze den MitarbeiterInnen gar nicht mehr bekannt sind.

Nicht zufällig ist der Zeitpunkt für das Thema: der Rücktritt unseres Präsidenten Hans Brenner und die Neuwahl von François Ferrero aus Genf lassen es sinnvoll erscheinen, darüber nachzudenken, was die Grundsätze unserer Arbeit sind. Mit dem neuen Präsidenten ist die Romandie im Zentralvorstand stärker vertreten, was hoffentlich dazu führt, dass der Austausch zwischen den Sprachregionen weiter vertieft wird. (s. auch Artikel S.?)

Sozialpsychiatrie ist vor allem das Zusammenspiel der verschiedenen Gebiete der Psychiatrie, der Einbezug des Sozialen, der Medikation und der Psychotherapie. Gea Besso zeigt in ihrem Artikel sehr schön auf, wie die Langzeit-Psychotherapie in der Sozialpsychiatrie eine unentbehrliche Funktion hat. Die-

► S. 28

Chère lectrice, cher lecteur

Comme annoncé dans la dernière édition des INFOS, nous consacrons ce numéro au thème : « La psychiatrie sociale, de quoi s'agissait-il donc ? » Poser cette question dans un bulletin d'information de la psychiatrie sociale peut laisser perplexe. Le thème s'est imposé dans des discussions avec d'autres collègues qui travaillent dans ce domaine. Beaucoup d'entre nous constatent en effet quotidiennement que bien qu'affichée comme ligne directrice par de nombreuses institutions, la psychiatrie sociale y est en réalité appliquée de façon très variée. De plus, ses principes de base essentiels ne semblent souvent même plus connus des collaborateurs/trices.

Par ailleurs, le moment pour en parler n'est pas fortuit. En effet, le retrait de notre président Hans Brenner et la nouvelle élection de François Ferrero de Genève apparaissent comme des opportunités pour réfléchir aux éléments qui constituent les principes fondateurs de notre travail. Avec le nouveau président, la Romandie est davantage représentée au sein du comité central, ce qui devrait, espérons-le, nous conduire à des échanges plus approfondis entre les diverses régions linguistiques.

La psychiatrie sociale est avant tout la coopération des différents domaines de la psychiatrie, soit la prise en compte de la dimension sociale, de la médication et de la psychothérapie. Gea Bes-

► p. 28

Care lettrici, cari lettori,

Come annunciato nell'ultima edizione di INFO, dedicheremo questo numero al tema: «La psichiatria sociale, di cosa si tratta allora?» Porre quest'interrogativo in un bollettino di informazioni della psichiatria sociale può lasciare perplessi. Il tema si è imposto nelle discussioni con altri colleghi che lavorano in questo campo. Molti di loro constatano infatti quotidianamente che, benché annunciata come linea direttrice da numerose istituzioni, la psichiatria sociale è in realtà applicata secondo modalità molto varie. Sembra inoltre che i suoi principi fondamentali spesso appaiano sconosciuti perfino ai collaboratori/trici.

D'altronde il momento per affrontare il tema non è casuale. In effetti le dimissioni del nostro presidente Hans Brenner e la nuova elezione di François Ferrero di Ginevra si rivelano come delle opportunità per riflettere sugli elementi che costituiscono i principi fondatori del nostro lavoro. Con il nuovo presidente la Romandia è maggiormente rappresentata nel comitato centrale, ciò dovrebbe, ci auguriamo, condurre a degli scambi ancora più approfonditi tra le diverse regioni linguistiche.

La psichiatria sociale è soprattutto la cooperazione di segmenti diversi della psichiatria che tiene conto della dimensione sociale, dell'aspetto farmacologico e della psicoterapia. Gea Besso dimostra molto bene nel suo articolo

► p. 28

Inhalt

27 Editorial
(Ruth Waldvogel)

29 Verabschiedung von Hans Brenner
(Ruth Waldvogel)

30 Wo steht die Sozialpsychiatrie?
(Theo Cahn)

32 Lo psicoterapeuta nella rete (Gea Besso)

36 Petite histoire de la Société Suisse
de Psychiatrie Sociale
(Christian Monney)

38 Le travail social en mutation
(Barbara Zbinden)

39 Bericht aus dem Zentralvorstand
(Thomas Rüst)

39 Rapport du comité central
(Thomas Rüst)

40 Rapporto del comitato centrale
(Thomas Rüst)

ser Artikel klingt wie ein Plädoyer für die Langzeittherapie in einer Zeit, da die Gesundheitsdirektion des Bundes daran ist, den Zugang zur Psychotherapie stark einzuschränken oder zu erschweren. Dies ist besonders stossend, wenn man bedenkt, dass die Kosten für Psychotherapien rund 1,5% der gesamten Gesundheitsausgaben oder 5% der ambulanten Ausgaben ausmachen.

Psychiatriepatienten gehören zu der Gruppe, die sich am schlechtesten zur Wehr setzen kann, gerade weil sie psychisch krank sind und daher nicht das nötige Selbstwertgefühl haben, um an die Öffentlichkeit zu gehen.. Die Geschichte der Psychiatrie war von je her eine Geschichte des Ausstossens, Sozialpsychiatrie ein Versuch, dem entgegen zu wirken. Wenn nun gerade in diesem Bereich gespart werden soll, muss mit Fug und Recht gefragt werden, was die eigentliche Motivation dieser Aktion ist. Es bleibt zu hoffen, dass die zuständigen Stellen sich bewusst werden, welche Bedeutung Langzeittherapie in einer psychiatrischen Behandlung hat, bei der das Wohl der PatientInnen im Mittelpunkt steht.

RUTH WALDVOGEL
IM APRIL 2006

so démontre très bien dans son article comment une psychothérapie de longue durée joue un rôle indispensable en psychiatrie sociale. Au moment où la Direction de la santé de la Confédération prévoit de limiter sévèrement et durement l'accès à la psychothérapie, cet article résonne comme un plaidoyer en faveur des thérapies de longue durée. Les perspectives politiques actuelles apparaissent d'autant plus choquantes qu'en réalité les frais de psychothérapies représentent environ 1,5% des dépenses globales de la santé ou 5% des dépenses ambulatoires.

Les patients psychiques appartiennent à la catégorie de personnes la plus démunie pour se défendre, précisément parce qu'ils souffrent de maladies psychiques et ne disposent de ce fait pas de suffisamment d'estime de soi pour se positionner publiquement. L'histoire de la psychiatrie est depuis toujours une histoire d'exclusion et la psychiatrie sociale une tentative pour agir contre cette mise en marge. On peut se demander à juste titre quelle est la véritable motivation de celles et ceux qui prévoient d'économiser précisément dans ce domaine? Il reste à espérer que les services compétents en la matière deviennent conscients de l'importance des thérapies de longue durée dans un traitement psychiatrique, dans lequel le bien-être du patient demeure la préoccupation centrale.

RUTH WALDVOGEL

come una psicoterapia di lunga durata giochi un ruolo indispensabile nella psichiatria sociale.

Quest'articolo, che può essere letto come un'arringa a favore delle terapie di lunga durata, esce proprio quando la Direzione della salute della Confederazione prevede di limitare severamente e duramente l'accesso alla psicoterapia. Ciò è tanto più sconcertante se si pensa che in realtà le spese di psicoterapia rappresentano circa 1,5% delle spese globali della salute o il 5% delle spese ambulatoriali.

I pazienti che soffrono di malattie psichiche appartengono alla categoria di persone più indifese proprio perché spesso non dispongono di sufficiente autostima per esporsi pubblicamente.

La storia della psichiatria è da sempre una storia di esclusione e la psichiatria sociale un tentativo per agire contro questa messa ai margini. Ci si potrebbe dunque domandare qual è la reale motivazione della volontà di economizzare proprio in questo settore. Ci rimane da sperare che i servizi competenti nella materia divengano consapevoli dell'importanza delle terapie di lunga durata nel trattamento psichiatrico, nel quale il benessere del paziente costituisce la preoccupazione centrale.

RUTH WALDVOGEL



Hans Brenner mit Christian Monet und François Ferrero

Lieber Hans

Im Namen der Redaktion möchte ich Dir als Koordinatorin des INFO in diesem Rahmen unseren Dank aussprechen für Deine Arbeit als Präsident der SGSP.

Als Psychologin und Psychotherapeutin hat mich natürlich besonders gefreut, dass Du eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung mitbrachtest und somit das Standbein Psychotherapie in der Sozialpsychiatrie gut vertreten war. Auch ist es für die SGSP wichtig, über den Präsidenten an eine Universitätsklinik angeschlossen zu sein, was durch Dein Amt als Lehrstuhlinhaber bestens gewährleistet war.

Unter Deiner Ägide wurde die Idee der ZV-Retraiten wieder belebt, was die Möglichkeit schuf, sich in einem lockeren Rahmen besser kennen zu lernen und so die Zusammenarbeit erleichterte. Durch das Einführen eines Simultanübersetzers an den ZV-Sitzungen wurde auch die Kommunikation zwischen den Sprachregionen verbessert. Gerade heute, in einer Zeit in der die Sozialpsychiatrie vermehrt um ihr Dasein kämpfen muss, ist dies von besonderer Wichtigkeit. Das gilt auch für die ZASP als einzigartige, pluridisziplinäre Ausbildung in Sozialpsychiatrie, an deren Neuerung in den letzten Jahren viel gearbeitet wurde und auch die Zusammenarbeit zwischen dem Tessin und der Deutschschweiz gestärkt wurde.

Mich beschäftigt sehr, dass Dein Lehrstuhl in Bern nicht mehr besetzt wird und die Klinik für Sozialpsychiatrie aufgelöst wurde, es ist schmerzhaft zu sehen, wie jahrelange Aufbauarbeit zunichte gemacht wird und Wissen und Erfahrung diskreditiert werden.

Die Nachricht, dass Du Dich aus Krankheitsgründen zum Rücktritt entschieden hast, hat uns alle sehr betroffen gemacht, und wir wünschen Dir für deine Zukunft alles Gute und danken Dir für Dein Engagement in der SGSP.

RUTH WALDVOGEL

Cher Hans,

Au nom de la rédaction et en tant que coordinatrice des INFOS, je souhaiterais t'exprimer dans ce cadre notre reconnaissance pour ton travail de président de la SSPS.

Comme psychologue et psychothérapeute, j'ai évidemment surtout apprécié que tu y aies apporté une solide formation psychothérapeutique et que la psychothérapie reste ainsi un axe bien représenté dans la psychiatrie sociale. Il est également important pour la SSPS d'être reliée à une clinique universitaire par l'intermédiaire de son président et tu l'as fort bien garanti par ta fonction de titulaire de chaire.

Sous ton égide, l'idée des retraites du comité central a repris vie, ce qui a permis aux membres de se connaître dans un contexte un peu plus détendu et a contribué à faciliter leurs collaborations. L'introduction d'une traduction simultanée dans les séances du comité central a également amélioré la communication entre les régions linguistiques. Dans le contexte actuel, qui oblige la psychiatrie sociale à lutter davantage pour son existence, ces mises en réseaux s'avèrent particulièrement importantes. Elles le sont aussi pour la ZASP, formation interdisciplinaire unique dans le domaine de la psychiatrie sociale et à l'actualisation de laquelle, on a beaucoup travaillé ces dernières années, ce qui renforça la collaboration entre le Tessin et la Suisse alémanique.

Je suis très préoccupée par le fait que ta chaire à l'université de Berne ne soit pas repourvue et que la clinique de psychiatrie sociale soit supprimée. C'est douloureux de constater qu'un travail construit sur plusieurs années puisse être ainsi anéanti et que ce faisant on discrédite des capitals de savoirs et d'expériences.

La nouvelle nous informant que tu as décidé ton retrait en raison de problèmes de santé nous a tous profondé-

ment affectés. Nous te souhaitons le meilleur pour ton avenir et nous te remercions pour ton engagement en faveur de la SSPS.

RUTH WALDVOGEL

Caro Hans,

A nome della redazione e in quanto a coordinatrice di INFO, vorrei esprimere tutta la nostra riconoscenza per il tuo lavoro di presidente della SSPS.

Come psicologo e psicoterapeuta ho soprattutto apprezzato che tu abbia apportato una solida formazione psicoterapeutica e che la psicoterapia sia stata quindi ben rappresentata nella psichiatria sociale. È ugualmente importante per la SSPS essere collegata ad una clinica universitaria tramite il suo presidente e tu lo hai ben garantito grazie alla tua funzione di titolare di cattedra.

Sotto la tua egida l'idea delle "retraites" del comitato centrale ha ripreso vita, ciò ha permesso ai suoi membri di conoscersi in un contesto un po' più disteso e ha contribuito a facilitare la loro collaborazione. L'introduzione di una traduzione simultanea durante le sedute del comitato centrale ha inoltre migliorato la comunicazione tra le regioni linguistiche. Nel contesto attuale, che obbliga la psichiatria sociale a lottare per la sua esistenza, questa messa in rete si dimostra molto importante. Lo è anche per la ZASP, formazione interdisciplinare unica nell'ambito della psichiatria sociale, alla cui realizzazione si è molto lavorato in questi ultimi anni, cosa che rinforza i legami tra il Ticino e la Svizzera tedesca.

Personalmente sono molto preoccupata dal fatto che la tua cattedra all'Università di Berna sia

stata soppressa e che la clinica di psichiatria sociale sia stata chiusa. È doloroso constatare che un lavoro costruito in diversi anni possa essere annullato così e che facendo ciò si discreditino dei capitali di saperi e di esperienze.

Il fatto che tu abbia deciso il tuo ritiro a causa di problemi di salute ci ha colpiti tutti profondamente. Ti facciamo mille auguri per il tuo futuro e ti ringraziamo per il tuo impegno a favore della SSPS.

RUTH WALDVOGEL

Wo steht die Sozialpsychiatrie?

Vor etwa einem Viertel Jahrhundert wurde in der Psychiatrie der Lehrstühle, Tagungen und Zeitschriften das methodologische Postulat des „bio-psycho-sozialen Paradigmas“ verkündet: Biologische, psychologische und soziale Bedingungen seien als verschiedene Aspekte des theoretisch-wissenschaftlichen wie des therapeutischen Zugangs zu psychischer Krankheit/Störung und Gesundheit gemeinsam zu betrachten und gleichberechtigt zu integrieren. Das Prinzip fand breite Akzeptanz und wird bis heute als gültiger Leitsatz angesehen. Anfangs bedeutete das allerdings kaum mehr als eine Absichtserklärung zur Überbrückung der ausgeprägten Divergenzen und Konflikte zwischen den einzelnen Richtungen im Fach, während man die Verbindung dieser drei Ebenen konzeptionell noch kaum fassen konnte. Seither haben die Kognitionswissenschaften, trotz methodologischer Grenzen, immer mehr Elemente erarbeitet, welche die äusserst komplexen Zusammenhänge zwischen der Hirnfunktion und Psychologie einem Verständnis näher bringen. Auch die Psychoanalyse hat den Anschluss an den Diskurs gefunden. In diese Forschungsdynamik ist nun der „Sozio-Anteil“ wenig einbezogen. In dieser bio-psycho-sozialen Trinität sind die Gewichte keineswegs mehr gleich verteilt (wenn sie es je waren), das sozialpsychiatrische Element scheint verblasst und diffus. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Die psychiatrische Diagnostik wurde international mit kriteriellen, operationalisierten Systemen standardisiert (ICD-10, DSM IV). Soziale und psychodynamische Aspekte fanden darin wenig Platz. Sie bleiben wie abgehängt, wenn nun auf dieser diagnostischen Basis „störungsspezifische“ Therapien entwickelt werden - meist in Form von pharmakologischen Standards und manualisierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen. Diese beherrschen die Publikationen in den hochklassierten Journals, weil sie sich gut zur

quantitativ-statistischen Erfolgsmessung eignen und den Kriterien der „evidence based medicine“ (EBM) angepasst sind. Damit nähert sich das Selbstverständnis der akademischen Mainstream-Psychiatrie stark dem Muster der Biomedizin. Die Integration der sozialen Ebene ist bei dieser „Medikalisierung“ für die jungen Psychiater deutlich schwieriger geworden als vor einer Generation.

- Die Sozialpsychiatrie hat sich für eine Dezentralisierung der Einrichtungen und für Interdisziplinarität eingesetzt und den ärztlichen Führungsanspruch zurückgenommen. Nun ist sie etwas Opfer ihres Erfolges geworden: Dieser Erfolg liess in der Schweiz ein Mosaik von kleinen Übergangseinrichtungen, Heimen, Werkstätten, Wohngruppen, Freizeitangeboten für psychisch Behinderte entstehen, mit sozialpädagogisch geleiteten und identifizierten Teams – die sich nun gegen die Psychiatrie explizit abgrenzen: eine Tendenz der „Demedikalisierung“, die bis vor kurzem von der IV strukturell unterstützt wurde. Leider wird dadurch die fachliche Basis der Sozialpsychiatrie, in deren Namen diese Einrichtungen entstanden sind, im institutionellen Feld unklar, zerstückelt und in der Entwicklung merklich eingeschränkt.

- Zwischen Medikalisierung und Demedikalisierung wird die Sozialpsychiatrie also ein Stück weit zerrieben. Entsprechend ist das akademische Interesse an sozialpsychiatrischen Fragen gesunken. Fremdmittel bekommt man natürlich leichter für die neurobiologische und pharmakologische Forschung. Lehrstühle werden nicht mehr besetzt – wie jetzt beim Rücktritt von Prof. Brenner in Bern.

- Die Zeiten, da sich die Sozialpsychiatrie mit aktueller Sozialkritik verbunden hat, sind vorbei. Eine Versachlichung war nach der antipsychiatrischen Bewegung fachlich sicher nötig. Danach

hat sich die Sozialpsychiatrie allenfalls mit gesellschaftlichen Teilaspekten befasst (z.B. Migration) und dabei Fragen der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung und ihren Einfluss auf die epidemiologische Lage etwas aus dem Blick verloren. In der Schweiz wird sie allerdings von der politischen Debatte um die steigenden Zahlen von psychiatrisch klassierten IV-Renten unversehens eingeholt.

Dieser Befund einer recht „kastrierten“ Sozialpsychiatrie hat etwas mit den zeitgeschichtlichen Veränderungen zu tun, die seit ihrer Blüte vor einer Generation eingetreten sind, als sie die Entwicklung der Psychiatrie in starkem Mass bestimmen konnte. Die säkulare Regression der politischen Linken hat gewiss zu einer verminderten Besetzung der sozial orientierten Methoden geführt. Das gilt theoretisch wie praktisch: Die Sozialpsychiatrie hat damals stark auf kollektive Gebilde abgestellt: die öffentlichen Dienste, die Gemeinde, die therapeutische Gemeinschaft, die Wohngemeinschaft, die geschützte Werkstätte, Initiativgruppen etc., aber auch die Institution - als Ziel grundsätzlich Kritik. Diese Kollektive wurden implizit als relativ stabile Grössen angesehen. Ebenso waren die professionellen Teams als stabile, recht geschlossene, tragende Gruppen gedacht. Das gab Sicherheit, barg allerdings die Gefahr der Projektion eines harmonisierenden Familienbildes auf die Gemeinschaft und ebenso eines Feindbildes auf die Welt draussen.

Die Sozialpsychiatrie stand nun in den letzten Jahren vor der Aufgabe, sich von diesen „kollektiv-orientierten“ Referenzen zu lösen. So trat individuell betreutes Wohnen anstelle von Wohngruppen, ein individueller, assistierter Arbeitsplatz in einem Normalbetrieb anstelle einer geschützten Werkstätte etc.. Der Zusammenhang mit der säkularen Entwicklung ist deutlich: Die Gesellschaft neigt mehr zum Individualismus und zur individuellen Bedürfnisbefriedigung über den Markt. Sie fordert vom Einzelnen, gleichzeitig in verschiedenen, teilweise recht instabilen Organisationen, Zugehörigkeiten und Identitäten zu leben und sich an Wechsel flexibel anzupassen. Damit sind soziale Gruppierungen weniger sicher, anderer-

seits Ausgrenzungen – etwa von psychisch Kranken - auch weniger hart. (Die allermeisten Menschen mit psychischer Störung leben heute nicht mehr in der „Anstalt“, sondern in einer sozial teildesintegrierten Lage: Sie haben zum Beispiel noch einen Teil ihres sozialen Netzes erhalten, aber den Arbeitsplatz verloren. Oder umgekehrt können sie sich an der Arbeit festhalten, während ihre persönlichen Beziehungen weitgehend gekappt sind. Diese Situationen verdienen heute vermehrte sozialpsychiatrische Aufmerksamkeit.)

Aufgrund dieser Prozesse ist „Gemeinschaft“ im Markt der fachlichen Meinungsbildung recht abgewertet; gerät in den Verdacht, Anpassungs- und Abhängigkeitsprozesse zu fördern, die den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des einzelnen Klienten widersprechen. Dafür stehen „Ressourcenorientierung“, „Empowerment“ und „Resilience“ als Schlagwörter in der aktuellen Mode. Damit grenzt man sich gegen die angeblich „defizitorientierte“ Psychiatrie ab. Die fördernde Haltung, die in diesen Begriffen ihren Ausdruck findet, ist gewiss positiv zu werten. Es besteht aber die Gefahr, sich an den Slogan zu verlieren und Krankheit, Behinderung und Ausgrenzung zu verleugnen, die schliesslich zum Bedarf professioneller Hilfe führen. Eine solche undialektische Sicht blendet die gesellschaftlichen Zusammenhänge ebenso aus wie die Notwendigkeit zu eingehender psychiatrischer Behandlung und zu Psychotherapie.

Welche integrierenden Kräfte nun anstelle der Gruppen, Gemeinschaften und stabilen Institutionen treten sollen, bleibt eine Frage, die meines Erachtens noch nicht ausreichend durchdacht und konzipiert ist. Ein Ansatz zeichnet sich ab, den ich als „Kontinuität der zweiten Stufe“ bezeichnen möchte und etwa dem entspricht, was in Deutschland als „personenzentrierte Betreuung“ erprobt wurde: Es geht um das Problem, komplexe, langfristige Betreuungen zu integrieren, an der sich mehrere Instanzen und Einrichtungen mit unterschiedlichen Trägern, Leitungen, Philosophien und Finanzierungen und entsprechend viele, wechselnde Fachpersonen beteiligen. Die klassische Lösung besteht in

der einheitlichen Organisation und Leitung des Versorgungssystems, das für ein geographisch bestimmtes Gebiet („Sektor“) zuständig ist. In diesem Rahmen behalten die Patienten ihre Ärzte, Therapeuten, Pflegenden etc. auf ihrem Weg durch die verschiedenen Einrichtungen, die sie im Verlauf benötigen: Solche Wechsel sollen möglichst keine

Où en est la psychiatrie sociale ?

Il y a environ un quart de siècle, on promulguait dans les chaires, les colloques et les publications de la psychiatrie le postulat méthodologique du „paradigme biopsychosocial“: Les conditions biologiques, psychologiques et sociales devaient dès lors être envisagées comme des aspects à prendre en compte simultanément et à intégrer de manière équivalente dans l’approche aussi bien théorique et scientifique que thérapeutique des troubles, des maladies et de la santé psychique. Ce principe rencontra un écho très favorable et sert encore aujourd’hui de ligne directrice. Au départ, alors que les liens conceptuels entre ces trois niveaux étaient à peine appréhendables, le nouveau paradigme ne représentait toutefois guère davantage qu’une déclaration d’intention pour dépasser les nombreuses divergences et les conflits marqués entre les différentes orientations de la discipline. Entretemps, les sciences cognitives ont, malgré certaines limites méthodologiques, développé toujours davantage d’éléments, nous rapprochant progressivement de la compréhension des liens extrêmement complexes, qui existent entre les fonctions cérébrales et la dimension psychologique. De son côté, la psychanalyse a également trouvé des racordements à ce raisonnement. La „part sociale“ est toutefois à présent peu intégrée à la dynamique actuelle de recherche. Dans la trinité biopsychosociale, les poids ne sont plus du tout répartis équitablement, (si toutefois ils le furent réellement une fois), l’élément de psychiatrie sociale y apparaît comme dépassé et nébuleux. Il y a plusieurs raisons à cela.

Beziehungsabbrüche zur Folge haben: Das bedeutet Kontinuität „der ersten Stufe“. Die „Sektorisierung“ erfordert ein hohes Mass an organisatorischer Zentralisierung und erschwert die Bildung spezialisierter Angebote. Bei allen Vorteilen gilt dieses Systems, das ja vielerorts eingeführt wurde, als wenig flexibel. Das Prinzip einer in der Versor-

Che ne é della psichiatria sociale?

Circa un quarto di secolo fa si diffondeva negli ambienti universitari, nei congressi e nelle pubblicazioni della psichiatria il postulato metodologico del paradigma „biopsicosociale“: da allora le condizioni biologiche, psicologiche e sociali avrebbero dovuto essere considerate aspetti di cui tener conto contemporaneamente e da integrare in maniera equivalente nell’approccio teorico e scientifico, oltre che terapeutico, ai disturbi, alle malattie e alla salute psichica. Questo principio incontrò un’eco molto favorevole e serve ancor oggi da linea guida. Inizialmente, quando i legami concettuali tra questi tre livelli erano a malapena intuibili, il nuovo paradigma non rappresentava però che una dichiarazione d’intenti per oltrepassare le numerose divergenze e i conflitti tracciati tra i diversi orientamenti della disciplina.

Nel frattempo le scienze cognitive hanno elaborato, malgrado certi limiti metodologici, sempre più elementi che ci avvicinano progressivamente alla comprensione dei legami estremamente complessi che esistono tra le funzioni cerebrali e la dimensione psicologica. Da parte sua, la psicanalisi ha ugualmente trovato dei punti di contatto con questo ragionamento. La „parte sociale“ é tuttavia ancor oggi poco integrata nella dinamica attuale della ricerca. Nella triade biopsicosociale, l’apporto di ciascuno non è ripartito equamente (se mai lo è stato in passato), l’elemento della psichiatria sociale vi appare vago e nebuloso e molte sono le ragioni di questo fenomeno.

Lo psicoterapeuta nella rete

Con questo articolo intendo portare un contributo personale alla riflessione molto attuale sul ruolo delle conoscenze psicoterapeutiche all'interno dell'intervento di rete che rappresenta per noi della Società di Psichiatria Sociale il vero paradigma di cura e riabilitazione per i pazienti gravi o difficili di cui spesso ci occupiamo.

Dato per scontato che modello di riferimento per la comprensione del disagio psichico e la pianificazione degli interventi resta l'approccio bio-psico-sociale sembra interessante delineare meglio l'area di competenza dello psicoterapeuta in questo contesto così come definire lo specifico del suo contributo all'interno del piano interdisciplinare.

In questo senso può essere utile circoscrivere il campo privilegiato del sapere e dell'operare dello psicoterapeuta alle conoscenze e agli interventi sulla relazione.

L'analisi delle dinamiche intersoggettive rappresenta in generale il nucleo centrale del suo procedere, con valenza

sia diagnostica che terapeutica. La psicoterapia stessa può essere definita come una "relazione che cura" lungo il complesso percorso di costruzione di una valida alleanza terapeutica. In un'accezione attuale forse un po' schematica si considera che la psicoterapia intervenga sugli aspetti disadattivi caratterologici mentre la farmacoterapia su quelli temperamentali. Nell'ottica psichiatrico-sociale questo metodo psicologico cerca di contribuire in compartecipazione con gli altri e in particolare con gli interventi riabilitativi e sociali, a invertire o mitigare gli effetti del fallimento ambientale. Non mi dilungherò qui sulle scuole di pensiero e sulle diverse metodologie di cura accreditate che ne derivano individuali, di gruppo, di famiglia perché non è lo scopo di questo articolo discutere nello specifico dell'opportunità e dell'efficacia di un approccio nei confronti di un altro, è appena il caso di ricordare che ricerca e dibattito nel campo specialistico sono a tutt'oggi intensi e con risultati interessanti.

Esistono attualmente sufficienti studi scientifici che dimostrano l'evidenza del valore terapeutico della psicoterapia nel suo insieme, intesa come un'esperienza relazionale emotivamente correttiva che quando ha successo permette il disvelamento e la discussione di schemi relazionali disadattivi perlopiù inconsapevoli, è una migliore conoscenza di sé e dunque un migliore funzionamento personale a partire da una valutazione più libera e centrata dei propri bisogni, desideri, limiti e risorse. Secondo il nostro modello va da sé che una buona autostima, una conoscenza realistica delle proprie caratteristiche e competenze e una buona capacità relazionale influenzano in modo positivo (o negativo quando carenti o dissonanti) lo stato di salute in generale e le possibilità di adattamento sociale.

Per quanto mi riguarda, a partire dalla mia formazione psicodinamica (ma come per molti della mia generazione con conoscenze e interessi di valore clinico anche in campo cognitivo e sistemico) l'analisi della modalità di funzionamento intrapsichico e relazionale sia nel setting individuale che multiplo (vedi anche modelli di attaccamento) è un punto centrale della mia pratica quoti-

Wo steht die Sozialpsychiatrie?

Fortsetzung

gungsregion verankerten Kontinuität versucht man daher heute eher im Rahmen institutionalisierter Kooperationen zu verwirklichen. Dies drängt sich gerade in Gebieten mit vielen Einrichtungen unterschiedlicher Träger auf. In dieser „Kontinuität der zweiten Stufe“ wird die Heterogenität der Einrichtungen als Gegebenheit belassen. Die Kontinuität sucht man nun auf der Ebene der individuellen Behandlungskonzepte zu verankern: In breit angelegten Fallkonferenzen werden längerfristige Ziele und Pläne grob abgesteckt, verschiedene Rollen im Hilfesystem festgelegt und später evaluiert. Diese Konzepte sollen in erster Linie die Zielvorstellungen der Patienten aufnehmen. Dazu braucht es therapeutische Entwicklungs- und Übersetzungsarbeit und eine möglichst nachhaltige Umsetzung. Zur langfristigen Unterstützung wird eine Fachperson mit der durchgehenden Begleitung

beauftragt, die als „Case Manager“ in relativ weitmaschigem Kontakt mit dem Patienten und dem eingesetzten Hilfesystem arbeitet, um die Fäden zusammenzuhalten - aber nicht um einzelne Therapien und Betreuungen durchzuführen. Patientinnen und Patienten sollen also Spielraum zur eigenen Entwicklung haben, ohne aus dem Netz zu fallen. Darin können sich einzelne Therapien und Betreuungen gemäss ihren unterschiedlichen Prämissen und Dynamiken entwickeln, ohne dass die Linie der Behandlung verloren geht. Idealerweise sollte auch die Finanzierung über einen Pool zusammengefasst werden, wie dies in deutschen Projektregionen geschieht (z.B. Mainz, Bremen). Solche Verbund-Strukturen setzen ein hohes Mass an Kooperation und Verbindlichkeit voraus: Sie brauchen eine kompetente Lenkung. Mit solchen Zusammenschlüssen tun wir uns hier in der (deutschen) Schweiz schwer. Die bekannte und beklagte Aufsplitterung entspringt unserer politischen Tradition, die geprägt ist vom Misstrauen gegenü-

ber Zentralgewalten. Zudem machen jetzt viele Institutionen ihre unterschiedlichen Schritte zur Marktorientierung, was den Blick auf die betriebliche Optimierung lenkt. Das fördert nicht gerade die Integration eines unübersichtlichen Versorgungssystems, in dem es für viele psychisch Kranke kaum möglich ist, die verschiedenen Leistungen ihren Bedürfnissen entsprechend auszuwählen. Gerade darum wird die Bildung von Netzwerken und verbundartigen Organisationen von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Es gibt verschiedene taugliche Muster, die Psychiatrie unter dem Aspekt ihrer sozialpsychiatrischen Aufgabe zu organisieren - praktisch wird man immer auf dem Gewachsenen aufbauen: In jedem System muss man einen erheblichen Teil der personellen Ressourcen in die Integration der verschiedenen Hilfen, d.h. in die indirekte Arbeit stecken, wenn man dem Anspruch auf Kontinuität und Integration genügen will.

TH. CAHN 25.3.2006

diana ambulatoriale e in day hospital. Storia personale, meccanismi di difesa prevalenti e dinamiche di transfert e controtransfert sono presi in esame e discussi definendo le modalità di funzionamento e le aree problematiche. L'obiettivo è l'elaborazione con il singolo paziente di un progetto di cura realistico che includa limiti e elementi prognostici di possibili ostacoli e crisi, nel quale entrambi possiamo investire energia e motivazione. Durante la valutazione emergono i nodi problematici del funzionamento psicoaffettivo che creano sofferenza e ostacolano una libera espressione di sé; nodi che si rivelano perlopiù con sintomi e difficoltà nei rapporti con le persone in posizione significativa per il paziente.

Lo psicoterapeuta almeno in teoria è provvisto di adeguati strumenti per comprendere la dinamica intersoggettiva che sottende un determinato atteggiamento e comportamento. La gestione peraltro, nella pratica clinica con pazienti difficili, delle intense crisi relazionali (solo per inciso cito i meccanismi di difesa maggiormente coinvolti; proiezione, scissione e identificazione proiettiva) accompagnate frequentemente da comportamenti impulsivi-esplosivi e/o abbandono della cura è notoriamente spesso una barriera insormontabile per lo psicoterapeuta individuale.

Il lavoro di équipe e l'intervento di rete è dedicato generalmente a persone che presentano gravi sintomi e difficoltà di adattamento sociale. La pratica multidisciplinare come è noto fornisce interventi simultanei a vario livello dello spettro bio-psico-sociale su cui senza sottovalutarne l'importanza specifica non intendo dilungarmi qui. L'assetto relazionale condiviso (setting interdisciplinare) che ne deriva dovrebbe anche poter aiutare a districarsi nelle fasi di buio terapeutico contraddistinte da forte emotività espressa e aggressività. Il sapere di matrice psicoterapeutica anche per l'équipe e per la rete può costituire in effetti una valida mappa (vedi anche lettura della scissione e il contenimento degli aspetti proiettivi) per dare senso e orientamento strategico al procedere.

Va da sé infatti che in posizione emotivamente significativa per il paziente non si trova solo lo psicoterapeuta ma tutti gli operatori e le persone del suo entourage che possono così trovarsi coinvolti in una danza dagli schemi tanto inconsapevoli quanto maladattivi. Semplificando un discorso senz'altro

Psychothérapie et réseau

Par cet article, je souhaiterais apporter une contribution personnelle à la très actuelle réflexion sur le rôle des connaissances psychothérapeutiques à l'intérieur d'un réseau de soins, qui représente pour nous, acteurs de la société suisse de psychiatrie sociale, le véritable paradigme dans le traitement et la réhabilitation des patients difficiles ou gravement malades avec lesquels nous sommes fréquemment en relation.

Partant d'un modèle biopsychosocial comme base conceptuelle de la compréhension des troubles psychiques et de la planification de leur traitement, il apparaît intéressant de mieux décrire le domaine des attributions du psychothérapeute dans ce contexte et de définir la spécificité de sa contribution à l'intérieur d'un espace interdisciplinaire.

complesso possiamo dire che il paziente "esteriorizza" nelle relazioni significative dell'ambiente esterno aspetti caotici, confusi e scissi del suo mondo interiore ricevendo dagli altri risposte conseguenti che perpetuano in un circolo vizioso il malfunzionamento. Chiunque abbia un'esperienza interdisciplinare credo abbia provato sulla propria pelle dinamiche interprofessionali o con i familiari intensamente litigiose che causano situazioni di impasse. In queste situazioni sentimenti di speranza si alternano alla disillusione, la gratificazione alla svalutazione, la condivisione all'abbandono, la solidarietà e la comprensione reciproca alla denigrazione rabbiosa, l'impegno al disimpegno. Questo è particolarmente evidente nel caso di pazienti portatori di un disagio descrittivamente inquadrabile nei disturbi della personalità e che sono oggi universalmente riconosciuti come "problema psicosociale emergente". Queste persone possono presentarsi e funzionare in modi anche molto diversi se non opposti a seconda della fase del decorso della situazione o della persona che si trovano davanti. Le persone coinvolte vedono, e hanno effettivamente visto e vissuto, le cose in modi discordanti e maturano profondi disaccordi sul procedere. Nella rete ovviamente non tutti i conflitti derivano da problemi controtransferali ma tener conto di quest'ultimi e valutarli insieme in intervizione è fonamen-

Psychotherapie und das sozialpsychiatrische Behandlungsnetz

Ich möchte mit diesem Artikel einen persönlichen Beitrag leisten zur sehr aktuellen Reflexion über die Rolle des psychotherapeutischen Wissens innerhalb des Behandlungsnetzes, welches für uns von der Gesellschaft für Sozialpsychiatrie das eigentliche Paradigma in der Behandlung und Rehabilitation von schwerkranken und schwierigen Patienten ist.

Ausgehend von einem biopsychosozialen Modell als Verständnisgrundlage der psychischen Störungen und der Planung der Behandlung, erscheint es interessant das Gebiet der Zuständigkeit des Psychotherapeuten in diesem Kontext besser zu umschreiben und das Spezifische seines Beitrages innerhalb des interdisziplinären Raums zu definieren.

tale per definire esaurientemente limiti e risorse e proporre alle persone percorsi realizzabili.

Perché questo avvenga peraltro è necessario un clima di rispetto e riconoscimento reciproco nel quale sia possibile trovare una lettura condivisa di quanto sta succedendo al e intorno al paziente anche dal punto di vista dei significati psicologici. Compito dello psicoterapeuta è ricordare come la rete costituisca anche un'importante palestra relazionale per trovare e sperimentare nuove capacità interpersonali. In questo senso tra l'altro la collaborazione può anche fornire utilmente alla psicoterapia individuale indicazioni su aspetti sconosciuti della vita del paziente e dare protezione al setting aiutando p.es a recuperare una rottura attraverso un processo di mediazione. Allo psicoterapeuta che si cimenta con queste situazioni è richiesto uno sforzo di semplificazione del proprio linguaggio, capacità cooperativa e di ascolto di altri punti di vista che provengono da altri paradigmi e di condivisione della responsabilità e del potere. Nella mia esperienza questo approccio è stato ed è un esercizio di democrazia e di utopia nella condivisione con gli altri delle soddisfazioni ma anche dei dolorosi limiti della pratica quotidiana.

GEA BESSO
psichiatra FMH resp. Day Hospital
Nautilus Mendrisio, presidente SSPS-SI

Petite histoire de la plus grande société affiliée, de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie:

La Société Suisse de Psychiatrie Sociale

Pour découvrir les origines de notre Société, il faut remonter à 1969, année où le Congrès annuel de la Société Suisse de Psychiatrie est organisé à l'Hôpital de Malévoz, à Monthey. À cette occasion, le Dr Basaglia donne une conférence qui est fort remarquée, à tel point que le Comité de la Société Suisse de Psychiatrie décide, l'année suivante, la création d'une Commission de psychiatrie sociale et en confie la présidence au Dr Raymond Battegay. Son engagement sans compter pour la cause de la psychiatrie sociale lui a d'ailleurs valu d'être nommé membre d'honneur de notre société.

Le premier objectif de cette Commission de psychiatrie sociale est de favoriser le regroupement des forces de diverses personnes influentes et motivées dans la perspective de dégager l'activité psychosociale de l'hôpital psychiatrique, tout en stimulant les tentatives de « désinstitutionnalisation », visant ainsi à émanciper de l'hôpital psychiatrique les structures orientées vers l'activité socio-psychiatrique. La mission de cette Commission consiste, dans un premier temps, à organiser des réunions annuelles consacrées à une enquête sur l'état de la psychiatrie extra-hospitalière au cours des années 1970 à 1978. Puis, divers modèles de développements institutionnels, favorables à l'activité thérapeutique se situant dans le domaine de la psychiatrie sociale, sont étudiés, de même que divers modèles de pratique psychosociale (concepts de référence : psychiatrie communautaire – communauté thérapeutique et thérapie par le milieu, pratiques de réseaux - notions de réadaptation professionnelle et de réhabilitation sociale).

Au fil des années, il devient de plus en plus évident aux membres de cette Commission qu'une réflexion réellement psychosociale ne peut se cantonner à une vision uniquement psychiatrique,

c'est-à-dire médicale, des problèmes. En parallèle, la nécessité de développer de nouvelles compétences dans le champ psychosocial émane des professionnels oeuvrant en première ligne. Le désir d'une formation complémentaire, commune aux différentes professions actives dans le champ psychosocial, émerge progressivement à Zurich, Berne et Bâle Campagne. Ce mouvement de la base est un facteur déterminant pour encourager la Commission de psychiatrie sociale à s'organiser en société. Ainsi éclôt la ZASP (formation complémentaire en psychiatrie sociale), qui trouve un organe faîtière en cette société et une implantation sur deux lieux de formation : Berne et Zurich.

La Société Suisse de Psychiatrie Sociale naît formellement le 15 décembre 1984, à Berne, dans le cadre d'une assemblée générale constitutive, formée initialement des membres de la Commission de Psychiatrie Sociale de la SSP. De fait, elle remplace par la suite cette Commission, qui sera ultérieurement dissoute. La présidence de la Société Suisse de Psychiatrie Sociale est confiée au Prof. Ambros Uchtenhagen, de Zurich.

Étant dès lors une société issue de la Société Suisse de Psychiatrie, la question de la pluridisciplinarité ne va pas sans poser quelques problèmes. Ainsi, les premiers statuts prévoient-ils une distinction entre des membres ordinaires, obligatoirement des psychiatres, membres de la Société Suisse de Psychiatrie, et des membres extraordinaires, soit tous les professionnels engagés dans le champ de la psychiatrie sociale, y compris les psychiatres ou médecins non membres de la Société Suisse de Psychiatrie... Ce n'est que le 8 novembre 1991, lors de son Assemblée générale, à Mendrisio, que la Société Suisse de Psychiatrie Sociale se dote de nouveaux statuts abolissant cette sorte de ségrégation. Il n'est ensuite pas simple de faire accepter à la Société

Suisse de Psychiatrie que l'une de ses sociétés affiliées soit constituée de médecins et de non médecins bénéficiant de pouvoirs équivalents. La seule exigence maintenue est que les psychiatres soient majoritaires au sein du comité et qu'en particulier le Président soit membre de la Société Suisse de Psychiatrie. La Société Suisse de Psychiatrie Sociale ouvre ainsi une brèche dans une longue tradition en offrant la pluridisciplinarité au sein des sociétés affiliées à la Société Suisse de Psychiatrie, ce qui est devenu aujourd'hui chose tout à fait courante.

Lors de cette Assemblée générale du 8 novembre 1991, à Mendrisio, le Prof. Uchtenhagen transmet le flambeau de la présidence au Prof. Luc Ciompi, en charge alors de la chaire de psychiatrie sociale à la Faculté de médecine de l'Université de Berne.

Entre 1984, année de la fondation de la SSPS et 1991, année de l'égalité statutaire des professions engagées dans le champ psychosocial, il n'y a pas que la question de la pluridisciplinarité qui retient l'attention de notre société, mais également son plurilinguisme.

En effet, sous l'impulsion de membres tessinois du comité ainsi que de collègues très engagés sur le terrain, une section tessinoise voit le jour en 1989. Elle est présidée, dès son origine, par le Dr Giampiero Enderli, qui transmet cette présidence à la Dresse Gea Besso, en 2004. Ce n'est pas uniquement la question de la langue qui stimule la création d'une section tessinoise, mais aussi la volonté de développer une formation complémentaire en psychiatrie sociale spécifique pour le Tessin. Celle-ci voit le jour en 1990.

En Suisse romande, lors de l'organisation des premières journées romandes de psychiatrie sociale, à Genève, il est déjà question de la création éventuelle

d'un groupe romand de la Société Suisse de Psychiatrie Sociale. Le 23 janvier 1990, sous l'impulsion du Dr François Grasset, appuyé par Werner Fischer et Roger Granges, tous trois membres romands du Comité de la SSPS, certains s'entourent de collègues dans ce but. Après quelques séances de travail, un groupe constitué d'une quinzaine de personnes de tous horizons professionnels, obtient, par le dépôt d'une demande d'adhésions en bloc, le feu vert pour la création d'une section romande, qui voit le jour officiellement lors de son assemblée constitutive, le 15 janvier 1992, à Lausanne. Le Dr François Grasset en est le premier président.

Dès lors, la Société Suisse de Psychiatrie Sociale se trouve dans une sorte de déséquilibre, la question délicate étant celle de savoir s'il est judicieux de créer plusieurs sections alémaniques, régionales ou une seule section linguistique, mais le besoin d'une réforme de structure s'avère rapidement évident. La stabilité du comité central et des comités des deux sections en exercice, en particulier par leurs présidents, le Prof. Ciompi, le Dr Enderli et le Dr Grasset, est précieuse afin de permettre ce passage délicat jusqu'à la modification des statuts et l'organisation en trois sections linguistiques avec la fondation de la section alémanique sous la présidence du Dr Herbert Heise, dès 1995. Relevons au passage que le Dr Heise est toujours fidèle au poste de président de la section alémanique.

Cette réforme des structures modifie également la composition du comité, qui devient ainsi un Comité central, constitué d'un président, d'un vice-président, d'un caissier, d'un secrétaire, des trois présidents de sections, du coordinateur de la ZASP, du rédacteur en chef du Bulletin, des représentants de la Société Suisse de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée. S'y joint plus tard le président du Conseil scientifique mis en place pour resserrer les liens avec le monde académique au moment où le Dr Werner Saameli, alors médecin-directeur du Service psychiatrique de Thoune, remplace le Prof. Luc Ciompi à la présidence, en 1997.

Piccola storia...

...della più grande società affiliata alla Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia

Nel contesto di questo numero, il cui il tema è "Psichiatria Sociale oggi in Svizzera", è utile riprendere la storia della nostra Società a partire dalla creazione di una commissione di psichiatria sociale all'interno della Società Svizzera di Psichiatria, fino alla sua organizzazione attuale, in sezioni linguistiche meglio organizzate per affrontare le sfide professionali alle quali siamo sempre più spesso chiamati, in un quadro socio-politico particolarmente inquietante per l'equilibrio e l'avvenire dei nostri pazienti.

Durant les trois années de présidence du Dr Saameli, notre Société atteint son rythme de croisière avec un fonctionnement équilibré entre les activités du Comité central et les tâches des sections. C'est également la période pendant laquelle une harmonie entre Journées annuelles (organisées par les sections) et Journées communes (Comité central et sections) s'effectuent de manière complémentaire et riche. Les contraintes institutionnelles rendent cette organisation plus délicate les années suivantes.

Notons au passage que la Section romande, dans cet intervalle, voit sa présidence, pour la première fois dans l'histoire d'une société médicale, confiée à un infirmier, en la personne de M. Jean-Philippe Duflon qui l'assume pendant quelques années avant de passer le flambeau au Dr Gustavo Basterrechea, qui le transmet lui-même, en 2005, au Dr Yasser Khazaal.

C'est le Prof. Hans Dieter Brenner qui succède à la présidence du Dr Werner Saameli, au Comité central, dès 2000. Il nous accompagne jusqu'à l'automne dernier, avec force et courage malgré

Kleine Geschichte...

... der grössten angegliederten Gesellschaft, der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Im Rahmen dieser Ausgabe des INFO zum Thema „Sozialpsychiatrie in der Schweiz heute“ erscheint es sinnvoll, die Geschichte unserer Gesellschaft aufzurollen. Ausgehend von der Schaffung einer Kommission für Sozialpsychiatrie im Rahmen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie wird die Entwicklung bis zur heutigen Organisation mit ihren Sprachsektionen dargestellt. Ihr Auftrag ist es, den beruflichen Herausforderungen, mit denen wir in zunehmendem Masse konfrontiert sind, in einer Umwelt, die für die Stabilität und die Zukunft unserer Patienten soziopolitisch speziell beunruhigend ist, entgegenzutreten.

une maladie qui l'a contraint tout récemment à prendre une retraite anticipée et à quitter les Services Psychiatriques Universitaires de Berne à la fin mars 2006. Durant cette période, la force tranquille ainsi que la détermination du Prof. Brenner n'ont pas été de trop pour affronter le contexte sociopolitique difficile, avec une frange particulièrement dénigrante à l'égard des patients psychiques, qui n'ont pas les moyens de se défendre eux-mêmes. Cette lutte devra se poursuivre sous la présidence du Prof. François Ferrero, nommé en automne 2005, à la tête de notre Société, au niveau national.

Le contexte de ce numéro se prête bien à un survol historique de notre Société, un travail qui m'a été confié, puisque je chemine depuis une quinzaine d'années au Comité central et depuis 1994, en qualité de vice-président.

Ainsi votre serviteur semble être, en quelque sorte, une mémoire vivante de notre Société.....

DR CHRISTIAN MONNEY
Vice-président

Le travail social en mutation

Occupés à s'exercer aux gammes de la gestion du nouveau management public et séduits par les sirènes de ces outils d'évaluations chiffrées, certains praticiens du travail social individualisé et communautaire ont réalisé un peu tardivement que l'Etat diminuait ses subventions aux institutions alors qu'il obligeait celles-ci à acquérir sans budgets supplémentaires de nouveaux instruments. Leur réveil s'avéra d'autant plus difficile qu'il s'accompagnait d'un nombre croissant de citoyens confrontés à des maladies psychiques. Active depuis plus de vingt ans dans le domaine de la santé mentale, j'aimerais porter une réflexion personnelle sur l'utilisation dans nos pratiques professionnelles de méthodologies empruntées au secteur économique.

Aujourd'hui, un peu partout en Suisse romande, des travailleurs sociaux surchargés de demandes, écrasés de tâches administratives, s'interrogent sur de nouvelles techniques utilisées comme des fins en soi et non plus comme des moyens de soutien à des processus d'affiliation sociale. De récentes recherches décrivent des professionnels acculés à des rôles d'agents normatifs et s'avouant impuissants à assumer leur devoir d'utopie. Nées dans le sillage des luttes en faveur des droits de l'homme, leurs professions se fondent en effet d'abord sur des valeurs de dignité humaine, de responsabilité citoyenne et de justice sociale. En se réappropriant les outils de base de la relation d'aide, comme l'écoute active et l'analyse approfondie des besoins et en prenant le temps d'établir avec les personnes qu'ils accueillent l'inventaire de leurs lacunes et de leurs ressources personnelles et environnementales, certains travailleurs sociaux cherchent à renouer avec leur rôle de médiateurs, qui consiste à créer des liens entre des personnes et des groupes.

Longtemps confinée à des prestations destinées à aider un individu à s'adapter à sa situation, l'intervention psychosociale se conçoit aujourd'hui comme un processus qui vise une amélioration des interactions entre la personne et son environnement. Multidimensionnel, interdisciplinaire et communautaire, l'accompagnement se décline en projets construits sur les ressources du milieu. L'établissement avec la personne d'un cadre relationnel et structurel lui permettant d'exis-

ter dans des rôles personnels, familiaux et socioculturels validés et valorisant, nécessite une vision systémique, une approche par réseaux et un travail social inscrit dans un développement durable. La rigueur du côté technique s'accompagne ici d'une fine compréhension des processus de transformation du vivant et d'un profond respect de sa complexité. Les exigences de rendement économique imposées par un contexte durci et standardisé se heurtent à une éthique basée sur l'écoute active de la personne. Le temps et l'ingéniosité nécessaires à celle-ci sont remis en question. Un assistant social peut-il faire encore autre chose que placer son client dans un atelier et un foyer protégé parce qu'il est schizophrène et l'inscrire à l'AI parce qu'il n'y a plus de place pour lui dans le marché ordinaire du travail ? Quels engagements et quels risques est-il encore prêt à prendre face à la déferlante de la logique commerciale et technocratique pour créer ou trouver la place qui convient à son client ?

Quels développements de leurs prestations les institutions sont-elles prêtes à envisager dans des cités, dont de nombreux réseaux sociaux traditionnels se sont effondrés ? Ont-elles encore la force et le désir de promouvoir l'intégration dans les écoles, les entreprises, les administrations, les services privés et publics, bref partout là où l'être humain réalise ses habitudes de vie ?

Grâce à leurs pratiques, les travailleurs sociaux savent les périodes de transition sont propices aux mutations. Les devises de performance continue, de qualité totale et de croissance illimitée sont donc aussi pour les travailleurs sociaux des opportunités pour visiter leurs propres zones de dépendance, s'interroger sur la nature de leurs besoins de sécurité et de contrôle, observer leur manière d'exercer et de partager le pouvoir ? Aguerries par une synthèse de leurs propres contradictions, certains d'entre eux ont choisi de favoriser l'expression des personnes confrontées à des maladies ou à des handicaps pour promouvoir des savoirs issus de l'expérience de la fragilité et de la vulnérabilité et redonner ainsi à la dimension humaine une globalité incluant ses parts les plus émouvantes. Tous devront réapprendre à partager et à vulgariser l'information, essentielle aux citoyens, pour comprendre et con-

naître leurs droits et leurs devoirs. Ceux qui ont commencé à aménager de nouveaux espaces de formation, dans lesquels les personnes apprennent à s'exprimer, négocier, affirmer, s'opposer, résister, approuver, etc... ramènent à la vie des énergies qui parfois dorment depuis des décennies. Ils favorisent l'aide à soi-même et l'entraide et renforcent le pouvoir d'agir de leurs clients. Ces professionnels sont soutenus par des personnes qui ne se positionnent plus en assistés mais en partenaires d'un projet de société, dans laquelle l'intelligence froide et corticale des machines reste au service d'une intelligence plus vivante et plus humaine.

BARBARA ZBINDEN

Beschäftigt damit, sich in den neuen Organisationsformen des Public Management zu üben, und verführt von den Sirenen gesungen der Evaluationsmethoden mittels Zahlen, haben manche in der Sozialarbeit Tätige etwas spät realisiert, dass der Staat seine Subventionen für die Institutionen reduziert hatte und sie gleichzeitig, ohne Zusatzbudget, dazu verpflichtete sich neue Instrumente anzueignen. Besonders schwierig gestaltete sich das Erwachen, da es begleitet war von einer stetig wachsenden Anzahl Menschen mit psychischen Problemen. Ausgehend von meiner über 20-jährigen Tätigkeit im psychosozialen Bereich möchte ich meine persönlichen Überlegungen darlegen, wie aus der Ökonomie entlehnte Methoden in unserer Arbeit verwendet werden.

Impegnati ad esercitarsi nell'ambito della gestione del nuovo management pubblico e sedotti dalle sirene delle valutazioni in cifre, alcuni professionisti del lavoro sociale hanno realizzato, un po' tardivamente, che lo Stato diminuiva le sovvenzioni alle istituzioni mentre le obbligava, senza i fondi supplementari, ad acquisire nuovi strumenti.

Il loro risveglio si è rivelato difficile tanto più che si accompagnava da un numero crescente di cittadini affetti da malattie psichiche. Attiva da più di vent'anni nel campo della salute mentale,

vorrei condurre una riflessione personale sull'utilizzo nella nostra pratica professionale delle metodologie importate dal settore economico.

Bericht aus dem Zentralvorstand

An der Jahresversammlung vom 2. Dezember 2005 wurde Prof. Dr. Hans Brenner als Zentralpräsident verabschiedet. Die persönlich gehaltenen Abschiedsworte seiner Vorstandskollegen spiegelten die persönliche Wertschätzung und machten deutlich, dass er sich nicht nur als sozialpsychiatrisch engagierter Klinikdirektor und Wissenschaftler für die Belange der Sozialpsychiatrie und der SGSP eingesetzt hat, sondern mit seiner zugewandten offenen Haltung auch wesentlich zur freundschaftlich-konstruktiven Arbeit im Vorstand beigetragen hat. Hans Brenner verabschiedete sich mit Gedanken zu einer Soziopsychotherapie, sein Nachfolger Prof. Dr. François Ferrero stellte in einem zweiten Referat sozialpsychiatrische Behandlungs- und Betreuungsgrundsätze vor. Er verband dabei eine Darstellung sozialpsychiatrischer Praxis in Genf mit Gedanken des französischen Anthropologen Lévi-Strauss: Warum erscheint uns die Unterschiedlichkeit jedes Menschen, die Vielfalt der Kulturen und Verhaltensweisen so oft als störend, als etwas, das wir überwinden möchten, statt anzuerkennen, dass sie ganz natürlich gegeben ist? Diese Vielfalt könnte uns auch mit Dankbarkeit erfüllen und einem tiefen Respekt vor der Andersartigkeit jedes Andern, dessen Welt sich uns nie ganz erschliessen wird.

Anfang Februar traf sich der Zentralvorstand zu einer ersten Retraite mit François Ferrero. Wohl zum ersten Mal wurde an einer ZV Sitzung mehr französisch als deutsch gesprochen... (die bewährte und kompetente Übersetzung des „Röschtigra-benüberbrückers“ Patrick Maday nahmen wir trotzdem gerne in Anspruch). Im Zentrum stand eine Standortbestimmung zusammen mit dem neuen Präsidenten, ein Austausch zu aktuellen Themen. Dies betrifft die Aus- und Weiterbildung, insbesondere und nach wie vor die Weiterentwicklung der Zusatzausbildungen in der veränderten Bildungslandschaft. Weiter beschäftigen wird uns die organisatorische Struktur, einerseits gewachsen und geprägt durch die eben zitierte Vielfalt schweizerischer Kulturen, andererseits aufwändig und schwerfällig für einen ehrenamtlich organisierten Verein. Der ZV setzte sich mit den Vorschlägen zur 5. IVG-Revision auseinander, wo er konstruktive Ansätze sieht und gleichzeitig unsicher ist, inwie-

weit diese in einer politischen Atmosphäre der Diskriminierung und des Misstrauens gegenüber Versicherten generell und psychisch Kranken im besonderen konstruktiv umgesetzt werden können.

Dank dem aktiven Mitwirken einzelner ZV-Mitglieder zeichnen sich auch positive Entwicklungen ab, so z.B. bei der Änderung der Krankenpflege Leistungsverordnung bezüglich psychiatrischer Spitex: Gemeinsam mit anderen Verbänden der Psychiatrie, Pflege und Spitex nahm auch die SGSP nochmals kritisch Stellung zu einer Vorlage des BAG, würdigte aber auch, dass diese die grundsätzliche Stossrichtung der früheren Eingabe vom Juni 2004 nun aufnimmt. Weiter begrüsst der ZV, dass die Ärztekammer neu einen Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie geschaffen hat und gratuliert Eva Krebs-Roubicek dafür, dass ihr stetes sozialpsychiatrisch und psychotherapeutisch ausgerichtetes Engagement in der Alterspsychiatrie zu diesem Erfolg führte.

Thomas Rüst, Aktuar

Rapport du comité central

À l'occasion de l'assemblée générale du 2 décembre 2005, le retrait du Prof. Dr. Hans Brenner en tant président du comité central a été annoncé officiellement. Les discours d'adieu personnalisés, prononcés par ses collègues de comité, reflétèrent sa personnalité très appréciée et son engagement en faveur des intérêts de la psychiatrie sociale et de la SSPS. Ses fonctions de médecin directeur d'une clinique de psychiatrie sociale et de scientifique, mais aussi son attitude accueillante et ouverte ont favorisé la réalisation d'un travail constructif et amical au sein du comité. Hans Brenner a pris congé de l'assemblée avec quelques réflexions autour de la sociopsychothérapie, son successeur le Prof. Dr. François Ferrero exposa dans le cadre d'une deuxième conférence les principes de base des traitements et des soins de psychiatrie sociale. Il le fit en établissant un lien entre une présentation de la pratique de la psychiatrie sociale à Genève et des considérations de l'anthropologue français Lévi-Strauss : Pourquoi la différence de chaque être humain, la pluralité des cultures et des divers modes de vie nous apparaissent-elles avant tout comme dérangeantes et comme quelque chose que nous aimerions vaincre, alors que nous

pourrions les appréhender comme des données naturellement fondées ? La diversité pourrait tout aussi bien nous remplir de reconnaissance et nous inspirer un profond respect pour l'altérité de l'autre, dont le monde ne nous sera jamais entièrement accessible.

Au début février, le comité central s'est réuni pour une première retraite avec François Ferrero. Ce fut certainement aussi la première fois qu'on parla davantage en français qu'en allemand lors d'une séance du comité central (le recours à la traduction éprouvée et compétente du « Röschtigra-benüberbrücker » Patrik Maday fut toutefois appréciée). Une analyse commune et générale de la situation actuelle effectuée avec le nouveau président et divers échanges sur des thèmes d'actualité furent au centre des débats. Ont ainsi été évoquées des questions relatives à la formation de base et continue et en particulier, comme à l'accoutumée d'ailleurs, celles liées au développement de la formation complémentaire en psychiatrie sociale dans les mouvances actuelles du domaine de la formation. Par ailleurs, nous avons discuté de notre structure organisationnelle, issue et empreinte des pluralités culturelles suisses citées plus haut, dispendieuse et lourde pour une société fonctionnant sur un mode benévole. Le comité central étudia aussi les propositions principales du projet de la 5ème révision de la LAI, il y releva des éléments constructifs tout en exprimant simultanément des craintes quant à la manière dont ceux-ci seront mis en œuvre pratiquement dans un contexte politique global marqué par une ambiance de discrimination et de méfiance à l'égard des assurés et en particulier des malades psychiques.

Grâce à l'engagement actif de certains membres du comité central se dessinent également des perspectives positives en ce qui concerne, par exemple, la modification de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins psychiatriques à domicile. À la suite d'une démarche commune menée avec d'autres organisations actives dans le champ de la psychiatrie, de la santé et des soins à domicile, la SSPS a une nouvelle fois émis un avis critique quant au projet de loi de l'Office fédéral de la santé publique, en cautionnant toutefois le fait que celui-ci prenne désormais en compte des lignes de force émises dans le positionnement de juin 2004. Enfin, le comité central se réjouit que la corporation des médecins ait nouvellement créé un point fort psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée et il félicite

Eva Krebs-Roubicek, dont l'engagement permanent en faveur de la psychiatrie sociale et de la psychothérapie a contribué à ce succès.

Thomas Rüst

Rapporto del comitato centrale

In occasione dell'assemblea generale del 2 dicembre 2005, è stato annunciato ufficialmente il ritiro del Prof. Dr. Hans Brenner dal ruolo di presidente del comitato centrale. I discorsi di commiato pronunciati dai suoi colleghi del comitato riflettevano la sua personalità molto apprezzata e il suo impegno a favore degli interessi della psichiatria sociale e della SSPS. Le sue funzioni di medico direttore di una clinica di psichiatria sociale e di scienziato, ma anche il suo atteggiamento cordiale e aperto hanno favorito la realizzazione di un lavoro costruttivo e amichevole all'interno del comitato.

Hans Brenner si è congedato dall'assemblea con qualche riflessione sulla sociopsicoterapia mentre il suo successore, il Prof. Dr. François Ferrero, ha esposto nel suo contributo i principi di base dei trattamenti e delle cure di psichiatria sociale. Lo ha fatto stabilendo un legame tra la presentazione della pratica della psichiatria sociale a Ginevra e le considera-

zioni dell'antropologo francese Lévi-Strauss: perché la differenza di ogni essere umano, la pluralità delle culture e dei diversi modi di vita ci appaiono soprattutto come elementi di disturbo e come qualcosa che vorremmo vincere, quando invece potrebbero essere considerati come dei fattori naturalmente determinati? La diversità potrebbe d'altra parte ispirare un profondo rispetto per l'alterità degli altri, il cui mondo non ci sarà mai interamente accessibile.

All'inizio di febbraio il comitato centrale si è riunito per una prima retraite con François Ferrero. Questa è stata anche la prima volta che si è parlato più in francese che in tedesco durante una seduta del comitato centrale (il ricorso alla traduzione fedele ed accurata del « Röschtigrabenüberbrücker » Patrik Maday è stata comunque apprezzata). Un'analisi comune e generale della situazione attuale effettuata con il nuovo presidente e diversi scambi sui temi di attualità sono stati al centro del dibattito. Sono stati inoltre evocate delle questioni relative alla formazione di base e continua e in particolare, come d'altra parte è ormai abitudine, quelle legati allo sviluppo della formazione complementare in psichiatria sociale nel fluido quadro attuale della formazione. Si è altresì discusso della nostra struttura organizzativa, che essendo caratterizzata e fondata sulle pluralità culturali svizzere sopraccitate, risulta dispendiosa e gravosa per una società fondata sul volontariato.

Il comitato centrale ha anche esaminato i punti principali del progetto della 5a revisione della LAI, rilevandone gli elementi costruttivi ed esprimendo contemporaneamente dei timori per la maniera in cui verranno attuati, in un contesto politico globale caratterizzato da un ambiente di discriminazione e di sfiducia nei confronti degli assicurati e in particolare dei malati psichici.

Grazie all'impegno attivo di alcuni membri del comitato centrale si delineano anche delle prospettive positive per quanto riguarda ad esempio la modifica dell'ordinanza sulle prestazioni, all'interno dell'assicurazione obbligatoria, delle cure psichiatriche a domicilio. In seguito ad un'intesa comune con altre organizzazioni attive nel campo della psichiatria, della salute e delle cure a domicilio, la SSPS ha nuovamente criticato il progetto di legge dell'Ufficio federale di salute pubblica, considerando tuttavia il fatto che in quest'ultimo si sia tenuto conto delle linee guida proposte nel 2004. Infine il comitato centrale ha espresso la sua soddisfazione per il fatto che la corporazione dei medici abbia nuovamente creato un punto forte psichiatria e psicoterapia della persona anziana e si congratula con Eva Krebs-Roubicek, il cui impegno a favore della psichiatria sociale ha contribuito a questo successo.

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-Informations (Jahresabonnement: Fr. 20.-)

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

Senden an / Evoyer au / Spedire a:

Sekretariat der SGSP, c/o BFK, Spital, 3600 Thun
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, Psycho-
therapeutin 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