

SGSP INFO SSPS

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

Liebe Leserin, Lieber Leser

Thema dieser INFO-Nummer ist "Interdisziplinarität: ein erreichtes Ziel? Kommunizieren wir in derselben Sprache?" Vielleicht denkt nun der Eine oder die Andere dies sei heutzutage kaum mehr als eine rhetorische Frage, beim Lesen der verschiedenen Beiträge wurde jedoch schnell klar, wie wichtig es ist sich immer wieder einmal Gedanken zu machen über anscheinende Selbstverständlichkeiten. So beschreibt Y. Lüdi in ihrem Beitrag, wie mit interdisziplinäre arbeiten vor allem der Austausch mit externen Fachleuten und Handwerkern, Buchhaltern etc. gemeint wurde. Die Arbeit im multiprofessionalen Team hingegen fiel nicht unter diesen Begriff. Der Einbezug der Patientin, des Patienten und der Angehörigen wird ebenfalls als Teil der interdisziplinären Arbeit gesehen.

Kurzum, Interdisziplinarität ist ein Begriff, der laufend neu definiert wird. Gea Besso weist den auch in ihrem Artikel auf die Wichtigkeit hin, dass die Mitglieder eines Teams eine gemeinsame Definition des Begriffs suchen und allenfalls Weiterbildung zur interdisziplinären Arbeit anstreben.

Bei der Interdisziplinarität geht es um die berufsspezifische Sprache. Jede

► S. 28

Chère lectrice, cher lecteur

Ce numéro de l'INFO est consacré au thème «L'interdisciplinarité, un objectif atteint? Parlons-nous la même langue?» Il se peut que l'un(e) ou l'autre d'entre vous estime qu'à l'heure actuelle cette question ne va plus au-delà d'une formulation purement rhétorique. La lecture des différentes contributions nous convainc de l'importance d'une évaluation régulière de certaines évidences apparentes. Ainsi, Y.Lüdi décrit dans son article comment le travail interdisciplinaire est davantage perçu comme un échange avec des professionnels et des prestataires externes, des comptables, etc...Par contre, le travail au sein d'une équipe multi-professionnelle n'est pas inclus dans ce concept. La participation des patients et des proches est vu également comme un aspect du travail interdisciplinaire.

Bref, l'interdisciplinarité est un concept continuellement redéfini. Gea Besso évoque elle aussi l'importance pour les membres d'une équipe de rechercher une définition commune de ce concept et d'aspirer à une formation permanente au travail interdisciplinaire.

En matière d'interdisciplinarité, il est question de langues professionnelles spécifiques. Chaque groupe profession-

► p. 28

Care lettrici, cari lettori,

Questo numero di INFO é dedicato al tema "l'interdisciplinarietà, un obiettivo raggiunto? Ci esprimiamo nella stessa lingua?" Probabilmente alcuni di voi potrebbero pensare che oggi una domanda formulata così sia piuttosto retorica. La lettura dei diversi contributi giunti in redazione ci convince peraltro della validità di un approfondimento a scadenza regolare di certi concetti che ci sembrano apparentemente evidenti nel loro significato. Y.Lüdi descrive nel suo articolo come il lavoro interdisciplinare sia perlopiù concepito come uno scambio con professionisti e prestatori esterni mentre meno considerato nel concetto é il lavoro multiprofessionale in un'équipe. La partecipazione dei pazienti e dei loro prossimi è vista come un aspetto proprio del lavoro interdisciplinare. In breve possiamo vedere come il concetto d'interdisciplinarietà sia in realtà oggetto di continua ridefinizione. Gea Besso nel suo articolo evoca l'importanza per i membri di un'équipe di trovare in quest'ambito definizioni condivise nonché l'auspicio di una formazione permanente al lavoro interdisciplinare.

Quando si parla d'interdisciplinarietà bisogna affrontare il tema del lin-

► p. 28

27 Editorial (Ruth Waldvogel)

29 Merci beaucoup, François (Christian Monnay)

30 Sozialarbeit und Medizin - ein ungleiches Paar (Thomas Flick)

32 Rete reale e rete ideale (Gea Besso)

34 Revolving door: Opportunità o fallimento? (Carlo Mandelli)

36 Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gespräch (Y. Lüdi, F. Baumann, E. Steffen)

37 L'art de la communication réciproque (Carlos León)

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

Berufsgruppe hat ihre je eigene Sprache und ihren spezifischen Fokus mit dem sie eine Aufgabe angeht. Ein auf den ersten Blick allgemein verständlicher Begriff wie etwa Therapie steht je nach Herkunft für etwas anderes, reden wir nun von medikamentöser Therapie, von Soziotherapie oder von Psychotherapie? Interdisziplinär arbeiten heisst daher zuerst einmal zuhören, nachfragen und sich selber reflektieren um die Kolleginnen und Kollegen im Team zu verstehen.

Doch Sprache ist nicht nur berufsspezifisch, oft geht es um die Sprache im eigentlichen Sinn. Bereits an der Redaktionssitzung trafen wir auf erste Probleme. In der italienischen Version benutzten wir den Ausdruck „Linguaggio“, was neben Sprache im Sinne von Landes- oder Muttersprache unter anderem auch Ausdrucksweise, Ausdrucksart, Redeweise bedeutet. Auch die Beiträge dieses INFOs sind in drei Landessprachen, für viele Lesende also nur bedingt zugänglich.

Auch im Arbeits-Alltag sind wir heute oft verschiedenen Sprachen zu tun und dies nicht nur bei den Patienten und Patientinnen, auch viele Teammitglieder haben einen anderen kulturellen und sprachlichen Hintergrund.

In diesem INFO legen wir das Augenmerk vor allem auf die berufsbedingten unterschiedlichen Betrachtungsweisen des Geschehens in der Institution. Was hilft uns bei der Verständigung zwischen den Berufsgruppen, wo entstehen häufig Konflikte etc. Die Arbeit in interdisziplinären Teams kann sehr anregend sein und helfen die Patienten und Patientinnen und ihre spezifische Situation besser zu verstehen. Die Sichtweise der Anderen kann neue Erkenntnisse bezüglich der Behandlung und der eigenen Sichtweise bringen wenn wir eine gemeinsame Sprache finden und benutzen.

RUTH WALDVOGEL

nel a son propre langage et son propre angle d'approche pour réaliser sa mission. Une notion comme, par exemple la thérapie, au premier coup d'œil communément compréhensible, représente selon son origine des choses très différentes, selon qu'on parle de thérapie médicamenteuse, de sociothérapie ou de psychothérapie. Interdisciplinarité signifie donc écouter, questionner l'autre et s'interroger soi-même pour comprendre les collègues d'une équipe.

La question de la langue ne renvoie toutefois pas uniquement à une spécificité professionnelle. Souvent, il s'agit de la langue au sens propre du terme. Au sein du comité de rédaction, nous avons rencontré les premières difficultés à ce propos. Dans l'interprétation italienne, par exemple, on emploie l'expression «Linguaggio», pour désigner en plus de la langue au sens d'une langue nationale ou maternelle des formes d'expression, des dialectes, des manières de s'exprimer. Les articles d'INFO sont eux aussi rédigés dans trois langues nationales, ce qui rend leur accès limité pour de nombreux lecteurs.

Dans notre quotidien professionnel, nous avons également affaire à des langues très variées et pas uniquement dans nos relations avec des patients. Les membres d'une même équipe ont souvent chacun un autre arrière-plan culturel et linguistique très différent.

Dans ce numéro, nous fixons notre attention surtout sur la manière dont les différents regards sur la réalité d'une institution sont conditionnés par des appartenances professionnelles. Qu'est-ce qui nous aide dans la compréhension mutuelle entre divers groupes professionnels? Où naissent la plupart des conflits, etc.? Le travail en équipes interdisciplinaires peut s'avérer très stimulant et il contribue à mieux comprendre les patients et leurs situations particulières. Les points de vue des autres amènent de nouvelles prises de conscience quant au traitement mais aussi sur ses propres points de vue, à condition de trouver et d'utiliser une langue commune.

RUTH WALDVOGEL

guaggio specifico ad ogni professione. Ogni categoria professionale possiede un proprio linguaggio e ha una visione sua propria nell'affrontare il suo mandato. Se prendiamo per esempio la nozione all'apparenza semplice e comprensibile di “terapia”, questa può avere accenti molto diversi a seconda che si intenda terapia farmacologica, socio-terapia o psicoterapia. Interdisciplinarietà significa in effetti ascoltare, domandare e domandarsi per capirsi con i colleghi dell'équipe.

La questione della lingua non ci rimanda solo all'ambito specificamente professionale. Spesso si tratta della lingua nel suo significato più stretto. Nel comitato di redazione abbiamo, a questo proposito, incontrato alcune difficoltà: in italiano, per esempio, il termine “linguaggio” rimanda a significati ulteriori (rispetto alla parola “lingua” utilizzata piuttosto per designare quella materna o nazionale), connotando piuttosto il modo di esprimersi delle persone. Gli articoli dell'INFO sono scritti nelle tre lingue nazionali e questo fatto ne limita l'accesso a numerosi dei nostri lettori.

Nel quotidiano della nostra professione, infine, abbiamo perlopiù a che fare con lingue e linguaggi differenti e questo non soltanto nella relazione con i pazienti.

I membri di un'équipe hanno spesso differenti origini culturali e lingue madri.

In questo numero di INFO la nostra attenzione si concentra sul modo in cui in ambito professionale si diversi sguardi dei professionisti implicati condizionano la realtà istituzionale. Che cosa permette di facilitare la comunicazione e la comprensione reciproca fra persone appartenenti ai diversi gruppi professionali? Da dove partono problemi e conflitti?

Il lavoro in équipe interdisciplinare può essere molto stimolante e aiutarci a comprendere meglio i pazienti nelle loro particolari situazioni. I punti di vista degli altri ci permettono, quando riusciamo a trovare linguaggi condivisi, di prendere coscienza di altri aspetti relativi alla cura e al nostro proprio punto di vista.

RUTH WALDVOGEL



Merci beaucoup, François

Si la Société Suisse de Psychiatrie Sociale a officiellement pris congé du Professeur François Ferrero dans sa qualité de Président central de la SSPS lors de son assemblée générale du 4 septembre dernier à Genève devant une quarantaine de personnes, nous ne voulions pas manquer l'occasion de ce bulletin Info pour le remercier devant un plus large public.

Prenant la succession du Professeur Hans Brenner qui nous quittait, ainsi que ses charges institutionnelles et universitaires en grande partie pour des raisons de santé il y a quatre ans, le Professeur François Ferrero a repris la présidence d'une société qui traversait des difficultés structurelles et contextuelles importantes liées tant au climat politico-économique qu'institutionnel dans nos diverses régions linguistiques. Nous nous trouvions découragés et fatigués devant tant de luttes. Il a su nous remotiver de façon admirable, stimulant les forces et les ressources du comité central et des sections en apportant un vent fédérateur lié bien sûr à sa personnalité mais également en se faisant le porte-parole francophone de problématiques moins présentes à l'esprit des collègues d'Outre-Sarine. Il a ainsi redonné un élan à toute notre société par son intérêt

et ses travaux liés à la paupérisation en particulier de nos patients souvent encore stigmatisés par certains discours politiques. Le fait que sous son impulsion les séances du comité central soient davantage conduites en français a également participé d'une nouvelle dynamique très enrichissante pour tous, ceci dans un esprit de convivialité, d'ouverture et de partenariat apprécié et relevé par l'ensemble des membres du comité.

Jusqu'à la fin de son mandat de président il nous a donné le maximum, nous offrant comme cerise sur le gâteau la possibilité puis la réussite appréciée tant par les aspects scientifiques que par les multiples échanges qu'il a permis, d'un congrès national conjoint Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie – Société Suisse de Psychiatrie Sociale du 2 au 4 septembre dernier à Genève, ceci juste 10 ans après la précédente expérience commune, alors en Valais pour le centenaire de Malévoz.

Nous ne pouvons évidemment pas être exhaustifs ni complets dans l'espace qui nous est laissé, mais nous tenions à remercier le Professeur François Ferrero très chaleureusement pour tout ce qu'il a apporté à la SSPS et qu'il a partagé avec les membres du comité au

cours des ces quatre années. Nous lui souhaitons une agréable et longue retraite, comme nous le connaissons, certainement très active.

Au nom du Comité Central de la SSPS

DR CHRISTIAN MONNEY,
vice-président

Herzlichen Dank, François

Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie hat sich an ihrer Generalversammlung vom 4. September 2009 in Genf offiziell von ihrem Präsidenten Professor François Ferrero in Anwesenheit von gut 40 Leuten verabschiedet. Wir möchten jedoch die Gelegenheit nicht verpassen, ihm in diesem INFO vor einem breiteren Publikum zu danken.

Nachdem Professor Hans Brenner vor vier Jahren hauptsächlich aus gesundheitlichen Gründen sein Amt als Präsident und seine Aufgaben in der Klinik und an der Universität abgab, hat Professor François Ferrero seine Nachfolge in einer Zeit angetreten, als die Gesellschaft in gewichtigen strukturellen und konzeptionellen Schwierigkeiten war. Grund dafür war sowohl das politisch-ökonomische als auch das institutionelle Klima in den verschiedenen Sprachregionen. Wir waren durch die vielen Kämpfe entmutigt und müde. Professor François Ferrero hat uns in einer bewundernswerten Art wieder motiviert, die Kräfte und Ressourcen des Zentralvorstandes und der Sektionen stimuliert, indem er durch seine Persönlichkeit, aber auch als welscher Fürsprecher einer Problematik, die den Kollegen auf der anderen Seite des „Röstigrabens“ wenig bekannt war, frischen Wind brachte. Er brachte der ganzen Gesellschaft neuen Elan durch seine Interessen und seine Arbeit bezüglich der Verelendung namentlich unserer Patienten, die durch gewisse politische Beiträge noch zusätzlich stigmatisiert werden. Die Tatsache, dass durch seinen Impuls an den Sitzungen des Zentralvorstandes vermehrt Französisch gesprochen wurde hat ebenfalls zu einer neuen Dynamik geführt, die für alle bereichernd war. Die dabei offene und partnerschaftliche Atmosphäre wurde

vom ganzen Vorstand sehr geschätzt.

Bis zum Ende seines Mandates als Präsident hat er uns sein Bestes gegeben. Als krönenden Abschluss bot er uns einen erfolgreichen, gemeinsamen nationalen Kongress mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. – 4. September in Genf, der sowohl in Bezug auf seine wissenschaftlichen Aspekte, als auch wegen der vielen Austauschmöglichkeiten viel Echo fand. Dies genau 10 Jahre nach einem früheren gemeinsamen Experiment, damals im Wallis, anlässlich der 100-Jahr-Feier von Malévoz.

Der uns zur Verfügung stehende Raum lässt leider keine vollständige Auflistung der Arbeit von Professor François Ferrero zu, aber wir möchten ganz herzlich danken für alles, was er im Laufe der letzten vier Jahre der SGSP gebracht und mit den Vorstandsmitgliedern geteilt hat. Wir wünschen ihm einen angenehmen und langen Ruhestand, und- wie wir ihn kennen - sicher einen sehr aktiven.

Für den Zentral-Vorstand der SGSP
DR. CHRISTIAN MONNEY,
Vizepräsident

Tante grazie, François

La Società Svizzera di Psichiatria Sociale si è congedata ufficialmente dal suo Presidente Centrale Prof. François Ferrero nel corso dell'Assemblea generale del 4 settembre scorso a Ginevra davanti a una quarantina di persone. Con queste righe sull'INFO vogliamo ringraziarlo ancora davanti alla più vasta platea dei nostri lettori.

Il Prof. François Ferrero quattro anni fa nel prendere la presidenza si trovava di fronte a una società con difficoltà strutturali e di contesto legate al particolare clima economico e politico e alle realtà istituzionali delle diverse regioni linguistiche. Il Prof. Hans Brenner ci aveva appena lasciato essenzialmente per problemi di salute che lo portavano a rinunciare anche alle altre sue cariche istituzionali e universitarie. Eravamo scoraggiati e stanchi di fronte a tante sfide. Il nostro Presidente facendo leva sulla sua personalità ha saputo rimotivarci e con un approccio federalista ha in modo encomiabile valorizzato forze e risorse del Comitato centrale e delle

sezioni. In quanto portavoce della componente francofona ha posto l'accento su problematiche precedentemente meno note ai colleghi «oltre-Sarine». La nostra società con il suo contributo ha trovato nuovo slancio dedicandosi a temi al centro del suo interesse e lavoro come quello della depauperizzazione delle risorse dei nostri pazienti tuttora vittime di stigmatizzazione in certi discorsi politici. Le sedute di Comitato Centrale con la sua presenza hanno visto un maggior utilizzo della lingua francese contribuendo all'instaurarsi di una nuova dinamica comunicativa caratterizzata da uno spirito d'apertura, di convivialità e di partenariato che è stata arricchente e molto apprezzata da tutti i membri del Comitato.

Il Prof. Ferrero fino alla fine del suo mandato ha voluto dare il massimo offrendoci, come «ciligina sulla torta», un congresso nazionale organizzato congiuntamente dalla Società Svizzera di Psi-

chiatria e Psicoterapia e dalla Società Svizzera di Psichiatria Sociale a Ginevra dal 2 al 4 settembre scorso. Questo convegno, a dieci anni dall'ultima esperienza comune avvenuta in Vallese in occasione del centenario di Malévoz, è pienamente riuscito ed è stato apprezzato sia per gli aspetti scientifici che per la possibilità di multiplo scambio.

Non possiamo essere in questo spazio limitato esaurienti ed esaustivi ma vogliamo ringraziare di cuore il Prof. Ferrero per tutto quello che ha fatto per l'SSPS e che ha voluto condividere con i membri del Comitato in questi quattro anni. Gli auguriamo un pensionamento lungo e gradevole che immaginiamo, conoscendolo, sarà senz'altro molto attivo.

In nome del Comitato Centrale dell'SSPS

DR. MED. CHRISTIAN MONNEY,
vice-presidente

Sozialarbeit und Medizin, ein ungleiches Paar bei gleichem Klientel

Der Artikel entstand nach einem Workshop, den der Autor zusammen mit Frau Claudia Jeger-Bernhard, Sozialarbeiterin, am SGSP-SGPP-Kongress im September 2009 in Genf anbot.

Was Sozialarbeit ist, muss in einem SGSP-Info nicht erklärt werden. Vielleicht nur so viel. Gerade, was das gleiche Klientel betrifft: Viele Berufe definieren sich über Grenzen, der Arzt an der Grenze Krankheit – Gesundheit und die Sozialarbeit an der Grenze gesellschaftlicher Ausgrenzung – gesellschaftliche Teilhabe. An diesen verschiedenen Grenzen orientiert sich die jeweilige Arbeit am Patienten/Klienten, in eben interdisziplinärer Fruchtbarkeit. Konkret geht es in der sozialpsychiatrischen Sozialarbeit um Themen wie Hilfe bei der Alltagsbewältigung und Reintegra-

tion, Hilfe im Kontakt zu Ämtern, Behörden, Gesuchstellungen an Fonds, Triage bei Rechtsfragen, Vermittlung von Wohn- und Arbeitsplätzen, allgemein Sachhilfe und vieles mehr.

In sozialpsychiatrisch orientierten Institutionen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit einigermaßen geregelt, wogegen sie für niedergelassene Fachärzte weniger selbstverständlich und kaum strukturiert ist. So ist es für niedergelassene Fachärzte schwieriger, überhaupt an einen Sozialarbeiter, falls möglich, zu gelangen. Längst nicht alle ambulanten Dienste stellen ihren Sozialdienst nicht-institutionellen, niedergelassenen Psychiatern zu Verfügung (obwohl dies eigentlich eine fachlich gute Lösung wäre). Es gibt aber Alternativen: Pro Infirmis hat sich schweiz-

weit auch zu einer Beratungsinstitution für psychisch Behinderte gewandelt, verwiesen sei an die Caritas, Sozialdiakone der Kirchen. Hin und wieder bieten Sozialdienste mehr als nur wirtschaftliche Sozialarbeit (also meist Sozialhilfe), gegebenenfalls können aber auch Laien (Steuererklärung) oder auch der Einbezug von Rechtsanwälten sinnvoll sein; es sind mehr Patienten rechtsschutzversichert, als man denkt. Vielleicht kennt man ja auch noch aus den Institutionen, wo man früher gearbeitet hat, den einen oder anderen Sozialarbeiter, an den man sich im Sinne einer privaten Lösung wenden könnte, wobei solche im Rahmen des Tarmed nicht bezahlt werden. Bei seiner Entwicklung wurde ausschliesslich für institutionell arbeitende Sozialarbeiter eine Verrechnungsposition eingeführt, wogegen sich die Krankenkassen ursprünglich auch gewehrt hatten.

Aber auch von sozialarbeiterischer Seite stellen sich Fragen im Kontakt mit niedergelassenen Ärzten. Wie motiviere ich Klienten überhaupt, zu einem Psychiater/Psychotherapeuten zu gehen? Wie ist mit dem Arztgeheimnis umzugehen, wo doch Zusammenarbeit und offener Austausch nötig wären? Auch gibt es noch immer Verständigungs- und (vermeintliche?) Statusprobleme zwischen Medizinerinnen und Sozialarbeitern.

Auch bezüglich dieser Fragen wurden in dem erwähnten Workshop Lösungen gesammelt: Wichtig ist Vernetzung statt Vorurteile. Eine der Berufsgruppen ist meist „Hauptbezugsperson“, aber Ärzte brauchen die Sacharbeit, Sozialarbeiter brauchen das medizinische psychiatrische Know-how. Eine Möglichkeit des Austausches sind auch lokale, interdisziplinäre Interventionen. Grundsätzlich zu empfehlen ist ein Erstgespräch zu Dritt. So kann eine Auftragsklärung und die Arbeitsteilung auf den Weg gebracht werden, es entsteht ein persönlicher Kontakt. Das Problem des Arztgeheimnisses ist weitgehend gelöst, weil durch die Anwesenheit aller von einem mutmasslichen Einverständnis des Patienten zum Austausch von Informationen ausgegangen werden kann.

Einige Schwierigkeiten ergeben sich halt durch die Tatsache, dass Sozialarbeiter fast immer in Institutionen und Niedergelassene eben nicht in Institutionen arbeiten. Leider wird „niedergelassene Sozialarbeit“ von den Krankenkassen nicht bezahlt, andererseits kann der niedergelassene Arzt in Folge von Verrechnungsvorschriften, etwa einer

aufwändigen auswärtigen Helferkonferenz, nicht in dem Rahmen teilnehmen, wie er sich das vielleicht selber wünscht.

DR. MED. THOMAS FLICK,

Winterthur, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis

Résumé

Cet article émane d'un atelier proposé par l'auteur en co-animation avec Mme Claudia Jeger-Bernhard, travailleuse sociale, lors du congrès SSPP-SSPS à Genève, en septembre 2009. Concrètement, le champ d'intervention du travail social en psychiatrie sociale s'y définit par des thèmes comme l'aide à la gestion de la vie quotidienne et à la réintégration, le conseil dans les relations avec l'administration et divers services publics ou privés, la recherche de fonds, la mise en évidence de questions juridiques, l'indication pour des places en hébergement ou des postes de travail, le traitement de questions diverses concernant la gestion d'un ménage ainsi que bien d'autres activités.

De nombreuses professions se délimitent par des lieux-frontières, le médecin se situe ainsi sur l'axe « maladie-santé », tandis que l'axe « exclusion sociale-participation sociale » circonscrit le travail social.

Riassunto

Questo articolo deriva da un atelier proposto al congresso SSPP e SSPS di Ginevra 2009 dall'autore in co conduzione con Mme Claudia Jeger-Bernhard operatrice sociale. Concretamente il campo d'intervento relativo alla psichiatria sociale è relativo ad aspetti quali l'aiuto alla gestione della vita quotidiana, la reintegrazione, il sostegno nei rapporti con l'amministrazione e diversi altri servizi pubblici e privati, la ricerca di fondi, le questioni giuridiche, la valutazione di soluzioni abitative e lavorative e molte altre questioni più o meno quotidiane. Molte professioni delimitano il loro spazio all'interno di determinate frontiere: il medico si colloca così sull'asse "salute-malattia" mentre l'operatore sociale su quello "esclusione-partecipazione sociale".



Rete reale e rete ideale

«Una lingua perfetta, nella quale ogni idea si potesse esprimere con un vocabolo proprio, risparmierebbe molte discussioni inutili, poiché, se ci fosse una parola propria per ognisingolaidea, molti si troverebbero d'accordo su cose sulle quali inutilmente si discute» Allan Kardec 1857

La Società Svizzera di Psichiatria Sociale riconosce e definisce l'intervento di rete come uno strumento privilegiato di comprensione e d'intervento nelle situazioni di disagio psichico ed è una società per definizione interdisciplinare. Chi

vi aderisce riconosce l'importanza di lavorare con altri che provengono da diversi percorsi formativi rispetto al proprio e che possiedono altri paradigmi culturali di riferimento e modi di ragionare rispetto alle situazioni condivise. In buona sostanza la maggior parte dei professionisti del nostro paese e del nostro tempo riconosce la bontà di un modello concettuale fondato sulla condivisione e cooperazione di più soggetti che mettono in comune i loro saperi. "interdisciplinare" è un aggettivo caratteristico della nostra epoca che si riferisce a un approccio politico universalmente riconosciuto per affrontare i complessi

e complicati problemi delle nostre società post moderne. Il lavoro in rete o interdisciplinare si presenta però molto meno propizio e gratificante nella realtà del concreto operare quotidiano. Chiunque di noi si sia confrontato con il lavorare in gruppo o in rete ne conosce i limiti, le frustrazioni, i conflitti, le penose e faticose situazioni di stallo Il Comitato della Sezione Ticinese ha discusso molte volte di questo problema . con l'intento di indagare le ragioni di queste difficoltà . Le nostre riflessioni ci portavano verso una chiave di lettura un po' particolare del problema e cioè quella dei significati impliciti attribuiti dalle persone a molte parole utilizzate nel nostro campo senza ulteriore discussione, con particolare riferimento a "rete" e "interdisciplinare". Queste parole sottendono, in modo perlopiù dato per scontato, un approccio, un modello operativo e generano fra le persone attese sul funzionamento del gruppo e sulle risposte dei partners coinvolti, utenti compresi. L'ipotesi discussa prende in considerazione le conseguenze che le diverse attribuzioni di significato possono avere sul piano concreto generando fraintendimenti e impicci, ostacolando in modo sostanziale l'applicazione e l'efficacia del modello. Quando parliamo di rete, infatti, a quale cultura facciamo riferimento? Se si tratta di mettere intorno a un tavolo persone provenienti da diverse discipline non si tratta forse anche della faticosa costruzione di linguaggi, valori e scopi condivisi? Se

questa cultura di gruppo non si forma o si forma male quali ne sono le conseguenze operative? Esiste la necessità di un percorso formativo specifico all'interdisciplinarietà? La moltiplicazione dei percorsi formativi e dei ruoli professionali avvenuta in questi anni seguendo la necessità di avere sul campo persone con competenze sempre più specializzate non complica ancor più la situazione del lavoro interdisciplinare determinando, se non si vogliono sprecare mezzi, energie e soldi, un'urgenza di riflessione in quest'ambito? Come potrebbe essere strutturata una formazione se uno degli aspetti impliciti dell'interdisciplinarietà (sotteso nel passaggio dalla parola multidisciplinare a quella interdisciplinare) è dato dal riconoscimento dell'uguale importanza specifica di ogni distinto ruolo e sapere coinvolto nel gruppo di lavoro? Come potrebbero essere affrontate le questioni di potere e di definizione delle priorità in una struttura in cui partecipanti dovrebbero collaborare in modo orizzontale?

Il modello di riferimento ormai universalmente adottato per spiegare l'insorgenza e il mantenimento di condizioni di sofferenza è com'è noto, il modello bio-psico sociale. Secondo questo modello le tre dimensioni sono intimamente legate e devono essere prese in considerazione per la valutazione di percorsi terapeutici e riabilitativi realmente efficaci. Il miglioramento e/o quando possibile la guarigione dipendono secondo questo concetto dall'instaurarsi o meno di un circolo biopsicosociale virtuoso che inverte il senso di quello vizioso o patogeno. La rete efficace secondo questa visione corrisponde dunque nell'individuare soggetti esperti nella presa a carico degli aspetti compromessi delle varie aree e nel farli collaborare fra loro, con l'utente e con la sua rete primaria elaborando un piano d'azione condiviso e coordinato. Questo è tanto più vero quanto più complessa si presenta la situazione di difficoltà dell'utente e quante maggiori sono le aree biopsicosociali compromesse.

Il tempo in cui viviamo inoltre si caratterizza per veloci e rivoluzionari cambiamenti della società per i quali vi è da chiedersi se le reti "tradizionali" siano tuttora le più adatte ai problemi nuovi che si presentano. Secondo il mo-

dello che abbiamo appena descritto, infatti, si tratta di individuare gli operatori più adatti e preparati a intervenire su una determinata area problematica. Immigrazione, multiculturalità etnica e religiosa, nuove tecnologie, crisi economica con un tasso di disoccupazione più alto che negli ultimi decenni, nuovi e plurimi stili di convivenza familiare e difficoltà del mondo giovanile sono alcuni aspetti del cambiamento della vita sociale al quale siamo tutti confrontati. Vi è da chiedersi se quando parliamo d'integrazione o riabilitazione, le pensiamo secondo vecchi modelli relativi alla società di ieri che oggi non c'è più o se le riferiamo alla generale capacità

degli individui di adattarsi, relazionare e navigare in un mare in continua evoluzione.

La risposta ai quesiti sociali e di conseguenza personali con i quali ci troviamo confrontati è tutt'altro che data; l'approfondimento culturale delle ragioni dei nostri partners, la curiosità, l'apertura verso le persone anche quando vivono secondo stili molto diversi dal nostro sono le basi necessarie ad evitare anche nel nostro campo pericolose tentazioni e deviazioni verso un "pensiero unico" che tutto spiega ma molti esclude.

DR. MED. GEA BESSO, LUGANO

Zusammenfassung

Heutzutage werden die Ausdrücke "interdisziplinär" und „multidisziplinär“ immer häufiger benutzt, um einen Zugang zur Komplexität der Probleme unserer Zeit zu beschreiben, in der es unumgänglich ist mehr Individuen und mehr Wissen zu vernetzen. In unserem Gebiet hat die sozialpsychiatrische Methode seit langem diese Vorstellung übernommen, die in ihrer besten Variante die Beteiligung der Patienten und ihrer Angehörigen als Subjekte versteht und nicht als Objekte eines Behandlungsplans des Personals. Die konkreten Erfahrungen, die auf diesem Denk- und Handlungsansatz basieren zeigen jedoch problematische Aspekte vor allem bei Konflikten bezüglich Kultur und Macht, unterschiedlichen Erwartungen und Rollenkonfusion. Eine mögliche Antwort, um ein gutes und wichtiges Modell zu retten, könnte von der Einsicht kommen, dass es (wie in jedem demokratischen Prozess) nicht genügt mehr Personen um einen Tisch zu setzen um effizient zu arbeiten. Vielmehr muss eine gemeinsame Kultur geschaffen werden, vielleicht auch mit einem Einführungskurs in interdisziplinäres Arbeiten.

Résumé

À l'heure actuelle, nous utilisons de plus en plus fréquemment les qualificatifs « interdisciplinaire » et « multidisciplinaire » pour décrire l'accès à la complexité des problèmes de notre époque, dans laquelle il est devenu indispensable de mettre en réseau des individus et des savoirs plus nombreux. Dans notre méthodologie de psychiatrie sociale, nous nous référons depuis longtemps à cette représentation, qui dans sa meilleure variante inclut la participation des patients et de leurs proches en tant que sujets et non pas en tant qu'objets d'un plan de traitement établi par des professionnels. Les expériences concrètes, basées sur ce principe de pensée et d'action, manifestent toutefois des aspects problématiques surtout en cas de conflits concernant la culture ou le pouvoir, des attentes différentes et des confusions de rôles. Une possible réponse pour sauver un bon et important modèle pourrait émerger d'une démarche qui (à l'instar de tout processus démocratique) considère qu'il ne suffit pas pour travailler de manière efficace de réunir d'avantage de personnes autour d'une table. Il s'agirait plutôt de créer une culture commune, à construire notamment à partir d'un cours d'introduction au travail interdisciplinaire.

Revolving door: Opportunita' o fallimento?

Che cos'è una porta girevole? Se lasciamo l'ambito che è consueto a noi psichiatri e operatori dei servizi e ci spostiamo tra la gente comune, la porta girevole evoca l'immagine di un dispositivo che facilita l'ingresso, o l'uscita, da un hotel, per esempio, da un grande magazzino, da una banca. Qualcosa che quindi facilita, senza possedere in sé alcun valore intrinseco o giudizio implicito. Nell'ambito specialistico psichiatrico invece spesso il fenomeno della porta girevole rimanda a un senso di fallimento, a procedure non corrette, a "buchi" nell'assistenza al paziente, insomma in generale a carenze nel processo di cura. Non ritorneremo su caratteristiche generali del fenomeno della porta girevole o revolving door, già ampiamente ed esaustivamente trattate di recente su queste stesse pagine, ma tenteremo qualche considerazione da un punto di vista diverso.

Una prima considerazione riguarda il fatto che il fenomeno non è definito univocamente dagli esperti e nella letteratura specializzata. Alcuni definiscono revolving door patients le persone che vanno incontro a due ospedalizzazioni nell'ultimo anno o tre negli ultimi tre anni; altri ricercatori indicano che per essere etichettati come "porta girevole" bisogna avere due ammissioni consecutive a distanza inferiore a sessanta giorni; altri ancora adottano misure variabili legate ad esigenze di studi incentrati su periodi di osservazione definiti.

In realtà in modo empirico, ma efficace, possiamo definire i pazienti della porta girevole come quelli che sono alti utilizzatori dei servizi di degenza, con frequenti ospedalizzazioni e dimissioni.

Non è superfluo ancora una volta ricordare che il fenomeno della porta girevole è situazione affatto moderna: solo qualche decennio fa, allorché la psichiatria di tutti i paesi occidentali e industrializzati era prevalentemente stazionaria e istituzionale, non esisteva la possibilità di entrare e uscire dalla struttura manicomiale. Chi entrava più

di una volta, alla fine non usciva dall'istituzione, se non dopo un lungo periodo di osservazione, più che di cura, vista la ristrettezza dei mezzi terapeutici di un tempo.

Quindi i revolving door patients sono frutto della psichiatria moderna, deistituzionalizzata, figlia delle lotte culturali e politiche che negli anni settanta hanno visto come protagonisti molti colleghi in Europa, come ad esempio Franco Basaglia.

Oltre però a questi nobili natali, purtroppo il problema dei revolving door patients ha anche un'ascendenza meno presentabile, che è costituita sostanzialmente dalla ragione economica. In Svizzera la ragione economica è legata al sistema delle assicurazioni sanitarie e ai finanziamenti cantonali, così come in altri paesi europei, mentre in Italia, ad esempio, ai bilanci delle aziende sanitarie pubbliche. Ricoveri ripetuti e frequenti di uno stesso paziente, nella lingua arida e nell'ottica esclusiva dei bilanci, significano spesa sanitaria elevata.

Nelle vecchie strutture manicomiali l'assistenza e i percorsi di cura erano perlopiù incentrati sul "dentro", con una completa scotomizzazione del "fuori", del territorio di provenienza e del contesto sociale e culturale del paziente. Il mandato affidato allo psichiatra istituzionale era in larga misura rappresentato dal controllo sociale e dalla custodia della devianza eventualmente prodotta dalla follia, mentre in misura minore dalla diagnosi e cura del malato psichico.

Negli ultimi decenni si è delineata ed affermata la giusta tendenza a lavorare nelle situazioni stazionarie con l'obiettivo di porre diagnosi, di organizzare e iniziare una terapia conseguente e di reinserire al più presto il paziente all'interno del luogo e contesto di provenienza. Naturalmente tale processo ha posto l'accento su quanto avviene fuori dalla clinica o dall'ospedale, in particolare su tutto il sistema di assistenza che, pur variando molto da paese a paese,

prende il nome di "servizi territoriali".

I servizi territoriali sono da tempo investiti dall'enfasi terapeutica e caricati di molte aspettative da parte di operatori, pazienti e famiglie. In genere i servizi psichiatrici territoriali sono costituiti da ambulatori pubblici e privati, comunità, foyer, centri crisi e in genere da ogni sorta di strutture residenziali leggere che non abbiano caratteristiche strettamente sanitarie.

I servizi territoriali sono dunque le famose strutture ambulatoriali e intermedie a cui si rivolgono con aspettative di intervento, talvolta realistiche, talvolta magiche, gli utenti, le loro famiglie e, non ultimi gli operatori.

Generalmente si imputa ad un cattivo o parziale funzionamento dei servizi psichiatrici territoriali o intermedi un elevato numero di pazienti revolving door e parimenti si indica come panacea un migliore coordinamento tra il "dentro" - l'ospedale - e il "fuori" - il territorio. Laddove non si verificasse tale coordinamento, non esistessero o mal funzionassero le strutture intermedie psichiatriche territoriali, allora si incrementerebbe il fenomeno della porta girevole.

Tutto ciò non può essere negato nella sua intuitività, ma se si considerano alcuni dati della letteratura, lo scenario appare in parte differente.

Uno studio danese pubblicato su *Acta Psychiatrica Scandinavica*, ci dice che le variabili significative sono senz'altro rappresentate dalla diagnosi, dall'età del paziente, dal sesso. Ad esempio i pazienti schizofrenici tra i 15 e i 24 anni hanno un elevato rischio di andare incontro al fenomeno della porta girevole e in modo ancora maggiore le femmine dello stesso gruppo di età affette da un disturbo di personalità o un abuso di sostanze. Si potrà obiettare che lo studio non è recente e che, essendo basato sull'uso registro psichiatrico, non può che considerare variabili demografiche o diagnostiche oppure che un paio di decenni fa non era ancora sviluppata la cultura dei ser-

vizi sul territorio. Considerazioni del tutto condivisibili, ma l'aspetto importante, a nostro parere, è il fatto che introduce il concetto della peculiare natura di alcuni quadri psicopatologici, come ad esempio la schizofrenia e i disturbi di personalità.

Tali condizioni patologiche hanno infatti caratteristiche che ben conosciamo, vale a dire di avere un andamento recidivante nelle manifestazioni cliniche e di avere una durata nel tempo. In sostanza di essere croniche, etimologicamente parlando.

Un altro aspetto messo in evidenza da studi controllati è rappresentato dalla constatazione che alla base del fenomeno revolving door ci sia molto frequentemente o una mancanza di compliance o una non risposta alle terapie farmacologiche. Entrambi gli aspetti citati possono essere peraltro variamente combinati.

Ora è chiaro che i servizi del territorio si debbano occupare proprio dei pazienti affetti da patologie croniche, potenzialmente invalidanti e gravi, realizzando progetti di tipo terapeutico, di gestione della crisi, di psico-educazione, di sostegno alle famiglie, di reinserimento sociale/lavorativo e via dicendo, ma non si può neppure essere spaventati dalla talvolta inevitabile possibilità del recidivare delle crisi che possono richiedere un'ospedalizzazione.

Sulla base di tali considerazioni si propone di considerare il fenomeno della porta girevole da un punto di vista diverso, in un certo senso più laico, che si proponga alla fine soltanto di venire incontro ai bisogni reali del paziente, senza colludere con la patologia, ma neppure senza idealizzare un intervento piuttosto che un altro.

Il punto di partenza per noi fondamentale è quello che si potrebbe definire un tailoring terapeutico, vale a dire una terapia tagliata su misura. Nella nostra esperienza di clinica psichiatrica privata ciò è reso possibile dalle dimensioni relativamente piccole del luogo di cura e dalla possibilità di essere più flessibili nei modelli di intervento.

Restando nel tema che trattiamo, ciò si traduce, ad esempio, nel poter attuare una sorta di porta girevole programmata nel caso di particolari situazioni cliniche e di taluni contesti. Le situazioni cliniche coinvolte sono rappresentate soprattutto

dalle psicosi schizofreniche, dai disturbi di personalità, segnatamente quelli emotivamente instabili, dalle varie dipendenze da sostanze. Come si accennava sopra tali situazioni cliniche sono per loro natura soggette a periodiche riacutizzazioni e ricadute, che possono essere contenute e minimizzate nel loro potenziale patologico da rientri periodici e programmati in clinica - di breve durata - e con scopo preventivo. In sostanza al momento della dimissione è possibile concordare con il paziente e i curanti esterni una riammissione a una distanza di tempo variabile a seconda della patologia di base (per esempio un paio di mesi in caso di dipendenza, fino a 6 mesi in caso di psicosi) che rimandi il senso di continuità delle varie fasi del percorso.

Résumé

Qu'est-ce qu'une porte tournante? Nous continuons à réfléchir à cette question. L'article approfondit le concept du phénomène de la porte tournante appelé aussi « revolving door » et que nous avons déjà largement évoqué dans le précédent numéro d'INFO. L'auteur évalue ici le phénomène à partir de la perspective du collaborateur d'une petite clinique privée de Lugano et il rend compte de la manière dont le phénomène se manifeste dans cette réalité. Le renvoi à des références littéraires approfondies ainsi que des commentaires sur l'évolution historique du phénomène complètent son analyse.

Il y a quelques décennies, alors que la psychiatrie des pays industrialisés occidentaux était essentiellement stationnaire et asilaire, la question de l'entrée et de la sortie des structures psychiatriques ne se posait tout simplement pas. L'auteur établit un parallèle entre l'insuffisance des approches thérapeutiques d'autrefois et les restrictions financières actuelles imposées par notre système de sécurité sociale. Quelques études décrivant les causes de la porte tournante y sont également citées. L'article se termine par quelques réflexions utiles aux soignants et aux patients. Ceux-ci devraient en effet ne pas considérer ce phénomène comme un dispositif qui faciliterait les entrées et les sorties comparable à celui d'un hôtel, d'une grande entreprise ou d'une banque.

Un percorso terapeutico che preveda una breve degenza, a volte anche a cadenze regolari, permette al paziente e alla famiglia di sentirsi all'interno di una rete e ai curanti esterni di confrontarsi con altri punti di vista, senza sensi di colpa o fallimento. Il modello che si tenta di costruire è quindi quello della rete, dove anche il ricovero in clinica può essere visto non come un evento di rottura e distacco dal contesto usuale del paziente che si sente poco partecipe al processo di cura, quanto piuttosto come un momento dall'alto valore terapeutico.

CARLO MANDELLI
Clinica Viarnetto - Pregassona
FMH psichiatria e psicoterapia

Zusammenfassung

Was ist eine Drehtüre? Wir denken weiter nach über diese Frage. Der Artikel vertieft das Konzept des Phänomens der Drehtüre oder „revolving door“, das bereits in der letzten Nummer des INFOs (Juni 2009) breit diskutiert wurde. Der Autor dieses Artikels betrachtet das Phänomen aus der Perspektive eines Mitarbeitenden einer kleinen Privatklinik in Lugano. Er berichtet also darüber wie sich das Phänomen in dieser Realität zeigt. Zusätzlich beinhaltet der Artikel eine vertiefte Literaturübersicht zum Thema sowie einige Gedanken zur geschichtlichen Entwicklung.

Vor wenigen Jahrzehnten, als die Psychiatrie der westlichen Industriestaaten vorwiegend stationär und institutionell war, gab es die Möglichkeit des Ein- und Austritts aus psychiatrischen Einrichtungen nicht. Die Beschränktheit der therapeutischen Heilverfahren von einst steht denjenigen, durch das Krankenkassenwesen bedingten, ökonomischen Einschränkungen gegenüber. Es werden einige Studien zitiert die aufzeigen, was die Ursachen der „Drehtüre“ sind. Der Artikel schliesst mit einigen für Behandelnde und Patienten nützlichen Überlegungen, damit bei der Drehtüre nicht an eine Einrichtung gedacht wird, die den Aus- und Eintritt erleichtert wie etwa bei einem Hotel, einem grossen Geschäft oder einer Bank.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gespräch

Vor exakt 10 Jahren habe ich meine Lizenzarbeit mit dem Titel: „*Multiprofessionelle Zusammenarbeit in sozialpsychiatrischen Institutionen*“ fertig gestellt. Die Sichtweisen der aus verschiedenen Berufsgruppen stammenden Personen hatte ich mittels qualitativer Interviews erhoben. Die befragten BetreuerInnen nahmen sich zu jener Zeit stark über ihre Berufszugehörigkeit wahr und grenzten sich so von den übrigen Teammitgliedern ab.

Wie wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit heute erlebt? Dieser Frage bin ich mit zwei Leitungsteammitgliedern aus dem Übergangwohnhaus und dem Tageszentrum der Stiftung Phönix Zug nachgegangen. In beiden Betrieben bilden Fachpersonen aus den Bereichen (Psychiatrie)pfl ege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Psychologie gemeinsam die Betriebsleitung.

Die spontanen Aussagen der beiden Gesprächsteilnehmer zum Thema interdisziplinäre Zusammenarbeit sind durchwegs positiv, der Austausch wird vor allem als bereichernd empfunden. Im Laufe des Gesprächs wird jedoch immer klarer, dass primär die Zusammenarbeit mit externen Fachleuten aus Kliniken und Sozialdiensten, aber auch mit Handwerkern, Buchhaltern etc. als interdisziplinär wahrgenommen wird, nicht aber diejenige im eigenen multiprofessionellen Team. Hierin besteht der grösste Unterschied zu meinen damaligen Ergebnissen. Die interne Zusammenarbeit der verschiedenen psychosozialen Berufsgruppen scheint in sozialpsychiatrischen Institutionen eine nicht mehr hinterfragte Tatsache geworden zu sein. Auf meine Nachfrage hin, wird mir dies von den Gesprächsteilnehmern bestätigt. Es ist inzwischen in den meisten psychiatrischen Kliniken Usus geworden, dass nicht ausschliesslich Psychiatriefachleute sich um die Pflege und Be-

treuung der Patienten und Patientinnen kümmern. Eine Psychiatriepflegefachperson ist also schon von ihrer Ausbildung her an die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen gewöhnt und empfindet eine solche demzufolge als alltäglich. Für Fachpersonen aus Sozialarbeit und Sozialpädagogik gehörte der interdisziplinäre Austausch mit den Fachbereichen Psychologie, Rechtswissenschaft und Medizin sowohl in der Ausbildung als auch im Berufsalltag schon immer dazu. Als Nachteil in der Zusammenarbeit wird von den Gesprächsteilnehmern einzig die aufgrund der Anzahl der miteinbezogenen Personen verzögerte oder erschwerte Entscheidungsfindung genannt. Die in der interdisziplinären Zusammenarbeit nötige Überprüfung der eigenen Haltungen und Sichtweisen, wird als Vorteil gesehen, jedoch nicht mit der spezifischen Berufsausbildung in Verbindung gebracht. Es wird viel mehr Bezug genommen auf ein persönliches Konglomerat von Fähigkeiten und Wissensbeständen: „*In unserm Arbeitsumfeld arbeiten wir nicht so berufsspezifisch wie in der Klinik*“ und „*unser Arbeitsumfeld ist durchmischer und breiter gefächert, es ist auch eine Gefahr, dass alle alles machen und spezifische Fähigkeiten zu wenig genutzt werden und verloren gehen*“ sind typische Aussagen dazu. Aber auch: „*Das breite Aufgabengebiet macht die Arbeit spannend und abwechslungsreich und ich kann von der Erfahrung im Team profitieren*“. Diese Aussage spiegelt die Vorteile, die sich aus dem grossen Zuständigkeitsgebiet der im multiprofessionellen Team arbeitenden BetreuerInnen ergeben. Als unbestrittener Gewinn wird mehrmals der Nutzen aus der interdisziplinären Zusammenarbeit erwähnt, welcher sich für die betreuten psychisch beeinträchtigten Menschen ergibt. Er entsteht aus Sicht der Gesprächsteilnehmer sowohl in der in-

nerbetrieblichen Zusammenarbeit als auch in derjenigen mit dem sonstigen professionellen Helfernetz einer Person. Das Resultat der Zusammenarbeit wird als „*am gleichen Strick ziehen*“ betitelt, welches den begleiteten Menschen mehr Chancen biete, weiter zu kommen. Aufgrund der interdisziplinären Zusammenarbeit würden die beeinträchtigten Personen umfassender abgeholt und könnten dadurch auch bislang verborgene Ressourcen und Fähigkeiten entdecken.

Als grosser Vorteil bei Kontakten mit externen Diensten wird von beiden Gesprächsteilnehmern die persönliche Beziehung zum jeweiligen Gegenüber genannt. Diese Bemerkung bestätigt die starke Gewichtung des persönlichen Einsatzes und der eigenen sozialen Fähigkeiten, welche sich nicht auf die ursprünglich absolvierte Berufsausbildung zurückführen lassen.

Zusammengefasst lassen sich aus dem Gespräch folgende Rückschlüsse ziehen: Interdisziplinäre Zusammenarbeit gehört so stark zum sozialpsychiatrischen Arbeitsalltag, dass das Bewusstsein der eigenen beruflichen Identität zeitweise in den Hintergrund tritt. Die Arbeit wird als spannend und vielfältig empfunden, gerade auch deshalb, weil die Zuständigkeiten nicht mehr aufgrund der Ausbildung festgeschrieben sind. Es werden praktisch nur Vorteile aus dieser Zusammenarbeit sowohl für die betreuenden als auch für die betreuten Menschen genannt. Ich möchte es den Lesern und Leserinnen überlassen, sich Gedanken zu den eher kritischen Seiten dieser Entwicklung zu machen.

Gesprächsteilnehmer:
Florian Baumann
Elmar Steffen
Zusammenfassung:
Yvonne Lüdi

Résumé

Il y a exactement 10 ans, je terminais mon travail de licence sur le thème: «Collaboration multi-professionnelle dans les institutions de psychiatrie sociale». J'avais obtenu des points de vue de personnes issues de catégories professionnelles différentes par le biais d'interviews qualitatives. Les professionnels de l'accompagnement et des soins exprimaient alors une conscience aiguë de leur appartenance professionnelle et se délimitaient ainsi des autres membres d'une équipe.

Comment la collaboration interinstitutionnelle est-elle vécue aujourd'hui? J'ai posé cette question à deux responsables d'équipe, soit d'une structure d'hébergement transitoire et d'un centre de jour de la Fondation Phönix à Zug. Dans ces deux structures, des professionnels des soins psychiatriques, de l'éducation spécialisée, du travail social et de la psychologie dirigent aujourd'hui ensemble la même organisation.

Riassunto

Esattamente dieci anni fa mi trovavo a terminare il mio lavoro di licenza sul tema « Collaborazione multiprofessionale nelle istituzioni di psichiatria sociale ». In quell'occasione avevo raccolto, attraverso interviste qualitative, il parere di persone delle diverse categorie professionali. I professionisti del sostegno e delle cure allora avevano una definizione molto stretta della loro appartenenza professionale ponendo così i limiti fra loro stessi e gli altri membri dell'équipe.

Oggi come é vista e vissuta la collaborazione interistituzionale ? Ho posto questa domanda ai due responsabili delle équipe di una struttura d'accoglienza abitativa transitoria e di un centro diurno della Fondazione Phönix a Zugo. In entrambe queste strutture collaborano insieme e dirigono professionisti psichiatrici, educatori specializzati, psicologi e operatori socioprofessionali.

L'interdisciplinarité, mode, technique ou éthique ?

L'art de la communication réciproque

Le parcours de soin de la personne concernée par des troubles psychiques est support de projections théoriques diverses. Privilégions-nous une lecture globale, multi-déterminée et qui identifie contextes, vulnérabilités, ressources et potentiels ou une vision limitant le trouble à un comportement prédéterminé, défini par ses déficits et enfermé dans un cheminement type? Sommes-nous dans la perspective «du traitement unique» ou d'une combinaison multimodale d'interventions (résilience, rétablissement, entraide et thérapies diverses) ajustée à chaque personne et articulant des influences pertinentes à différents niveaux ?

Dans les cabinets, les réseaux et lieux d'enseignement, sommes-nous cloîtrés à l'intérieur de notre discipline, prisonniers d'une culture institutionnelle, d'idées figées en dogmes et de débats circonscrits par des tabous? Facilitons-nous la rupture des frontières disciplinaires, la circulation de schémas de pensée, la recherche d'interactions entre concepts et combattons-nous l'esprit de propriétaire qui interdit toute incursion étrangère dans notre parcelle de savoir et de pouvoir pour laisser la place à la pensée complexe ?

Continuons-nous à professer une dévotion sans critique d'un auteur ou courant de pensée et à être animés de grandes querelles théoriques et d'impitoyables oppositions entre postures intellectuelles ? Comment faisons-nous le tri dans les théories ?

Aborder de front ces questions s'avère pour le moins risqué. L'interdisciplinarité -carrefour, organisation et inventaire permanent de nos savoirs multiples- est un « sollen » et non un « sein », un objectif qui recule à chacune de nos tentatives, une activité conti-

nue. Chaque dépassement de connaissances ouvre sur de nouvelles questions dans une spirale sans fin. Sa réalisation opérationnelle affronte des difficultés d'ordre technique et social. La formation au savoir-faire interdisciplinaire est rare. L'organisation de nos connaissances est largement fondée sur des pouvoirs disciplinaires, politiques, lobbys et principes de régulation corporatistes !

Pourtant, confronter nos diverses visions et faire omission des frontières est indispensable pour affiner nos croyances et faire de l'ordre dans nos connaissances partielles, approximatives, abondantes et fragmentées. C'est également un devoir éthique car le mieux-être de la personne en difficulté émerge de la synergie du réseau dont elle fait partie active et non d'une discipline en particulier !

Premier pas, échanger des points de vue entre la personne concernée, ses proches et des professionnels issus de diverses orientations. Or, les diverses contributions sont souvent organisées dans un emboîtement hiérarchique et unidimensionnel à l'intérieur d'une seule discipline qui les intègre dans son langage et impose aux autres ses procédures ! Chaque participant n'a qu'à se tourner vers son « supérieur » pour en recevoir les instructions et s'adresser ensuite à ses subordonnés pour les appliquer. Les intervenants se renseignent, procèdent par « soustraction des parties » et restent dans leur domaine. L'expression dans des langages différents de quelque chose de ressemblant donne la sensation de dépassement de l'hétérogénéité existante. L'impasse est réglée par des mécanismes institutionnels historiques, d'autorité et de pouvoir, car « nous avons toujours fait comme ça », etc. Ce type de complémentarité pluri-

disciplinaire est insuffisant et dessert une clientèle à problèmes et besoins multiples qui sont moulées dans ce tamis étroit. On procède comme si l'on opérât sur de multiples composants détachables de la personne, les savoirs pluriels se juxtaposent ou s'alignent en parallèle.

Deuxième pas, l'échange vise des rapprochements réciproques. Les décisions, s'obtiennent par débats et consensus. Aux relations hiérarchiques entre savoirs - qu'un siècle d'épistémologie n'arrive pas à désamorcer dans les mentalités - se substitue la relation circulaire. Le coordinateur du groupe distingue sa fonction sociale et son devoir scientifique et facilite une dynamique en hétéarchie. Les «désapprobations des idées» sont acceptées sans craindre une perte de prestige, une disqualification des pairs. Le tri des concepts est réciproque, le langage spécialisé côtoie le langage du client qui n'est ni passif, soumis ou dépendant, mais acteur de sa propre destinée. Sa voix est entendue sans paternalisme. Quand le sens manque, il est recherché et non imposé. Cette collaboration opère des transformations épistémiques¹ réciproques, augmente l'efficacité des participants et donne une identité et une couleur propres à l'équipe. Les méthodes d'observation, d'inspection, de recherche-action, etc. sont valorisées. Le fantasme des sciences physiques, le réalisme et le positivisme sont exorcisés.

Fondements

Les phénomènes du vivant sont d'un autre ordre que ceux des sciences physiques. La cybernétique, les théories des systèmes et de la complexité changent les conceptions sur le vivant, l'humain et ses réalisations, société, culture, science et technologie. Cette vision est très différente de celle de la période classique ou de la modernité. Le monde n'est pas si rationnellement ordonné et simple. Sa division en territoires et l'analyse séparée d'une multitude de parties remises ensuite ensemble sont un échec. Les propriétés poïétiques d'une cellule ne sont pas la juxtaposition de ses composants, l'étude d'une fourmi ne rend pas compte de la colonie elle-même, « le tout n'est pas la somme des parties ».

Les disciplines humaines découvrent avec étonnement «les systèmes complexes». Impossible de réduire le supérieur

à l'inférieur, l'esprit au cerveau, la personne à ses gènes, la finalité des êtres à la causalité de leurs composants physico-chimiques. La causalité linéaire est insuffisante pour comprendre l'intentionnalité, le guidage de nos actions et l'activité psychique. L'observateur n'est pas un agent neutre. Son langage ne décrit pas « la réalité », mais opère une coupure. Sa finalité et sa méthodologie spécifique définissent les observables, les problèmes et portent un jugement particulier sur les solutions proposées. Tout objet et toute frontière sont à la fois extraits et constructions. Quelle décentration!

Les disciplines constatent combien subjectives demeuraient leurs démarcations et vont s'agglutiner, s'empiéter par la rencontre de visions différentes sur le même objet. Le traitement technique de processus et la programmation ouvrent sur des problèmes qui ne traitent pas des états! On peut distinguer un solide d'un liquide, un végétal d'un animal, en revanche les certitudes chancellent quand on s'interroge sur les influences réciproques entre l'inné et l'acquis, le devenir d'un individu, ce qui définit le passage de l'inerte au vivant, d'un état conscient à un état comateux, d'un état normal à un état de crise.

Troisième pas, nous sommes priés de reconnaître dans les phénomènes humains et du vivant, des causalités non linéaires et multifonctionnelles. La même cause produit différents effets, un effet résulte de diverses causes, à petite cause grand effet ! Le hasard est solidaire de la nécessité². Par bifurcation, un état change en son opposé, etc. C'est toute la différence entre nous et des boules en plomb, qui à un certain niveau de description, à poids et conditions égales, suivent toutes la même loi dans la descente d'une pente !

L'imbrication enchevêtrée des niveaux du réel sera élaborée dans un système total de structures sous-jacentes, sans frontières stables entre disciplines. Les langages de l'information précise et suffisamment abstraite de la sémantique seront transposables d'un champ à l'autre. L'intelligence artificielle et le début des sciences cognitives auront cette vocation transdisciplinaire échappant aux logiques réductrices et technocratiques de rentabilité.

Ethique

Quelle logique d'intervention pour

comprendre un trouble psychique: traditionnelle «une cause/un effet»; fonctionnelle «rôle du phénomène au sein d'un système»; structurelle «on dégage les règles d'organisation»; herméneutique «sens implicite que peut revêtir le phénomène»; dynamique «forces contraires entre l'individu et la société» ou interdisciplinaire? A quel titre intégrer dans le traitement l'expérience subjective des sauts de conscience, les demandes du patient pour moduler sa prescription et récupérer son autonomie? Travaillons-nous avec des modèles pluriels ad hoc et situés dans le contexte propre de la personne?

L'interdisciplinarité, exercice de virtuosité et d'humilité, n'est pas seulement un exercice épistémologique, une curiosité de la sociologie de la science. Ce devoir d'inventaire est surtout une volonté et une obligation qui nous extrait du rôle de techniciens de procédures et nous confronte à l'éthique. Comment faire autrement «le mieux», avec nos moyens hyper - spécialisés, dans la direction des besoins de la personne, qu'en composant nos compétences diverses selon une approche ouverte, multidimensionnelle et intégrative?

DR. CARLOS LEÓN,

Psychothérapeute, opérateur psychosocial à l'Association PAROLE, Genève

1) Au niveau donc des savoirs, croyances, opinions, savoir-faire, attitudes, savoir être.

2) Jacques Monod, *Le Hasard et la Nécessité*, éd. du Seuil.

Zusammenfassung

Der Autor schlägt eine ethische Sichtweise der Interdisziplinarität vor, indem er den Lesenden einlädt, sich Gedanken bezüglich der Grenzen einer Denkweise zu machen, die ausschliesslich auf aneinander gereihten Interventionstechniken beruht. Auf der wissenschaftlichen Ebene ist durch die „Life Sciences“ und den systemischen Zugang die gebräuchliche traditionelle und simplifizierende Logik einer linearen Analyse psychischer Störungen überholt. Die Soziologie erklärt sie mit berufsgruppenspezifischen Mechanismen, bei denen Erkenntnisse durch den institutionellen Ablauf nicht berücksichtigt werden. Die Transdisziplinarität schlägt vor, die wissenschaftliche Aufgabe, die mehr und mehr leistungsorientiert ist zu überwinden durch einer auf Gleichheit beruhender Kommunikation, welche die subjektiven Erfahrungen unerwarteter Erkenntnisse in die Behandlung mit einbeziehen, ebenso wie das Anliegen des Patienten, Verordnungen zu ändern und die Autonomie wieder herzustellen.

Riassunto

L'autore propone una visione etica dell'interdisciplinarietà invitando il lettore a interrogarsi sui limiti di una riflessione che si fonda unicamente sul concetto di tecniche d'intervento che si aggiungono le une alle altre. Sul piano scientifico le nuove scienze della vita e gli approcci sistemici invalidano le logiche tradizionali dominanti e semplicistiche dell'analisi lineare dei disturbi psichici. La sociologia della scienza le spiega con un pensiero corporativo che imprigiona i saperi nelle logiche istituzionali. La transdisciplinarietà si propone di superare il procedere scientifico sempre più orientato secondo le logiche del rendimento attraverso una comunicazione circolare che includa l'esperienza soggettiva dei «salti di coscienza» come pure le domande del paziente per modulare la sua prescrizione e recuperare la sua autonomia

Bericht aus dem ZV

Genf war eine Reise wert. Am gemeinsam von der SGPP und SGSP durchgeführten Kongress „Gemeindepsychiatrie und Netzwerke“ beeindruckten nicht nur internationale Keynote-Speakers. In fast 40 Ateliers, Workshops und Symposien wurde eine überraschend vielseitige gemeindepsychiatrische Landschaft sichtbar. Sozialpsychiatrische Orientierung heisst auch Pluridisziplinarität: Sozialberufe, Pflegefachkräfte und andere waren unter den Mitwirkenden gut vertreten. Der – in andern europäischen Ländern schon selbstverständliche – Dialog aber mit den andern Partnern in der Gemeindepsychiatrie, den Betroffenen selbst, ihren Angehörigen und den Verantwortlichen aus anderen Sektoren des öffentlichen Lebens wurde dagegen noch wenig sichtbar; an Psychiatriekongressen bleiben wir Fachleute offenbar doch lieber noch unter uns... Die andere Frage die ich mir als Teilnehmer stellte – warum wissen wir so wenig von einander, warum ist die SGSP nicht selbstverständliche Plattform für diesen Dialog, für die kritische Diskussion und Evaluation von Modellen und Projekten, aber auch für die gegenseitige Ermutigung und Unterstützung.

Dies gesagt, muss auch betont werden, dass Initiative, Planung und Leitung des Kongresses in hohem Mass bei den beiden Präsidenten, Hans Kurt und Francois Ferrero lagen. Francois Ferrero hat nicht nur die internationalen Referenten gewonnen, er hat mit dem Vorschlag eines öffentlichen „Call for papers“ auch vielen ganz unterschiedlichen Initiativen und Projekten ermöglicht, sich zu präsentieren. Für dieses Abschiedsgeschenk seiner Präsidialzeit sei ihm herzlich gedankt!

Die eben gestellte Frage zu Rolle und Aufgabe der SGSP beschäftigte den Zentralvorstand schon länger, wir haben in diesen Berichten davon geschrieben. Ein kurzer Blick auf die Mitgliederliste zeigt, wie viel Kompetenz in dieser Gesellschaft versammelt ist, als Organisation ist sie aber wenig lebendig. Die Diskussionen – nicht nur im ZV, sondern auch in den sprachregionalen Sektionen lassen vermuten, dass mit den strukturellen Veränderungen in der Psychiatrielandschaft sich auch die Gewichte in der Organisation verschieben. Waren die Sektionen erst eher regionale Ergänzungen zur nationalen Organisation, so gewinnen sie an Bedeutung. Die anfangs starke Orientierung an den universitären Zentren tritt mehr zurück. Der Zentralvorstand beschloss darum an seiner Sitzung im Juni, nicht wieder einen Zentralpräsidenten – oder eine Präsidentin – für die kommende Wahlperiode vorzuschlagen, sondern die nächsten drei Jahre als Denkpause zu nutzen. Der Vorstand schlug der Mitgliederversammlung vor, dass die drei regionalen SektionspräsidentInnen in den kommenden Jahren im Turnus das Präsidium übernehmen. Die Mitgliederversammlung stimmte dem zu und wählte als ersten den Präsidenten der welschen Sektion, Yasser Khazaal, zum neuen Präsidenten. Der ZV wird an seiner Herbststrettaite in Zürich die begonnene Diskussion weiterführen, er lädt aber auch die Sektionen ein, sich mit Ideen und Vorschlägen daran zu beteiligen. Es geht um Grundsätzliches – „was für eine Psychiatrie wollen wir?“, aber auch um ganz pragmatische Fragen, z.B. wie man mit geringen Mitteln und weitgehend ehrenamtlicher Mitarbeit in einer durch die Dreisprachigkeit bedingten komplexen Struktur ideale Ziele umsetzen will.

Ich will schliessen mit einem herzlichen Dank an Francois Ferrero, der in den vergangenen Jahren kollegial, initiativ und freundschaftlich die SGSP geleitet hat. In seinem ersten Referat als Präsident zitierte er den französischen Sozialanthropologen Levy-Strauss, zum Abschied verschenkte er ein Buch zur Art brut, ich verstehe beides als Hinweise, von wo wir auch Impulse für sozialpsychiatrisches Handeln erhalten können.

THOMAS RÜST,

Rapport du comité central

Genève a valu le déplacement. Le congrès « Psychiatrie communautaire et réseaux », organisé conjointement par la SSPP et la SSPS, a généré un réel impact. Grâce aux exposés scientifiques d'orateurs internationaux et de renom et grâce à une quarantaine d'ateliers et de symposia, c'est un paysage surprenant et varié de la psychiatrie communautaire qui s'y manifesta. L'orientation de la psychiatrie sociale implique également la pluridisciplinarité : divers métiers du travail social et des soins étaient bien représentés parmi les protagonistes du congrès. Par contre, le dialogue, pourtant déjà évident dans d'autres pays européens, avec d'autres partenaires de la psychiatrie communautaire, soit avec des personnes concernées, leurs proches et des responsables d'autres secteurs de la vie publique, y demeura peu visible ; il semblerait que les professionnels préfèrent encore et toujours rester entre eux pendant les congrès de psychiatrie... L'autre question que je me suis posée en tant que participant fut de comprendre pourquoi au sein de la SSPS, nous savons si peu de choses des uns et des autres, pourquoi notre société n'est-elle pas naturellement une plate-forme de dialogue pour une discussion critique et une évaluation de modèles et de projets, mais aussi pour l'encouragement et le soutien réciproques ?

Ceci étant dit, il s'agit de relever, que l'initiative, la planification et la direction du congrès furent essentiellement l'œuvre de deux présidents Hans Kurt et François Ferrero. François Ferrero n'a pas seulement réussi à amener des intervenants très qualifiés et de niveau international, grâce à sa proposition d'un appel public aux posters, il a également stimulé la présentation de nombreuses initiatives et de projets très variés. Qu'il soit remercié chaleureusement pour ce cadeau de départ de sa période de présidence !

Egalement soulevée à cette occasion, la question du rôle et de la mission de la SSPS préoccupe le comité central depuis longtemps. Nous y avons régulièrement fait allusion dans cette rubrique des Infos. Un bref coup d'œil sur la liste des membres montre qu'une importante somme de compétences est réunie dans cette société, pourtant celle-ci reste peu vivante en tant qu'organisation. Les discussions en cours au comité central et dans les sections linguistiques laissent supposer que les changements structurels dans le domaine de la psychiatrie influencent aussi le déplacement des pondérations dans l'organisation. Si les sections étaient autrefois davantage des prolongations régionales de l'organisation nationale, elles gagnent aujourd'hui en importance. L'orientation des débuts, ciblée sur les centres universitaires, diminue progressivement. C'est pourquoi, lors de sa session de juin, le comité central décida de ne pas présenter un(e) président(e) central(e)

pour la prochaine période, mais d'instaurer un temps de réflexion. Le comité proposa à l'assemblée des membres que les trois présidents des sections régionales y assument la présidence en alternance. L'assemblée des membres approuva cette proposition et élit comme premier président Yasser Khazaal, président de la section romande. Le comité central poursuivra cette discussion lors de sa séance d'automne à Zürich, il invite toutefois les sections à y participer avec des idées et des suggestions. Il s'agit de penser la question fondamentale « Quelle psychiatrie voulons-nous ? », mais aussi de répondre à des questions très pragmatiques, telles que : comment peut-on mettre en œuvre des idéaux avec des moyens limités et un travail essentiellement bénévole dans une structure complexe parce que trilingue.

Je voudrais terminer avec un cordial remerciement à François Ferrero, qui a dirigé ces dernières années la SSPS de manière collégiale, novatrice et amicale. Dans son premier discours de président, il cita l'anthropologue social Lévy-Strauss et pour son adieu, il fit cadeau d'un ouvrage sur l'art brut. Ces deux références résonnent pour moi comme des indications sur les espaces où nous pourrions trouver des impulsions pour une action de psychiatrie sociale.

Thomas Rüst,

Rapporto del comitato centrale

Ginevra valeva la trasferta. Il Congresso « Psychiatrie communautaire et réseaux », organizzato in modo congiunto dalla SSPS e dalla SSPP ci ha fornito risultati reali. Abbiamo potuto verificare un panorama riguardante la psichiatria di comunità sorprendente e variato grazie alle relazioni scientifiche d'oratori internazionali e ad una quarantina fra symposia e atelier. La visione psichiatrico so-

ciale implica la pluridisciplinarietà e così differenti professionalità dell'ambito sanitario e del lavoro sociale erano ben rappresentate fra i protagonisti di questo congresso. Meno visibile peraltro era il dialogo con gli altri attori della psichiatria di comunità, come si vede in altri paesi europei, coinvolgendo gli utenti, i loro parenti e altri responsabili di settori della vita pubblica. L'impressione che ne deriva è quella che i professionisti preferiscono ancora restare fra loro durante i congressi di psichiatria. L'altra domanda che mi sono posto in quanto partecipante era relativa alla considerazione che all'interno della SSPS sappiamo poche cose gli uni degli altri e sul perché la nostra società non è piattaforma "naturale" per il dialogo, la discussione critica, la valutazione di modelli e di progetti favorendo nel contempo incoraggiamento e sostegno reciproco fra i soggetti implicati.

Il Convegno in sé, va rilevato, è stato essenzialmente il frutto dell'iniziativa, del lavoro di pianificazione e di direzione dei due presidenti Hans Kurt e François Ferrero. François Ferrero non solo è riuscito a portare a Ginevra oratori molto qualificati e di livello internazionale ma anche, con il suo appello pubblico per i posters ha favorito la presentazione di numerose iniziative e progetti. Per questo dobbiamo ringraziarlo calorosamente per questo suo regalo di commiato dal suo incarico di presidente!

Un'altra questione di rilievo che da tempo preoccupa il comitato centrale resta quella relativa al ruolo e alla missione della SSPS; spesso ne abbiamo accennato in questa rubrica dell'INFO. Se gettiamo un'occhiata sulla lista dei nostri soci si vede bene come una importante somma di competenze vi si trovi riunita che peraltro fatica a manifestarsi a livello dell'organizzazione della società. Le discussioni che abbiamo avuto all'interno del comitato centrale e nei comitati di sezione, ci hanno portato a ipotizzare che i cambiamenti strutturali avvenuti nel tempo in ambito psichiatrico abbiano influenza sul peso specifico delle varie parti della nostra organizza-

zione. Un tempo le sezioni linguistiche si configuravano come un prolungamento dell'organizzazione nazionale mentre ora il baricentro si sposta nella loro direzione. L'orientamento iniziale della società calibrato sui centri universitari si è progressivamente indebolito. Preso atto di questi fatti il comitato centrale nella sua sezione di giugno optava per un periodo di riflessione invece che presentare un proprio candidato per tutto il periodo successivo. Il comitato ha presentato all'assemblea la seguente proposta e in pratica che per il prossimo triennio come presidenti nazionali si succederanno a turno per un anno ciascuno i tre presidenti delle sezioni. L'assemblea ha approvato questa proposta e ha eletto come primo presidente nazionale di questa fase Yasser Khazaal, presidente della sezione romanda. Il comitato centrale continuerà a discutere questo tema durante la prossima riunione autunnale a Zurigo invitando i membri e le sezioni a partecipare con idee e suggestioni proprie: si tratta in effetti di rispondere alla questione fondamentale « Quale psichiatria vogliamo ? », ma anche di trovare soluzioni a quesiti molto pragmatici quali quello del come portare avanti i nostri ideali in una società come la nostra complessa perché trilingue, dai mezzi economici limitati e fondata essenzialmente sul volontariato.

Vorrei terminare infine con un cordiale ringraziamento a François Ferrero che ha diretto la nostra società in questi anni in modo collégiale, innovatore e amichevole. Durante il suo primo discorso da presidente volle citare l'antropologo Lévi Strauss mentre al suo commiato ci ha fatto dono di un libro sull'Art Brut. In entrambi questi gesti risuona per me l'indicazione verso spazi dove cercare e trovare suggestioni per la psichiatria sociale.

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 colectivo (Jahresbeitrag: Fr. 200.-)

AbonnentIn/Abonnée des/abbonnamento SGSP-Infos (Jahresabonnement: Fr. 20.-)

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

Senden an / Evoyer au / Spedire a:

Sekretariat AK15, Juravorstadt 42, 2503 Biel

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

Società Svizzera di psichiatria 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