

# SGSP INFOSSPS

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

## Liebe Leserin, Lieber Leser

Eben erst haben wir uns mit dem Thema IV-Revision auseinander gesetzt. Vor gut zwei Jahren trat die 5. IV-Revision in Kraft, die dazu beitrug, dass die Zunahme von Neuberentungen gestoppt wurde. Nun sollen mit der 6. IV-Revision innerhalb von 6 Jahren 5% der Behinderten beruflich wieder eingegliedert werden. (Wieder-) Eingliederung ist eines der grundsätzlichen Postulate der Sozialpsychiatrie, dabei geht es darum, dem Individuum in seiner Ganzheitlichkeit mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten aber eben auch mit seinen Beschränkungen in unserer Gesellschaft ein Leben ohne Stigmatisierung zu ermöglichen.

Wie Paolo Cicale in seinem Artikel schreibt, hat der heutige Mensch immer mehr Aktionsspielraum und ist gleichzeitig immer weniger Herr seiner selbst. Während ich diese Zeilen schreibe, steht der Flugverkehr, bedingt durch einen Vulkanausbruch, in weiten Teilen Europas still, ein Natur-Phänomen, dem wir auch heute hilflos gegenüberstehen. Im Gegensatz zu früheren Generationen können wir wohl erklären, was die Ursachen für die Eruptionen sind, ändern daran können wir jedoch nichts. Ähnlich ergeht es uns mit der Erklärung für psychische Einschränkungen, wir haben

## Chère lectrice, cher lecteur

Il n'y a pas si longtemps, nous étions confrontés au thème de la 4ème révision de l'AI. L'entrée en vigueur, il y a deux ans, de la 5ème révision de l'AI contribua à stopper l'augmentation du nombre de nouvelles rentes. À présent, la 6ème révision de l'AI prévoit de réintégrer professionnellement 5% de rentiers actuels durant les six prochaines années. L'intégration ou la ré-intégration est un postulat central de la psychiatrie sociale, qui vise à permettre à tout individu de vivre sans stigmatisation au sein de la société grâce à une prise en compte de l'ensemble de sa personne, soit avec ses compétences et ses ressources, mais aussi avec ses limitations. Comme l'écrit Paolo Cicale dans son article, l'homme d'aujourd'hui dispose d'un espace d'action de plus en plus grand et simultanément il est de moins en moins maître de sa vie. Pendant que j'écris ces lignes, la circulation aérienne est bloquée dans une grande partie de l'Europe, conditionnée par l'explosion d'un volcan, un phénomène naturel face auquel nous restons aujourd'hui aussi impuissants que hier. Contrairement aux générations précédentes, nous pouvons bien expliquer les causes de ces éruptions, y changer quelque chose nous reste cependant impossible. Il en va de même en ce qui concerne les explications rela-

## Care lettrici, cari lettori,

Non è passato molto tempo da quando ci trovavamo confrontati con l'argomento della 4a revisione dell'A.I. L'entrata in vigore della 5a revisione, due anni fa, ha portato a ridurre considerevolmente l'aumento del numero di nuove rendite. In questo periodo la 6a revisione si propone di reintegrare professionalmente nei prossimi sei anni il 5% delle persone che sono attualmente poste a beneficio di una rendita. L'integrazione o la reintegrazione sono postulati centrali della visione psichiatrico-sociale che si batte affinché ogni individuo possa vivere nella società senza pregiudizio a seconda delle sue possibilità, legate ad una valutazione complessiva delle sue competenze personali che comprenda le risorse ma anche i limiti. Come scrive Paolo Cicale nel suo articolo, l'essere umano dei nostri tempi dispone di spazi d'azione sempre più vasti e contemporaneamente è sempre meno padrone della sua vita. Mentre sto scrivendo queste righe, lo spazio aereo europeo è chiuso a causa dell'eruzione di un vulcano; fenomeno naturale di fronte al quale siamo impotenti oggi come ieri. Oggi, rispetto alle generazioni precedenti siamo in grado di spiegare il perché di un'eruzione vulcanica ma cambiarne il corso resta comunque impossibile. Con le malattie psichi-

► S. 28

► p. 28

► p. 28

27 Editorial (Ruth Waldvogel)

29 Stellungnahme, Prise de position,  
Presa di posizione  
(SGSP, SSPS)

30 6. IVG-Revision: Arbeitsplätze oder  
Rauswurf? (Jürg Gassmann)

32 Exercice de l'invalidité sous contrainte  
(Dr Duc Lê Quang)

37 Umgang mit psychisch beeinträchtigten  
Menschen (Theodor Cahn)

38 La sofferenza ieri è oggi  
(Paolo Cicale)

41 Bericht aus dem Zentralvorstand  
Rapport du comité central  
Rapporto del comitato centrale

ein breites Spektrum von naturwissenschaftlichen Erklärungen, die zur Entwicklung neuer Medikamente und neuer Therapieformen beitragen. In unserer Alltagsarbeit sind wir jedoch immer wieder damit konfrontiert, dass es sehr lange und/oder chronische Krankheitsverläufe weiterhin gibt und die zwischenmenschliche Beziehung das wichtigste ist.

Das gilt auch für die berufliche (Wieder-) Eingliederung, in einer akzeptierenden, verständnisvollen Umgebung kann das Individuum seine Ressourcen und Potentiale entwickeln und sie in die Gemeinschaft einbringen.

Das Paradigma der 6. IV-Revision „Rente als Brücke zur Eingliederung“ mag auf den ersten Blick diese Haltung versinnbildlichen. Wenn dies jedoch darin besteht, innerhalb eines definierten Zeitraums von 6 Jahren 12.500 gewichtete Renten zu streichen, wird implizit vorausgesetzt, die bisher Berenteten hätten die Fähigkeit und die Möglichkeit sich in unserer hochtechnisierten, beschleunigten Arbeitswelt in einem vorgegebenen Zeitraum zurechtzufinden. Die Frage, ob damit nicht primär eine Verschiebung zur Sozialhilfe stattfinden wird, drängt sich auf und konfrontiert uns auch mit der Frage, ob unsere Gesellschaft bereit ist Behinderten und insbesondere psychisch Behinderten einen ihnen angemessenen Platz in der Gemeinschaft zu geben.

Integration ist nicht nur ein einseitiges Einfügen der Anderen in eine vorgegebene Umgebung, es erfordert auch, dass diese Umgebung so gestaltet wird, dass den unterschiedlichen Bedürfnissen Rechnung getragen wird. Integration ist ein Prozess, der von inneren und äusseren Bedingungen abhängt, die sich fortlaufend verändern und von nicht vorhersehbaren ökonomischen und politischen Entwicklungen abhängen. Die Forderung 12.500 Renten innerhalb 6 Jahren abzubauen wird dem in keiner Weise Rechnung gerecht und trägt eher zu einer weiten Stigmatisierung bei, indem die (alte) Botschaft vermittelt wird, psychische Beeinträchtigung lasse sich mit Willensanstrengung überwinden. Dies steht der sozialpsychiatrischen Forderung und Erfahrung entgegen, dass eine (Wieder-)Eingliederung dann gelingt, wenn diese Menschen sich ihrer Umgebung akzeptiert

tives aux maladies psychiques. Nous disposons d'un large spectre d'explications scientifiques, qui contribuent au développement de nouveaux médicaments et de nouvelles formes de thérapies. Dans la réalité de notre travail quotidien, nous sommes cependant toujours autant confrontés à des évolutions de maladies de longue durée et/ou chroniques et à l'importance essentielle des relations interpersonnelles.

Cela vaut aussi pour l'intégration ou la ré-intégration professionnelle. Dans un environnement accueillant et compréhensif, l'individu peut développer ses ressources et ses potentiels et en faire profiter sa communauté.

Le paradigme de la 6ème révision de l'AI : « La rente, un pont vers l'intégration » semble, de prime abord, illustrer cette intention. Si cela consiste toutefois à supprimer, dans un délai limité de six ans, 12.500 rentes, il est implicitement présupposé que les rentiers actuels auraient les capacités et la possibilité de s'adapter pendant un laps de temps défini au monde du travail actuel, super technicisé et accéléré. La question de savoir si cela ne conduira pas à primairement à un déplacement vers l'aide sociale se pose spontanément et nous oblige à nous demander si notre société est réellement prête à fournir aux personnes handicapées et en particulier aux personnes handicapées psychiques une place adaptée au sein de la communauté.

L'intégration ne consiste pas uniquement à insérer unilatéralement certaines personnes dans un environnement donné. Elle exige aussi que cet environnement soit conçu et aménagé de manière à satisfaire des besoins différenciés. L'intégration est un processus qui dépend de conditions internes et externes, qui se modifient en permanence et qui dépendent de développements économiques et politiques imprévisibles. La contrainte d'une suppression de 12.500 rentes en l'espace de 6 ans n'est donc pas du tout compatible avec le concept d'intégration. Elle tend au contraire à provoquer une augmentation de la stigmatisation, parce qu'elle diffuse un message selon lequel une déficience psychique pourrait être levée par des efforts de volonté personnelle. Cette idée s'oppose aux recommandations et aux expériences de psychiatrie sociale, qui démontrent qu'une ré-intégration n'est possible que lorsque

che, per analogia, ci troviamo nella stessa situazione: disponiamo di un largo spettro di conoscenze e spiegazioni scientifiche da cui discendono nuove proposte terapeutiche farmacologiche e non. Nella realtà del nostro lavoro quotidiano, peraltro, siamo sovente al cospetto d'evoluzioni di lunga durata o croniche delle malattie dei nostri utenti e ci rendiamo contemporaneamente conto dell'importanza fondamentale dal punto di vista terapeutico della qualità della relazione interpersonale. Questo concetto vale anche per gli ambiti dell'integrazione o reintegrazione professionale. In un ambiente accogliente e comprensivo la persona è maggiormente in grado di sviluppare il suo potenziale e questo ha effetti positivi per tutta la comunità. Il paradigma della 6a revisione : «la rendita, un ponte verso la reintegrazione» di primo acchito sembra mostrare la volontà di procedere in questa direzione. D'altra parte il concetto per il quale è possibile in sei anni reintegrare un numero di persone corrispondente a 12.500 rendite in questo momento erogate, implicitamente sottintende che gli individui interessati possiedono capacità e possibilità sufficienti per inserirsi nell'odierno mondo lavorativo supertecnologico e veloce. Inevitabile in questo contesto è domandarsi se questa procedura non porterà piuttosto ad uno spostamento di costi verso l'aiuto sociale e se la nostra società sia nella realtà davvero pronta a fornire alle persone con handicap e specialmente psichico un impiego adatto. L'integrazione, infatti, non consiste nel solo unilaterale inserimento di un individuo in una determinata realtà. Essa esige anche che l'ambiente sia concepito in modo da diventare idoneo ad accogliere la persona con le sue caratteristiche particolari. L'integrazione è un processo che dipende da condizioni interne ed esterne in costante mutamento che sono a loro volta correlate con sviluppi politici ed economici imprevedibili. Il mandato di soppressione di 12.500 rendite A.I. in 6 anni non è compatibile con il concetto d'integrazione. Al contrario questo può contribuire ad aumentare la stigmatizzazione perché difonde la falsa credenza che un deficit psichico possa essere superato con un semplice sforzo di volontà della persona che ne è affetta. Questa idea è contraria all'esperienza e alle raccomandazioni della psichiatria sociale per la quale è dimo-

fühlen und ihren Beitrag zur Gemeinschaft leisten können entsprechend ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten unter Berücksichtigung der individuellen Grenzen.

RUTH WALDOGEL

des patients psychiques se sentent acceptés par leur environnement et qu'ils peuvent apporter leur contribution à la communauté à condition que leurs capacités et leurs possibilités soient autant prises en compte que leurs limitations individuelles.

RUTH WALDOGEL

trato che una reintegrazione è possibile solo quando i pazienti psichiatrici si sentono accettati dal loro ambiente e possono contribuire alla società in una situazione nella quale le loro capacità e risorse sono prese in considerazione insieme alle limitazioni date dalla malattia.

RUTH WALDOGEL

## Stellungnahme des Zentralvorstandes der SGSP zur 6. IV-Revision

## Prise de position du Comité Central de la SSPS au sujet de la 6e révision de l'AI

## Presa di posizione del Comitato Centrale della SSPS riguardo la 6a revisione dell'AI

Der Zentralvorstand (ZV) der SGSP begrüßt grundsätzlich die mit der 6. IV-Revision geplanten Massnahmen zur eingliederungsorientierten Rentenrevision. Berufliche und soziale Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen sind der SGSP seit ihrer Gründung 1984 ein zentrales Anliegen.

Das in der Botschaft des Bundesrates vorrangig formulierte Ziel einer zahlenmäßig festgelegten Kostensenkung bei der IV birgt aus Sicht des ZV der SGSP jedoch einen gewichtigen Interessenkonflikt.

Besondere Bedenken hat der ZV der SGSP -bezüglich:

- Willkürlichkeit in der zumutbaren Mitwirkungsfähigkeit und Mitwirkungspflicht psychisch kranker Menschen
- dem Ausschluss bestimmter Diagnosegruppen von Rentenleistungen

Der ZV der SGSP begrüßt auch den Grundsatzentscheid zum Assistenzbeitrag, er hält aber die faktische Diskriminierung psychisch beeinträchtiger Menschen für nicht annehmbar.

Aufgrund des aufgezeigten Interessenkonfliktes fordern wir eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation des 6. IV-Revisions-Vorschlags mit dem Ziel abzuklären, ob eine Wiedereingliederung tatsächlich erreicht wird, oder ob es nicht vielmehr zu einer Kostenverschiebung in die Sozialhilfe kommen wird.

Le Comité Central (CC) de la SSPS salue le principe des mesures prévues dans le cadre de la 6e révision de l'AI pour la révision des rentes orientée sur l'intégration. En effet, depuis sa fondation en 1984, la réintégration professionnelle et sociale des personnes atteintes de troubles psychiques est une préoccupation centrale de la SSPS.

Cependant, du point de vue du CC de la SSPS, l'objectif prioritaire d'une baisse des coûts chiffrée de l'AI, tel que formulé dans le message du Conseil fédéral, recèle un conflit d'intérêt de poids.

Aussi, le CC de la SSPS tient à exprimer ses vives réserves sur les points suivants :

- le caractère arbitraire quant aux capacités et aux efforts raisonnablement exigibles des personnes atteintes de troubles psychiques
- l'exclusion des prestations de rentes de certains groupes de diagnostics

Le CC de la SSPS salue également la décision de principe en faveur de l'assistance complémentaire, mais considère la discrimination de fait de personnes handicapées psychiquement comme inacceptable.

Sur la base du conflit d'intérêt soulevé, nous exigeons une évaluation scientifique indépendante de la proposition de 6e révision de l'AI dans le but de clarifier si une réintégration sera effectivement atteinte, ou si elle n'aboutira pas plutôt à un transfert des coûts vers l'aide sociale.

Il Comitato Centrale (CC) della SSPS accoglie con favore il progetto di revisione orientato verso i provvedimenti di integrazione. In effetti sin dalla sua fondazione la SSPS si è battuta per la reintegrazione professionale e sociale delle persone sofferenti di disagio psichico. Un'importante perplessità al riguardo del testo presentato nel messaggio del Consiglio Federale riguarda peraltro il fatto che l'obiettivo principale della revisione della legge è quello di abbassarne i costi e questo sottintende un conflitto di interessi per l'A.I.

Il CC della SSPS, inoltre, esprime alcune riserve riassumibili nei seguenti punti :

- la possibile arbitrarietà nella valutazione delle capacità e dei conseguenti sforzi ragionevolmente esigibili da parte delle persone portatrici di malattie psichiche,
- l'esclusione a priori dalle prestazioni assicurative per interi gruppi diagnostici.

Il CC della SSPS accoglie con favore la decisione di principio in merito all'assistenza complementare ma considera inaccettabile la discriminazione delle persone con handicap psichiatrico.

Alla luce dell'evidenziato conflitto d'interesse il CC SSPS propone l'allestimento di una valutazione scientifica indipendente della proposta di 6a revisione dell'A.I. allo scopo di chiarire se e come gli obiettivi di reintegrazione professionale possano essere realmente raggiunti escludendo un possibile indesiderabile trasferimento di costi da un'assicurazione sociale all'altra.

## 6. IVG-Revision:

# Arbeitsplätze für Menschen mit einer psychischen Behinderung oder Rauswurf aus der Invalidenversicherung?

Die 5. IV-Revision, die seit Anfang 2008 in Kraft ist, will mit einer Stärkung des Konzeptes „Eingliederung vor Rente“ die Anzahl neuer IV-Renten senken, um die IV finanziell zu entlasten. Mit der Verabschiedung des 1. Paketes zur 6. IV-Revision hat der Bundesrat im Februar 2010 eine weitere Etappe zur Sanierung der hoch verschuldeten IV eingeleitet. Auch diese Vorlage, die nun von den eidgenössischen Räten zu behandeln ist, ist dem übergeordneten Ziel der Eingliederung von Menschen mit einer Behinderung verpflichtet, geht aber einen Schritt weiter. Zielgruppe sind nicht mehr die Versicherten, die sich neu bei der IV melden, sondern bisherige Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger, denen Eingliederungspotential zugeschrieben wird.

Die Zahl der Renten soll durch eine aktive Förderung der Wiedereingliederung markant reduziert werden. Angestrebt wird ein Paradigmenwechsel, weg von „einmal Rente, immer Rente“ hin zu „Rente als Brücke zur Eingliederung“. Innerhalb von sechs Jahren sollen so viele Personen wieder eingegliedert werden, dass 12'500 gewichtete Renten wegfallen. Das sind mehr als 16'000 Personen. Auf diesem Weg soll die IV-Rechnung pro Jahr um 231 Millionen Franken entlastet werden. Der anvisierte Spareffekt soll dazu beitragen, das strukturelle Defizit der Invalidenversicherung nach dem Auslaufen der befristeten Erhöhung der Mehrwertsteuer, der Volk und Stände in der Abstimmung vom 27. September 2009 zugestimmt haben, zu beheben.

### Neuer Mechanismus bei Rentenrevisionen

Die Vorlage setzt bei den Rentenrevisionen an, bei denen ein neuer Mechanismus spielen soll. Selbst wenn sich weder

der Gesundheitszustand noch die Erwerbssituation des Versicherten verbessert haben, soll geprüft werden, ob bei der betroffenen Person mit Hilfe von geeigneten Massnahmen eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erreicht werden kann.

Um das Ziel der Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern zu erreichen, soll die zeitliche Beschränkung der Integrationsmassnahmen aufgehoben und ihr Vollzug flexibilisiert werden. Zudem sollen die IV-Stellen für die Versicherten und ihre Arbeitgeber während des beruflichen Eingliederungsprozesses professionelle Beratung und Begleitung anbieten. Falls die Rente aufgehoben wird, kann diese Dienstleistung während drei weiteren Jahren beansprucht werden. Schliesslich soll die Attraktivität von Arbeitsversuchen erhöht werden, indem die damit verbundenen Risiken für Arbeitgeber auf ein Minimum gesenkt werden.

Es ist leider eine Tatsache, dass bei den IV-Stellen vor der 5. IVG-Revision das rehabilitative Denken weitgehend fehlte, wenn es um die Abklärung der Versicherungsansprüche von psychisch erkrankten Menschen ging. Eine brisante Studie hat gezeigt, dass nur ein geringer Teil der Berenteten aus psychischen Gründen vor der Rentenzusprache in den Genuss einer beruflichen Massnahme kam (Bär, Frick, Fasel, Dossieranalyse, 2008). Das muss sich dringend ändern. In Zukunft soll jede Möglichkeit zur Wiedereingliederung ergriffen werden, wenn sie der versicherten Person eine echte Chance zur Integration in den primären Arbeitsmarkt eröffnet. Dazu wären aber gar keine neuen gesetzlichen Grundlagen erforderlich. Denn spätestens seit der 5. Revision verfügen die IV-Stellen über ein umfassendes Eingliederungsinstrumentarium. Machen wir uns nichts vor: Die vorliegende Revision

wird kaum einen zusätzlichen Beitrag zur beruflichen Integration der Betroffenen leisten. Vielmehr ist sie als eine unter dem Deckmantel der Eingliederung versteckte Sparübung einzustufen.

### Wirklichkeitsfremde Beurteilung des Arbeitsmarktes

Der Bundesrat geht in seiner Botschaft davon aus, dass ohne Rücksicht auf die Wirtschaftslage, die Anforderungen der modernen Arbeitswelt und ohne Verpflichtung von Arbeitgebenden bis zum Jahr 2018 über 16'000 Personen, die zur Zeit eine IV-Rente beziehen, in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können. Diese Vorgabe muss als absolut wirklichkeitsfremd bezeichnet werden. Sämtliche Erfahrungen und Studien sprechen dagegen, dass es gelingen kann, IV-Rentnerinnen und Rentner in grosser Zahl in den Arbeitsmarkt zurückzuführen. Bereits nach einer Abwesenheit von sechs Monaten vom Arbeitsplatz steigt das Risiko einer rentenbegründenden Invalidität massiv an (siehe dazu Erwin Murer, Invalidenversicherung: Prävention, Früherfassung und Integration, Bern 2009, N 19 zur Art. 3a-c). Um so mehr müssen die Eingliederungschancen von Personen, die seit vielen Jahren nicht mehr im Arbeitsmarkt waren, als minim bezeichnet werden. Dies gilt in besonders hohem Massse für Personen mit psychischen Erkrankungen, die als primäre Zielgruppe mit Eingliederungspotential bezeichnet wird. Eine von der Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation Basel-Landschaft durchgeföhrte repräsentative Befragung von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) hat gezeigt, dass die Betriebe lieber einen nicht sehr zuverlässigen und wenig leistungsbereiten

Gesunden anstellen als einen Behinder-ten. Ferner würden die Personalverant-wortlichen chronisch körperlich Kran-ken gegenüber psychisch Kranken klar den Vorzug geben (Studie Bär, Frick, Gautschi, 2006).

Bereits im Vorfeld der Volksabstim-mung zur 5. IVG-Revision im Jahr 2007 hat das Bundesamt für Sozialversiche-rungen gemeinsam mit Nationalrat Otto Ineichen in Aussicht gestellt, in der Wirtschaft im Rahmen des Projektes Job Passerelle 3.000 neue Stellen für Menschen mit Behinderungen zu schaf-fen. In der Realität sind bisher durch das genannte Projekt nur etwas mehr als 30 neue Arbeitsplätze entstanden. Das massive Scheitern dieses ehrgeizigen Projektes zeigt, dass die Eingliederungs-ziele des Bundesrates für die 6. IVG-Re-vision in quantitativer Hinsicht nir-gends konkret abgestützt sind. Sie be-ruhen ausschliesslich auf finanzpoli-tisch geprägtem Wunschdenken.

## Ausgrenzung und Kostenverlagerung

Der finanzielle und politische Druck ist gross, die IV vor allem ausgabenseitig zu sanieren. Die Senkung der Renten-zahlen ist dabei ein wirksamer Hebel. Der Bundesrat erweckt mit seiner Bot-schaft den Eindruck, dass eine Reduk-tion des Rentenbestandes um 5% von Anfang an definiert ist und um jeden Preis erreicht werden muss. Aufgrund dieser klaren Vorgabe werden die IV-Stellen gezwungen sein, Renten aufzu-heben oder herabzusetzen, auch wenn der Eingliederungsprozess gescheitert ist. Ein solches Vorgehen ist mit dem Versicherungsprinzip allerdings nur schwer zu vereinbaren. Es besteht die ernsthafte Gefahr, dass diese Vorgaben zu einer diskriminierenden Ausgren-zung von Menschen mit einer psychi-schen Behinderung führen.

Die eingliederungsorientierte Rentenrevision wird in der Praxis dazu füh-ren, dass den bisherigen IV-RentnerIn-nen eine neu erlangte Erwerbsfähigkeit attestiert wird, ohne dass sich ihr Ge-sundheitszustand verbessert hat. Nach einer Auffrischung ihrer im Beruf not-wendigen Kenntnisse und weiteren Massnahmen, z.B. arbeitspsychologi-scher und psychosozialer Art werden sie

“

**Bei realistischer Beurteilung ist mit einem Verlagerungseffekt zu rechnen, der deutlich stärker als prognostiziert ausfallen wird. Die damit verbundenen finanziellen Belastungen der Sozialhilfe und der Arbeitslosenversicherung dürfen nicht vernachlässigt werden.**

aus der IV in den Arbeitsmarkt entlas-sen. Aus Sicht der IV gelten die Versi-cherten aufgrund der ihnen zugeschrie-benen Erwerbsfähigkeit zwar als einge-gliedert, ihre Chancen auf einen Arbeits-platz in der Wirtschaft sind jedoch kaum existent. Es muss unbedingt ver-hindert werden, dass IV-Renten infolge Wiedererlangen einer rein theoretischen Erwerbsfähigkeit reduziert oder aufge-hoben werden, obwohl eine tatsächli-che Eingliederung in den Arbeitsmarkt als unwahrscheinlich zu beurteilen ist.

Anzunehmen ist, dass eine grosse Zahl von Versicherten, deren IV-Rente aufgehoben oder reduziert wird, in die Arbeitslosigkeit entlassen wird. Diese Personengruppe wird in der Folge auf

Leistungen der Arbeitslosenversiche- rung oder der Sozialhilfe angewiesen sein. Die Botschaft widmet dem Thema der Kostenverlagerung nur gerade zwei kurze Abschnitte (S. 105, 111). Die Erläuterungen räumen ein, dass finanziel-le Verlagerungen zur Arbeitslosenversi-cherung und zur Sozialhilfe nicht voll-kommen auszuschliessen seien. Diese Auswirkungen werden angesichts der Bemühungen für eine tatsächliche Wie-dereingliederung der Betroffenen je-doch als gering eingestuft. Diese Prog-nose ist aus unserer Sicht reiner Zweck-

## 6ème révision de l'AI:

**Des places de travail pour des personnes avec un handicap psychique ou leur exclusion de l'assurance-invalidité ?**

En votant le premier volet de la 6ème révision de l'AI, le Conseil Fédéral a initié une nouvelle étape dans le processus d'assainissement de l'AI, fortement endettée. Le projet de loi cible des rentières et des rentiers actuels aux-quels sont imputés des potentiels d'intégration. En l'espace de six ans, il faut en effet pouvoir intégrer professionnellement autant de personnes nécessaires à la suppression de 12.500 rentes. Cette contrainte doit être considérée comme un déni de réalité. Il est à craindre que de nombreux assurés, dont la rente AI sera supprimée ou réduite, se retrouveront au chômage.

## 6a revisione dell' AI:

**posti di lavoro per le persone con handicap psichico o piuttosto la loro esclusione dall' assicurazione invalidità?**

La votazione relativa al primo pac-chetto di misure della 6a revisione dell'A.I. da parte del Consiglio Fede-rale ha segnato una nuova tappa nel percorso di risanamento dell'assicura-zione che è molto indebitata. Il pro-getto di legge è centrato sulle persone che sono attualmente poste a beneficio di una rendita e che si ritengono potenzialmente reintegrabili. In partico-lare si prevede di reintegrare nello spa-zio di sei anni un numero di persone corrispondenti alla soppressione di 12.500 rendite d'invalidità. Questo mandato deve essere considerato come un processo di negazione della realtà. Possiamo ben immaginare infatti che molte di queste persone a cui la rendita verrà completamente o in parte soppressa entreranno a far parte dei senza lavoro.

optimismus. Bei realistischer Beurteilung ist mit einem Verlagerungseffekt zu rechnen, der deutlich stärker als prognostiziert ausfallen wird. Die damit verbundenen finanziellen Belastungen der Sozialhilfe und der Arbeitslosenversicherung dürfen nicht vernachlässigt werden.

#### **Sozialziele der Bundesverfassung respektieren**

Die Sozialziele der BV sehen vor, dass sich Bund und Kantone dafür einsetzen, dass jede Person gegen die wirtschaftlichen Folgen von Invalidität gesichert ist, unabhängig von der Art der Behinderung (Art. 41 Abs. 2 BV). Das mit der aktuellen IV-Revision vorgeschlagene Konzept der eingliederungsorientierten Rentenrevision steht nur dann mit diesen verfassungsmässigen Grundsätzen im Einklang, wenn die Betroffenen eine echte Chance auf einen Arbeitsplatz haben. Die Arbeit muss zudem ermöglichen, den eigenen Lebensunterhalt zu angemessenen Bedingungen zu bestreiten. Diese Bedingungen sind zur Zeit nicht erfüllt.

Eine Annäherung an die ehrgeizigen Integrationsziele des Bundesrates ist nur unter der Voraussetzung denkbar, dass Arbeitgeber weit mehr als heute gesundheitlich beeinträchtigte Personen anstellen und die nötigen angepassten Arbeitsplätze tatsächlich zur Verfügung stellen. Dazu sind die gesetzliche Verankerung von wirksamen Anreizsystemen für Arbeitgeber und ein Abbau von Anstellungshürden versicherungsrechtlicher Art durch ein Gesamtkonzept zur Risikominimierung für die Arbeitgeber unabdingbar. Ohne eine Nachbesserung der Vorlage bleibt die tatsächliche Integration im versprochenen Umfang ein Papiertiger und es ist mit einer schmerzhaften und diskriminierenden Ausgrenzung von psychisch beeinträchtigten Versicherten aus der IV zu rechnen. Es bleibt zu hoffen, dass das Parlament die nötigen Korrekturen vornimmt.

JÜRG GASSMANN

Jürg Gassmann ist Rechtsanwalt und Zentralsekretär von Pro Mente Sana

## **Exercice de l'invalidité sous contrainte**

### **Transformation des pratiques psychiatriques par la 5è révision de l'AI**

#### **L'invalidité sous contrainte**

Le climat s'est détérioré ces dernières années par une rupture de confiance entre l'assurance AI, les psychiatres et les assurés/patients. En effet, sur le terrain, les nouvelles demandes ne « passent » quasi plus. Les douleurs somatoformes sont refusées la plupart du temps et tout trouble dépressif devient suspect. Le malade doit prouver l'authenticité de son trouble. Sa parole est mise en doute et il est même surveillé. Quelques uns de mes patients ont fini par développer une sensibilité qui frise le délire de persécution ; à moins qu'ils ne s'effondrent en crises de panique ou aggravent la perte de l'estime d'eux-mêmes passant allègrement à l'acte suicidaire. « Je m'en f... de la rente, ce que je veux c'est être guéri » me répètent-ils inlassablement. Pour ceux qui ont soi-disant la « chance » d'être rentier, commence un autre calvaire méconnu. Ils se cachent, couverts de honte d'être à la charge de la société. Ils sont désignés « moutons noirs » par les campagnes électorales. Son complice désigné, le psychiatre traitant est d'ailleurs vu comme trop complaisant par les arrêts de travail répétés ou trop mou, n'adoptant pas les thérapies les plus « up to date ». Les praticiens sont désignés comme participant au retard de la réponse de l'AI. Les copies de rappel aux assurés des rapports non encore remplis sont là pour prouver l'indolence de leurs médecins. C'est vite oublier que les médecins sont déjà enservis sous des tas de paperasses. En cela la multiplication des rapports de détection précoce n'arrange rien. Derrière cette avalanche administrative, c'est

toute la pression pour que le patient soit déjà guéri avant d'être soigné... Le ressentiment atteint son comble avec la suppression des rentes acquises mettant plus d'une famille, du jour au lendemain, dans des conditions d'indigence indécentes. Ils se résignent à l'aide sociale mais sont incapables de se départir d'un arrière-goût de mendier me confient-ils.

#### **1° Le psychiatre traitant comme tiers exclu**

Ceci démarre dès la rédaction du rapport bleu AI (il y a aussi le rapport blanc européen de dix pages environ...). Faut-il tout mettre pour « défendre » mon patient ? Cette question devient cruciale car une caisse au moins a franchi le pas par un copier-coller du rapport AI officiel avec comme en-tête celle de la caisse de perte de gain ! Or les informations à discréption pour les assurances privées se veulent explicites dans un rapport AI pour démontrer la pertinence de la demande des mesures AI. A ce jour, je n'ai reçu aucune réponse de la part du médecin-conseil de la dite caisse ni un éclairage de mes collègues de l'AI sur la confidentialité de ces données. Je pourrais être tenté de me dire que c'est dans l'intérêt du patient d'être d'emblée aidé par deux assurances de manière « précoce » pour justement éviter un processus d'invalidation. Mais à mon avis, il y a collusion entre intérêts privés (retour inconditionnel au travail) et intérêts publics (la meilleure santé possible). Ce qui me fait dire que l'assurance AI a peut-être perdu de vue sa vocation d'as-

surance sociale. Dire que j'ergote, soit ! Mais comment réagiriez-vous, si de bonne foi, je « collabore » avec l'employeur pour aménager les conditions de travail de l'employé malade et qu'en définitive il perd sa place ? Mon expérience de près de vingt ans sur le terrain montre que tout ce qui intéresse l'employeur, et c'est humain, c'est de remplacer dès qu'il peut son employé malade des « nerfs ». Pour compliquer le tout, les conseils des syndicats, des avocats, des offices de placement embrouillent l'appréciation médicale. Il y a confusion entre l'incapacité de travail, l'inaptitude au placement ou la « toxicité » de tel ou tel emploi. Sans compter que l'évaluation de la capacité de gain relève strictement de l'AI, je le rappelle. Plus fort, lorsque scrupuleusement je fournis tous les renseignements et documents demandés (puisque le patient a signé un chèque en blanc autorisant l'AI de s'informer), les informations sont exploitées à charge : déclarer l'alcoolisme (non pris en charge par l'AI) comme diagnostic principal et non plus secondaire pour évacuer la dépression (diagnostic principal) ou bien déclarer la guérison de la dépression (le patient sort de l'hôpital sans risque suicidaire après son passage à l'acte). Cette appréciation arbitraire des données me révolte. Reste l'expertise, garantie de toute l'impartialité et du vaste savoir. Que certains de mes confrères experts qui me connaissent m'en excusent. Pour ceux-là, j'ai du respect car ils m'ont appris mon métier à lire leurs rapports. Mais que dire des autres... qui me dictent la manière de prescrire les médicaments, le type de thérapie et la fréquence des séances et surtout, surtout le dosage sanguin des médicaments pour prouver que le patient a menti lorsqu'il dit prendre régulièrement son traitement... Là il y a intrusion dans l'intimité corporelle surtout en l'absence du consentement du patient. Pour un cas, j'ai fait appel au comité éthique de la société de médecine du canton pour ne pas appliquer la demande de contrôle de compliance. Au vu de toute cette controverse, je peux bien comprendre que la jurisprudence, une fois pour tout, a verrouillé le débat en déclarant forfaits les médecins traitants car partisans de leurs patients donc subjectifs. Que peut bien faire un psychiatre s'il ne s'occupe plus du sujet

? C'est bien du sujet que l'on soigne que se tire l'étymologie noble du « subject ». Je vous laisse déduire du traitement réservé dès lors au malade/assuré traité « objectivement »...

## 2° La demande est interminable

Non seulement avant ça durait de un à deux ans. Maintenant nous frisons les deux fois deux ans. Démonstration. Je

un nouveau rapport. Enfin au bout d'un an la décision tombe. Mais ce n'est que le projet de décision, trois mois au moins avant la décision définitive. Je concède qu'entre temps, la personne est convoquée à l'office AI par le chargé de dossier, ou reçoit la visite d'évaluation à domicile par l'AI ou encore a rendez-vous pour expertise. Mais à chaque étape, il faut compter trois à six mois pour avoir des nouvelles. Le plus long dossier que je n'ai jamais eu dure depuis dix

“

**Mon expérience de près de vingt ans sur le terrain montre que tout ce qui intéresse l'employeur, et c'est humain, c'est de remplacer dès qu'il peut son employé malade des « nerfs ».**

remplis une demande après un mois (précoce) d'arrêt. Puis après quelques mois, je remplis un rapport intermédiaire. En général plus de nouvelles après une année au terme de laquelle, je suis amené à réactualiser les données, quasi

ans... Le patient est enfin en réinsertion ! La détection a beau être précoce mais elle ne doit pas être confondue avec précipitation. J'ai le sentiment que rien n'est encore bien coordonné alors que l'on aborde déjà la 6<sup>e</sup> révision. Le futur

## Resumé

Seit der 5. IV-Revision ist die psychiatrische Tätigkeit schwieriger geworden und die Situation wird sich mit der 6. Revision wahrscheinlich noch weiter verschärfen. In der Tat wurde 1. der Psychiater zum ausgeschlossenen Dritten, 2. ist die Dauer bis zur Beantwortung des Antrages unendlich, 3. ist das Ergebnis ungewiss und 4. werden, zum Guten wie zum Schlechten, neue Vorgehensweisen entwickelt.

## Riassunto

La situazione della psichiatria con la 5a revisione A.I. si è inasprita e verosimilmente la situazione peggiorerà ancora con la 6a. In primo luogo, in effetti, in questo contesto lo psichiatra curante è diventato un « terzo escluso », in secondo la domanda è interminabile, in terzo il risultato è incerto e in quarto si sviluppano continuamente, nel meglio come nel peggiore, nuove pratiche

Südafrika 2010

# Faire Chancen für Süd und Nord!





candidat à l'AI a largement le temps de se perdre entre Office Régional de Placement, contrat d'insertion par les services sociaux et les mesures AI. Parfois lassés d'être sans aides concrètes, certains se débrouillent tout seul et finissent

nir innovatrices. Ou encore lorsque je propose d'emblée la rente (délire chronique ou trouble morbide de la personnalité), sur base de la bonne connaissance de mon patient, une réinsertion est proposée... Dans ce genre de situation,

réseau des travailleurs sociaux et à domicile pour maintenir les aides et soins à la maison, tant dans le suivi au long cours qu'en cas de crise. Un avis concerté, croisé et consensuel nous a souvent amenés vers des solutions inédites pour éviter l'enlisement.



par réussir leur propre insertion. Dans ces rares cas, le succès s'est fait au prix de sentiments d'injustice, de rejet ou de honte. J'oublie encore la durée des recours. Une fois que le tribunal administratif a débouté la demande AI, donnant quasi toujours raison à l'expert, il reste le tribunal fédéral. A l'affliction s'ajoute l'abnégation quand on fait une demande AI à l'heure d'aujourd'hui.

### 3° Le résultat est incertain

Il y a deux cas de figures. Le premier est le rejet de la demande, en passe devenir un classique comme sus-décrit. Le second est l'avis contraire aux recommandations du psychiatre traitant. Par exemple le refus d'envisager les possibilités de réinsertion de jeunes patients psychotiques. C'est bien dans ce domaine que les progrès de la psychiatrie ont été les plus spectaculaires permettant des soins dans la communauté renvoyant à l'Histoire l'image asilaire. Mais la décision de rente y est encore la règle car les échecs d'insertion restent élevés. Ce faisant les assurances sociales se privent de développer des formes d'insertion « à seuil bas » qui pourraient deve-

j'ai appris à attendre l'échec prévisible ! Mais plus dramatique, quelques uns de mes malades ont été malmenés par ces mesures (l'une a fini en décompensation maniaque et un autre répète des accès dépressifs inquiétants).

### 4° De nouvelles pratiques pour le meilleur comme pour le pire

Il ne faut pas croire que je fais dans l'anégisme. Ces dernières années, les jeunes collègues en formation à notre service sont drillés à se confronter, certes avec tact, et à clarifier les tenants et aboutissants de chaque arrêt de travail qu'ils délivrent et ce dès le premier entretien. En cas de conflits de valeur, nous demandons un arbitrage par le médecin conseil de la perte de gain. Le même procédé est appliqué lorsque nous sentons que notre rapport à l'AI nous met dans un conflit d'intérêts au détriment de nos soignés. Ceci nous permet de nous recentrer sur notre métier de soignant et de ne pas être déportés par une lutte assécurologique exténuante. Loin de toute cette agitation déprimante, notre service développe depuis 10 ans une étroite collaboration-formation avec le

Voici une vignette clinique pour conclure. Une jeune patiente universitaire mais souffrant de psychose ne trouve pas de travail depuis des années. D'origine étrangère, elle n'a droit à aucune assistance. La persévérance de ma collègue assistante sociale a convaincu la commune de lui fournir aide substantielle. De mon côté, j'ai déployé persuasion et fermeté pour lui administrer son traitement antipsychotique en collaboration avec son médecin de famille. Le meilleur ancrage dans la réalité lui a permis d'améliorer son français, de faire un stage et d'entretenir de mieux en mieux son logement. Aujourd'hui, elle est en passe de demander un apprentissage adapté à son trouble. La commune soutient son projet sur base de l'évaluation favorable des partenaires du réseau. J'ose espérer que dans quelques années, elle sortira de l'assistance et gagnera sa vie.

Cet exemple nous éclaire sur les mécanismes contre-productifs inscrits dans la 6<sup>e</sup> révision : 1<sup>o</sup> écarter le savoir faire du réseau par l'accès restreint et contractuel de l'allocation pour impotence API, 2<sup>o</sup> étouffer toute chance de cicatriser un trouble handicapant par décret économétrique (effort de volonté raisonnablement exigible) et 3<sup>o</sup> déformer les principes de réhabilitation psychiatrique par renforcement des instruments (traitement comportemental, psychologie sociale et du travail) sans tenir compte des valeurs de la personne.

DR DUC LÊ QUANG  
Psychiatrie-psychothérapie FMH  
Médecin chef du Centre Neuchâtelois de Psychiatrie, La Chaux-de-Fonds

# Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen – eine Herausforderung für alle Beteiligten

Die PSAG bietet mit ihren fünf Einrichtungen eine differenzierte, gut strukturierte Palette von Hilfen für Menschen mit psychischer Krankheit und psycho-sozialem Handicap an, die ganz unterschiedliche Diagnosen, Beeinträchtigungen, Bedürfnisse und Ressourcen haben. Was ist nun an ihnen das Gemeinsame, und welche besonderen Anforderungen stellen sich in ihrer Betreuung?

Die meisten Frauen und Männer, die zu uns kommen, haben eine schwere psychische Störung erlitten, welche als chronische Krankheit fortwirkt und ihr Leben prägt: Ihr Zustand hat sich teilweise oder weitgehend normalisiert, ist aber von Krisen und Rückfällen bedroht. Oft bleibt eine wechselhafte Symptomatik bestehen. Das ist etwas Anders als geistige Behinderung, die eine stabile Lebensbedingung bedeutet.

Anders als bei einer Körperbehinderung ist kein „Werkzeug“ sondern die „zentrale Steuerung“ betroffen: Steuerung des Denkens, der Impulse, der Affekte, der Aufmerksamkeit. Die Wahrnehmung der anderen Menschen, das Erleben der eigenen Person und ihrer Grenzen können, auch bei gutem Funktionieren, recht prekär bleiben. Der Selbstwert ist angegriffen. Unter der Decke lauern Ängste. Mit all dem leben zu müssen und sich auf den Beinen zu halten, ist leidvoll und anstrengend: Da kann man dünnhäutig und kränkbar werden, Rückzug, Flucht und Ausblenden der Realität – auch der eigenen Krankheit - liegen als Selbstschutz nahe. Zudem fehlt oft die Energie für äußere Anpassung und Leistungen.

## Breites Handicap

Das hat soziale Beeinträchtigungen zur Folge, welche ihrerseits auf Zustand

und Verlauf zurückwirken. Das betreffen nicht allein die Arbeitsleistung sondern die ganze Lebens- und Beziehungs-gestaltung, auch die adäquate Übernahme sozialer Rollen. Junge Menschen verpassen durch die Krankheit wesentliche Schritte ins Erwachsenenleben und sollen diese dann mit Handicap nachholen. Die wiederholte Erfahrung des Scheiterns, der soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung verstärken Selbstwertprobleme und Rückzugstendenzen. Aus diesen sozialen Gründen werden neben Medizin und Psychotherapie die vielfältigen sozialpsychiatrischen Hilfen notwendig, welche die PSAG anbietet.

Mit dieser Darstellung der spezifischen Problematik möchten wir eine ressourcenorientierte Haltung nicht infrage stellen. Wir betreuen psychisch chronisch kranke und behinderten Menschen mit dem klaren Ziel, ihre stets vorhandenen Ressourcen aufzuspüren, zu fördern und ihnen verfügbar zu machen. Das setzt aber voraus, dass wir die besonderen Bedingungen unserer Hilfeleistungen aufzeigen:

## Nähe-Distanz-Problematik

Wir haben es mit „schwierigen Menschen“ zu tun: Ihre komplexe Beein-

## Riassunto

Nella nostra collaborazione con i settori dell'amministrazione e delle assicurazioni siamo spesso in difficoltà nel comunicare con persone che non operando in psichiatria fanno fatica a comprendere la specificità e le condizioni del nostro lavoro. Nel rapporto annuale 2009 del PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft: comunità di lavoro psicosociale) Theodor Cahn presenta in modo comprensibile e sensibile le esigenze specifiche all'accompagnamento di persone che convivono con il disagio psichico. In quest'articolo si mette in evidenza la necessità di avere una solida formazione e buone conoscenze sulle conseguenze dei deficit psichici per poter operare efficacemente in psichiatria sociale sottolineando anche l'importanza del lavoro d'équipe anche nella sua funzione di sostegno.

## Resumé

Dans nos collaborations avec les secteurs de l'administration et des assurances, nous faisons fréquemment l'expérience de la difficulté à communiquer à des interlocuteurs qui n'œuvrent pas dans le domaine de la psychiatrie, les spécificités de notre travail et les conditions y relatives. Dans le rapport annuel 2009 du PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft: Communauté de travail psychosocial), Theodor Cahn présente de manière sensible et compréhensible les exigences spécifiques de l'accompagnement de personnes vivant avec des déficiences psychiques. Il met en évidence comment le travail de psychiatrie sociale nécessite une solide formation et de bonnes connaissances des conséquences des déficiences psychiques pour les personnes concernées. Il y souligne également l'importance et le soutien du travail en équipe.

trächtigung wirkt sich gerade in bedeutsamen Beziehungen aus. Für sie ist die klare, verlässliche Beziehung Basis jeder professionellen Hilfe. Aber sie stellen diese Beziehung mit ihren wechselnden, oft negativen Gefühlen, Ängsten und unrealistischen Erwartungen auf die Probe. Es braucht Professionalität und Erfahrung, um in der konkreten Begegnung die augenblicklich richtige Distanz zu finden, in welcher sich die Betreuten weder allein gelassen noch vereinnahmt fühlen.

Viele Betreute haben Mühe mit der Konstanz: ihrer Gefühle und Stimmung, ihrer Ziele und Bedürfnisse, ihres Urteils über die eigene Lage. Das ist meist Ausdruck starker innerer Widersprüche. Folglich ist es wenig sinnvoll, einfach „Motivation“ oder „klaren Auftrag“ einzufordern. Es braucht vielmehr geduldiges Haltgeben und Überbrücken von Bruchstellen. Auf unvermittelte Änderungen und Krisen muss man gefasst sein. Wegen dieser Wechselhaftigkeit müssen rechte Form und Mass der Hilfe immer wieder neu gefunden und angepasst werden.

### Hohe Professionalität

Im professionellen Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen muss man eine offene, verständnisvolle und zugleich hinreichend abgegrenzte Haltung finden und bewahren können: Man soll sich von der Irrationalität, der Angst, der Ohnmacht und von den heftigen und widersprüchlichen Gefühlen wohl bewegen lassen, etwas davon zu verstehen versuchen, sich dabei aber nicht verlieren. Das erfordert, selber ein hohes Mass an Kraft der eigenen Person einbringen. Dazu ist Rückhalt in einem funktionierenden Team und ausreichende Gelegenheit zur Reflexion in Supervisionen nötig. Beziehungsarbeit braucht Zeit und institutionellen Schutz vor ökonomischem Druck. Dann ist diese herausfordernde Arbeit auch sehr befriedigend.

DR. MED. THEODOR CAHN,  
Vorstandsmitglied PSAG

*Come chi ripercorra nella mente  
la malattia che l'ha appena lasciato  
non riesce a valutarne esatti i rischi  
poiché il nuovo benessere lo offusca*

*e chi torna sul ciglio di un abisso  
col pensiero assottiglia il ramoscello  
sbocciato di traverso sulla roccia,  
che lo trattenne dal precipitare*

*così l'anima ha per abitudine,  
trascorso molto tempo dal dolore,  
di porre in dubbio la sua identità  
in cerca di una prova.*

*Emily Dickinson*

## La sofferenza ieri è oggi

Le più infauste e dolorose tra le angustie contemporanee sono rese perfettamente dal termine tedesco Unsicherheit, che designa il complesso delle esperienze definite nella lingua inglese uncertainty (incertezza), insecurity (insicurezza esistenziale) e unsafety (assenza di garanzie di sicurezza per la propria persona, precarietà). La cosa singolare è che queste afflizioni costituiscono un enorme impedimento ai rimedi collettivi: le persone che si sentono insicure, che diffidano di ciò che il futuro potrebbe riservare loro e che temono per la propria sicurezza personale, non sono veramente libere di assumersi i rischi che l'azione collettiva comporta. Non trovano il coraggio di osare né il tempo di immaginare modi alternativi di vita insieme; sono troppe assorbite da incombenze che non possono condividere per pensare (e tanto meno per dedicare le loro energie) a quei compiti che possono essere svolti solo in comune.

Nell'età contemporanea l'uomo è stato travolto e "stravolto" dalle conquiste della scienza e della tecnica, che lo hanno proiettato in una nuova dimensione spazio-temporiale in cui egli

ha sempre più potere d'azione, ma dove è anche sempre meno padrone di se stesso.

Si è aperta una nuova era, quella in cui viviamo, che si preferisce definire post-moderna, in cui si sta tentando il processo di omologazione culturale a livello planetario (ragione per cui si parla di globalizzazione).

Noi viviamo nell'epoca delle società di massa e delle istituzioni.

Nei paesi occidentali, dove l'uomo è più "aperto" al nuovo e più facilmente suggestionabile, è in atto un rimescolamento culturale, favorito dalla residenza in realtà multietniche, dove, la varietà delle lingue, delle religioni, dei costumi, ha ingenerato più che mai confusione e disorientamento; ha provocato l'allentamento del senso di appartenenza, l'affermazione di "identità fluttuanti".

Pensando agli immigrati sempre di più aumenta il numero delle persone con problemi psichici. Arrivano tra mille difficoltà indebitandosi per pagarsi il

viaggio. I loro sogni si infrangono e rimane la triste realtà di provvisorietà e di illegalità. Il permesso di soggiorno è per loro come l'entrata in paradiso, la porta che apre a loro la possibilità di sistemarsi. Esistono, purtroppo, questi mondi sommersi, dove regnano la disperazione e la lotta per la sopravvivenza.

Ma il dolore e la sofferenza come sono stati spiegati e compresi nel passato?

In epoca preistorica il dolore non trovava logica spiegazione e l'uomo, da sempre bisognoso di dare un significato, evocò spiriti maligni e forze occulte che, penetrando nel corpo, determinavano lo stato di sofferenza.

La concezione che la sofferenza fosse provocata da demoni che entravano di nascosto nel corpo di chi aveva offeso il Dio protettore la si ritrova dall'epoca del bronzo fino all'epoca di Platone.

Molto tempo dopo nella filosofia cristiana il dolore sarà considerato come un'espiazione dei dolori.

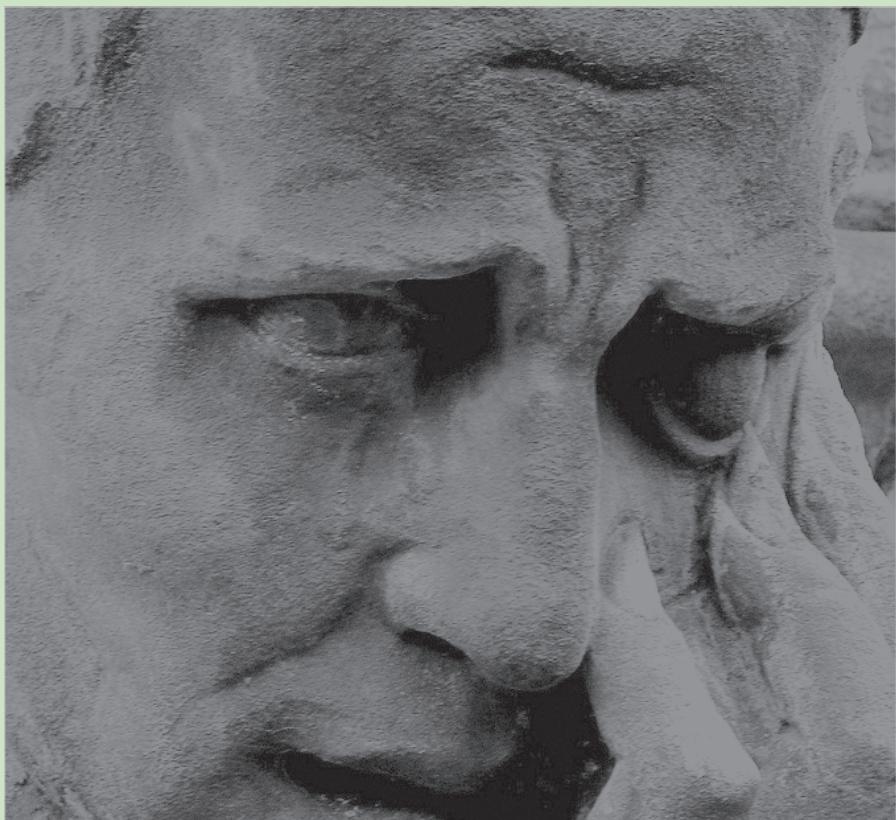
La visione organicistica fu introdotta da Ippocrate prima e da Aristotele poi. Quest'ultimo sosteneva che uno dei cinque sensi, il tatto, fosse responsabile del dolore, ma erroneamente riteneva che solo nel cuore il dolore si trasformava in una sensazione che chiamava "passione dell'anima".

La filosofia aristotelica si riaffermò nel Medio Evo sovrastando il pensiero del filosofo arabo Avicenna, il quale definì il dolore come "una particolare sensazione" che può essere prodotto dalla malattia o essere esso stesso malattia.

Nel Medio Evo nasce la medicina Monastica. I Benedettini utilizzavano un ricco prontuario di erbe medicinali. Questi monaci possiamo considerarli come i pionieri della futura industria farmaceutica.

Galilei getta le basi per una concezione non più filosofica, ma puramente razionale del dolore e successivamente con Cartesio che, con la teoria del metodo, in pieno Rinascimento, tracciò il definitivo allontanamento dal metafisico. Il cervello fu considerato la sede centrale della sensibilità.

Con Paracelso, ideatore dell'etere



luigi bartolotti / flickr

## Resumé

Reflexionen zu Leiden, Leidenskonzept und zur Bedeutung und Sinn des Leidens. Ein kurzer Abriss der Geschichte, wie in der Vergangenheit Leiden und Schmerz erklärt und verstanden wurden. Überlegungen zur aktuellen Realität, zum Verständnis der Unsicherheit die der Mensch erlebt.

Im Weiteren beinhaltet der Artikel Fragen zum Konzept menschlicher Grenzen. Auf welche Art und Weise der Mensch in seiner komplexen psychophysischen Konstitution im Erleben von Schmerz und/oder Leiden betroffen ist. Ein Versuch, das Leiden nicht nur aus einem medizinisch/psychiatrischen Blickwinkel zu betrachten, sondern auch aus philosophischer Sicht.

## Résumé

L'article aborde le thème de la souffrance, le concept de souffrance ainsi que la signification et le sens de la souffrance. Un bref survol historique montre comment la souffrance et la douleur étaient expliquées et comprises dans le passé. La réalité actuelle et la compréhension de l'insécurité vécue par l'être humain y sont également évoquées. L'auteur interroge par ailleurs aussi le concept des limites humaines. De quelle manière l'être humain doté d'une complexe constitution psychosomatique vit-il l'expérience de la douleur et/ou de la souffrance ? Le texte propose un regard philosophique et pas uniquement médico-psychiatrique sur cette réalité.

solforico da lui utilizzato per lenire la sofferenza, si assiste al tentativo di rivoluzionare i concetti fino ad allora esposti. Paracelso proponeva la visione olistica dell'uomo in cui il dolore era interpretato anche alla luce della complessa sfera psicofisica.

Ma un vero precursore della visione psicofisica del dolore è stato Benedetto De Spinosa che trattava il dolore includendovi anche la melanconia. Il dolore era visto come un'emozione e con il termine "tristizia" indicava sia il dolore fisico sia quello psichico.

Nel XVI e XVII secolo con l'avvento della concezione scientifica della natura, il dolore non è più valutato nell'ambito della filosofia ma della medicina.

Nell'ottocento la psicologia, che era nata con notevole ritardo come sapere autonomo rispetto alla medicina, ha dato al dolore un suo significato, attribuendogli il valore del sentimento oltre di sensazione, interpretandolo come esperienza dell'essere umano.

Oggi sembra sia riaffiorato il sogno di Paracelso che tentò di riformare la medicina dell'epoca senza successo e che propose una visione olistica in cui soma e psiche sono elementi inscindibili dell'essere umano.

La definizione di sofferenza (De Voto) come "condizione tormentosa provocata dalla assiduità del dolore".

La sofferenza è dunque un disagio psicofisico che può anche essere interpretato dal paziente come dolore non meglio definito e che può non trovare genesi organica.

Cosa si nasconde in ogni anima che sia ferita e lacerata dal dolore e dall'angoscia è difficile e complesso da decifrare. Come afferma E. Borgna la psichiatria svolge un compito essenziale e indispensabile quando si serve di formulazioni diagnostiche in cui comprimere e pietrificare stati d'animo fluttuanti e mutevoli, esperienze vissute che si allontanano da una "norma" e che testimoniano di una condizione di sofferenza talora insostenibile.

Ma la psichiatria non può non essere contestualmente psichiatria sociale: impegnata a realizzare e a descrivere le influenze che i diversi contesti sociali svolgono sull'insorgenza e sull'evoluzione delle esperienze e delle forme di sofferenza psichica.

Ma oltre a comprendere il significato della sofferenza è necessario porsi la domanda circa il suo senso.

U. Galimberti in "La casa di psiche" afferma che la domanda di senso si fa più acuta nell'età della tecnica, perché la tecnica tende a mortificare l'individuo nella sua peculiarità, per ridurlo a puro funzionario di un apparato, la cui efficienza è garantita più dalla sostituibilità degli individui che dalla loro specificità.

Il senso è come la fame che si avverte non quando si è sazi, ma quando manca il cibo. È l'esperienza del negativo a promuovere la ricerca, è la malattia, il dolore, l'angoscia, non la felicità, sul cui senso nessuno si è mai posto domande.

Nella sofferenza, afferma Galimberti, siamo insostituibili perché siamo in-

sostituibili nella morte, di cui la sofferenza è un'anticipazione, in quanto sottrazione di vita, sua estenuazione, riduzione della sua espansività, suo ripiegamento. Come tale la sofferenza, oltre che evento fisico o psichico, segnala la condizione ineludibile dell'umano: la condizione mortale.

Della morte non ci addolora l'eventualità in sé, ma la consapevolezza della sua ineludibilità e quindi l'attesa di cui la sofferenza è l'avvisaglia. Non soffriamo solo del male fisico o psichico che ci tocca, ma soprattutto del suo segnale premonitore. Patire significa infatti subire quel che non si può scegliere. Nel patimento fisico o psichico, oltre al dolore della sofferenza, c'è il dolore dell'attesa di morte, di cui la sofferenza, che restringe le possibilità di vita, è inequivocabile segnale. Per questo la pazienza, che è l'arte del saper patire, è virtù riconosciuta nei pazienti, non tanto perché si attende la guarigione prossima o ventura, quanto perché si è consapevoli di non poter evitare la propria sorte mortale.

Nel patire quel che non possiamo evitare, la sofferenza, fisica o psichica che sia, ci mette a contatto con il nostro limite, anzi ci consegna al nostro limite che ci descrive come esseri sospesi sul nulla. Dal nulla venuti, al nulla destinati. Puri eventi consegnati alla precarietà dell'esistere che chiedono il senso della loro precarietà.

PAOLO CICALE

## Case Management - eine praxisbezogene Begriffsklärung

9. September 2010, 10.00 – ca. 16.30 h | Psychiatrische Klinik, Wil  
Details siehe [www.sgsp.ch/aktuell](http://www.sgsp.ch/aktuell)

Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie SGSP,  
Deutschschweiz mit ZASP - die interdisziplinäre sozialpsychiatrische Weiterbildung  
in Zusammenarbeit mit  
St. Gallische Kantonale Psychiatrische Dienste, Sektor Nord  
- Center of Education and Research (COEUR) -

# Bericht aus dem ZV

## Rapport du comité central

## Rapporto del comitato centrale

Nachdem die letzte Mitgliederversammlung beschlossen hatte, dass für die kommenden drei Jahre die SektionspräsidentInnen das schweizerische Präsidium im Turnus übernehmen, traf sich der ZV erstmals in seiner selbstverordneten Such und Klärungsphase - freundlichst aufgenommen und auch zum gemeinsamen Abendessen eingeladen im gastlichen Haus von Eva Krebs-Roubicek.

Neben grundsätzlichen Diskussionen zur Funktionsweise der SGSP und ihrer Gremien (Austausch-Plattform / Weiterbildung / Forschung / Handeln) waren die ein-einhalb Tage vor allem durch pragmatische Entscheidungen geprägt. Eingehend wurde die Frage diskutiert, ob ein gedrucktes INFO längerfristig noch zeitgemäß ist oder ob ein elektronisches Format nicht mehr Flexibilität bei geringeren Kosten ermöglichte. Da insbesondere in der Deutschschweiz die Kooperation mit der Sozialen Medizin eine zusätzliche Verbreitung ermöglicht, wurde – pragmatisch – vorläufig auf eine Änderung verzichtet, gleichzeitig aber beschlossen, dies in einem Jahr nochmals zu prüfen. Weiter wurde die Nutzung des Internets grundsätzlich diskutiert. Entsprechend der sich abzeichnenden Verschiebung des Gewichts und der Aktivitäten von der Zentrale zu den Sprachsektionen wurde empfohlen, dass die Sprachsektionen überlegen, wie sie das Internet vermehrt als Plattform nutzen wollen. Die Tessiner Sektion hat bereits seit einiger Zeit eine eigene Seite (erreichbar über [www.sgsp.ch](http://www.sgsp.ch)), in der Deutschschweiz ist nun ebenfalls – in Zusammenarbeit mit der ZASP eine eigene Seite im Aufbau.

Unterstützt wurde der Antrag des

Après la décision prise lors de la dernière assemblée des membres de confier pour les trois prochaines années la présidence suisse aux présidents de section selon un tournus annuel, le comité central s'est réuni une première fois avec une intention de clarification et de réorganisation, aimablement accueilli et aussi invité pour un repas du soir en commun dans la maison conviviale de Eva Krebs-Roubicek.

En sus des discussions de fonds sur la fonction de la SSPS et de ses organes (plate-forme d'échanges, formation continue, recherche, activités), ce sont surtout des décisions pragmatiques qui marquèrent cette journée et demie de travail. On se pencha en particulier sur la question du bulletin INFO et sur l'opportunité de poursuivre à long terme une impression papier sachant que ce support n'est plus forcément d'actualité et qu'un format électronique offrirait probablement davantage de flexibilité ainsi que des coûts moins conséquents. Comme en Suisse alémanique la coopération avec le journal « Soziale Medizin » permet une diffusion élargie, il a été décidé pragmatiquement de renoncer pour l'instant à un changement, tout en convenant de vérifier la pertinence de cette décision dans une année. L'usage d'internet a d'ailleurs fait l'objet d'une discussion approfondie. Conformément au déplacement du poids des activités centralisées vers davantage d'engagements de la part des sections, il a été recommandé à ces dernières d'évaluer dans quelle mesure elles pourraient mieux exploiter internet comme plate-forme d'échanges. La section tessinoise dispose depuis peu de son propre site

Il Comitato centrale, dopo la decisione ratificata dall'Assemblea di affidare a turno annuale la presidenza nazionale ai tre presidenti di Sezione, si è riunito una prima volta accolto in modo squisito a casa di Eva Krebs-Roubicek che ha anche preparato un ottima cena. La discussione aveva l'obiettivo di chiarire alcune questioni di fondo rispetto al ruolo della SSPS, ai suoi obiettivi e al rinnovamento riorganizzativo intorno ai temi dello scambio, della formazione continua, della ricerca e delle attività. Le decisioni prese hanno perlopiù riguardato questioni pratiche. In particolare è stata presa in considerazione la questione della forma cartacea dell'edizione del nostro bollettino INFO considerando che la versione elettronica ai giorni nostri offre vantaggi rispetto a economia e flessibilità. La collaborazione in Svizzera tedesca con la rivista « Soziale Medizin » che distribuisce l'INFO come inserto permette d'altra parte una diffusione maggiore della nostra pubblicazione e dunque per il momento è stato deciso pragmaticamente di rinunciare per il momento al cambiamento verso la sola edizione elettronica con verifica della situazione fra un anno. Una discussione approfondita ha riguardato l'utilizzo di internet: in seguito al decentramento dell'attività nazionale verso le sezioni si raccomanda a queste ultime di valutare come internet possa divenire una vera piattaforma di scambio societario fra i vari distretti. La sezione ticinese dispone già di un suo sito internet (accessibile dal sito [www.sgsp.ch](http://www.sgsp.ch)). In Svizzera tedesca il sito in collaborazione con la ZASP è in via di allestimento.

neuen Präsidenten, Yasser Khazaal, der vorschlug, dass die jeweils „präsidierende“ Sektion, ihre Jahrestagung als gesamtschweizerische Veranstaltung durchführt mit einem für alle Sektionen relevanten Thema. Dies um den gesamtschweizerischen Diskurs und Zusammenhalt zu betonen.. Die Section Romande macht den Anfang mit der Tagung vom 29. Oktober 2010 zum Thema beruflicher Integration und Zusammenarbeit mit der IV (bitte Datum vormerken!).

Geklärt wurde weiter die Zusammenarbeit mit Institutionen, mit denen die SGSP zusammenarbeitet, indem Walter Gekle den Sitz im Stiftungsrat der Pro Mente Sana einnimmt und Holger Hoffmann Verbindungs person zum Aktionsbündnis psychische Gesundheit sein wird.

THOMAS RÜST

internet (accessible à partir de www.sgsp.ch). En Suisse alémanique, la création d'un site partagé avec la ZASP est en cours de construction.

On approuva la demande du président actuel, Yasser KHAZAAAL, qui suggéra que la section qui assume la présidence organise sa journée annuelle à l'intention de l'ensemble de la société en choisissant des thèmes intéressant toutes les sections, ceci afin de préserver une réflexion et une cohésion communes et nationales. La section romande sera la première à procéder ainsi en organisant une journée annuelle le 29 octobre prochain sur le thème de l'intégration professionnelle et de la collaboration avec l'AI (merci de noter cette date).

Les collaborations avec d'autres institutions proches de la SSPS furent également clarifiées. Walter Gekle prend ainsi place dans le conseil de fondation de Pro Mente Sana et Holger Hoffmann devient la personne de liaison avec Alliance Santé Psychique Suisse.

THOMAS RÜST

La proposta del presidente Yasser Khazal veniva accettata :la giornata nazionale verrà organizzata dalla Sezione che assume la presidenza nell'anno in corso e che sceglierà un tema coinvolgendo e condividendo interesse e riflessioni con l'intento di favorire l'identità nazionale. La sezione romanda dunque organizzerà per prima secondo queste modalità la giornata nazionale il 29 ottobre prossimo sul tema dell'integrazione professionale e della collaborazione con l'A.I.

La partecipazione a Istituzioni a noi affini veniva pure ridefinita :Walter Gekle assume il mandato nel consiglio di fondazione di Pro Mente Sana et Holger Hoffmann diviene la persona di riferimento per l' Alliance Santé Psychique Suisse.

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. Édité 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.-)  
 AbbonentIn/Abonné des/abbonnamento SGSP-Informations (Jahresabonnement: Fr. 20.-)

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

**Senden an / Envoyer au / Spedire a:**

Sekretariat AKI5, Juravorstadt 42, 2503 Biel

Sekretariat SSPS, Service de consultation, Rue de l'hôpital 14, 1920 Martigny

Società Svizzera di psichiatrie Sociale, c/o studio Dr. G. Enderlin, via Pioda 15, casella postale 163, 6004 Locarno

**Redaktionsteam / Gruppo di redazione / Equipe rédactionnelle:**

Paolo Cicale, laureato in filosofia, Brionco

Yvonne Lüdi, lic. phil. Geschäftsleitung  
Stiftung Phönix, Zug

Zbinden, Barbara, Mediation sociale,  
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