

# SGSP INFOSSPS

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

## Liebe Leserin, Lieber Leser

Migration ist ein Thema, das die Psychiatrie in den letzten Jahren zunehmend beschäftigt. In der Praxis sind wir oft mit den Grenzen der Kommunikation konfrontiert, mit den Schwierigkeiten uns in die fremde Welt dieser Patienten hineinzusetzen.

Krank sein in einer fremden Umgebung, einer fremden Kultur ist meist sehr belastend, psychisch kranksein ist es besonders, geht es doch hier darum die emotionale Befindlichkeit, subjektives Erleben mitzuteilen in einer Sprache und Kultur, die oft wenig bekannt sind. Oft liegt gerade hier die Ursache für die Erkrankung, da diese Barriere den Aufbau von neuen Beziehungen und die Integration in den Alltag erschwert.

Integration ist ein Konzept, das die Sozialpsychiatrie seit jeher praktiziert, das Wissen um den entscheidenden Einfluss auf die psychische Befindlichkeit das die Umgebung, das soziale Milieu hat, ist die Grundlage der therapeutischen Arbeit. Der Aufbau von Beziehungen ist das zentrale Instrument unserer Aufgabe. Im Umgang mit Migranten und Migrantinnen kommt eine neue Herausforderung hinzu, denn durch die Konfrontation mit anderen Denkweisen, anderen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit wird die ei-

► S. 28

## Chère lectrice, cher lecteur

Ces dernières années, le thème de la migration s'impose de plus en plus en psychiatrie. Dans la pratique, nous sommes fréquemment confrontés aux limites de la communication et nous avons des difficultés à nous transposer dans l'univers étranger de ces patients. Etre malade dans un environnement étranger et dans une culture étrangère est la plupart du temps stressant, être malade psychiquement l'est encore davantage, étant donné qu'il s'agit alors d'exprimer un ressenti émotionnel et un vécu subjectif dans une langue et une culture, qui sont la plupart du temps peu connues. Souvent, c'est précisément là que réside la cause de la maladie, étant donné que cette barrière entrave l'établissement de nouveaux liens sociaux et l'intégration dans la vie quotidienne.

L'intégration est un concept pratiqué depuis toujours par la psychiatrie sociale, la connaissance de l'influence déterminante de l'environnement et du milieu social sur l'état psychique y constitue la base du travail thérapeutique. La construction de relations est l'instrument central de notre mission. Dans la collaboration avec des migrants intervient un défi supplémentaire, car grâce à la confrontation avec d'autres manières de penser et d'autres représen-

► p. 28

## Care lettrici, cari lettori,

In questi ultimi anni, il tema della migrazione si è imposto sempre di più in psichiatria. Nella pratica noi ci confrontiamo frequentemente con i limiti della comunicazione e abbiamo delle difficoltà trasferirci nell'universo straniero di questi pazienti. Se essere malati in un ambito straniero ed in una cultura straniera è di per sé già stressante, essere malati psichici lo è ancora di più poiché si tratta di esprimere un vissuto emozionale e soggettivo in una lingua e in una cultura che sono, nella maggior parte, dei casi poco conosciuti. Spesso è proprio là dove risiede la causa della malattia, visto che in questo consiste la barriera che impedisce di costruire nuove relazioni e impedisce anche l'integrazione nella vita quotidiana.

L'integrazione è un concetto pratico da sempre per la psichiatria sociale: la conoscenza dell'influenza determinante dell'ambiente circostante e dell'ambito sociale sullo stato psichico costituisce la base del lavoro terapeutico. La costruzione di relazioni è lo strumento centrale della nostra missione. Nella collaborazione coi migranti interviene una sfida ulteriore, poiché grazie al confronto con altre maniere di pensare e altre rappresentazioni della salute e della malattia le nostre posizioni diventano più coscienti. Le rappresentazioni

► p. 28

27 Editorial (Ruth Waldvogel)

29 Nachruf für Dr. Jakob Christ (Theodor Cahn)

30 Gar nicht so einfach! (Yvonne Lüdi)

32 L'etica dell'accoglienza (Paolo Cicale)

38 Aspekte stationärer Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund (Dipankar Das)

39 Wir gratulieren / Nous félicitons / Ci felicitiamo con Markus Brandenberger (Herbert Heise)

40 Bericht aus dem Zentralvorstand  
40 Rapport du comité central  
40 Rapporto del comitato centrale (Thomas Rüst)

gene Einstellung bewusst. Die gesellschaftlichen und persönlichen Vorstellungen und Anschauungen werden sichtbar, wir müssen uns damit auseinandersetzen, dass das, was uns im Alltag als eindeutig und selbstverständlich erscheint, aus einer anderen Perspektive fremd und unverständlich wirkt. Dies trifft nicht nur für Menschen aus fernen Ländern zu, bereits innerhalb Europas gibt es Unterschiede, dies gerade auch da, wo es um die Erwartungen an das Gesundheitssystem geht. Da diese Vorstellungen so selbstredend sind, werden sie in den Gesprächen kaum je explizit angesprochen, wir gehen davon aus, dass wir dasselbe meinen. Reagiert das Gegenüber nicht auf die erwartete Art und Weise wird dies teilweise als fehlende Kooperation gedeutet. Dies kann zum Beziehungs- oder gar Behandlungsabbruch führen. Doch die Behandlung von Migranten ist auch bereichernd da, wo wir bereit sind andere Perspektiven, neue Betrachtungsweisen der vertrauten Umgebung kennen zu lernen und damit neu entdecken lernen.

Einer der diese Problematik aus eigener Erfahrung kannte, war Prof. Dr. med. Jakob Christ, ehemaliger Chefarzt der Externen psychiatrischen Dienste Baselland, der kurz vor Ostern im Alter von 82 Jahren plötzlich verstarb. Th. Cahn, der mit ihm zusammen die Sozialpsychiatrie Baselland aufbaute, würdigt ihn im folgenden Nachruf.

Im April 2008  
Ruth Waldvogel

tations de la santé et de la maladie, notre propre positionnement devient plus conscient. Les représentations ainsi que les opinions sociales et personnelles deviennent visibles. Nous sommes contraints à affronter le fait que ce qui nous apparaît quotidiennement comme clair et évident agit de manière étrange et incompréhensible à partir d'une autre perspective. Cela ne se manifeste pas uniquement dans nos contacts avec des personnes issues de pays lointains, à l'intérieur même de l'Europe, il y a des différences et en particulier en ce qui concerne les attentes face aux systèmes de soins. Étant donné que ces représentations sont si évidentes, elles sont très peu explicitées dans les entretiens et nous partons de l'idée que nous comprenons la même chose. Si en face, nous ne rencontrons pas la réaction attendue, nous avons tendance à interpréter celle-ci comme un manque de coopération. Cela peut conduire à une rupture de la relation ou même du traitement. Pourtant, le traitement de migrants est enrichissant là où nous sommes prêts à apprendre à connaître d'autres perspectives et des façons différentes d'envisager l'environnement familial et par là même à découvrir de nouvelles choses.

Le professeur Dr. med. Jakob Christ, ancien médecin-chef des services de psychiatrie externe de Bâle-Campagne et qui est décédé subitement avant Pâques cette année à l'âge de 82 ans, connaissait cette problématique par le biais d'une expérience personnelle. Th. Cahn, qui construisit avec lui la psychiatrie sociale de Bâle-Campagne, en rend compte dans l'hommage qui suit.

Avril 2008  
Ruth Waldvogel

oltre che le opinioni sociali e personali divengono visibili. Noi siamo costretti ad affrontare il fatto che ciò che a noi appare quotidianamente come chiaro ed evidente agisce in maniera strana e incomprensibile a partire da un'altra prospettiva. Questo non si manifesta unicamente nei nostri contatti con persone provenienti da paesi lontani: all'interno della stessa Europa esistono differenze in particolare in quello che riguarda le aspettative nei confronti del sistema di cura. Dato che le rappresentazioni sono così ovvie, esse sono poco esplicitate nei colloqui e noi partiamo dall'idea che ci riferiamo alle stesse cose. Nel caso in cui ci troviamo di fronte ad una reazione inattesa abbiamo la tendenza ad interpretarla come una mancanza di cooperazione. Questo può portare ad una rottura della relazione o anche del trattamento. Tuttavia il trattamento dei migranti è anche arricchente quando noi siamo pronti a conoscere altre prospettive e a considerare l'ambito familiare in una maniera diversa scoprendo cose nuove.

Il professor Dr. med. Jakob Christ, ex medico capo dei servizi di psichiatria esterna di Basilea campagna che è deceduto improvvisamente quest'anno prima di Pasqua all'età di 82 anni, conosceva queste problematiche. Th. Cahn, che costruì con lui la psichiatria sociale di Basilea-campagna, ce ne rende partecipi nell'omaggio che segue.

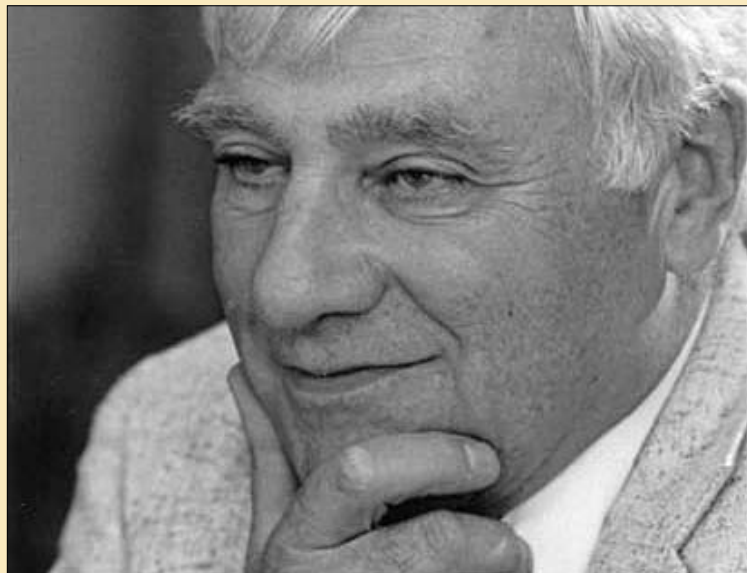
Aprile 2008  
Ruth Waldvogel

# Nachruf für Dr. Jakob Christ (1926 – 2008)

Am 17. März ist Jakob Christ, Gründer und erster Chefarzt der Externen Psychiatrischen Dienste Baselland, im Alter von 82 Jahren zusammengebrochen und plötzlich gestorben.

Jakob Christ wuchs in Langenbruck in einer Arztfamilie auf. Die ländliche Heimat verliess er bereits, um das Gymnasium in Basel zu besuchen. Im Verlauf des Medizinstudiums zog es ihn weiter in die Ferne: Nach dem Abschluss in Amsterdam, reifte sein Entschluss, Psychiater und Psychotherapeut zu werden. Er ging nach Zürich, um bei Manfred Bleuler zu dissertieren. 1952 emigrierte er in die USA, konnte dort erfolgreich Fuss fassen und blieb bis 1979. Er absolvierte eine gründliche Ausbildung in Psychoanalyse – Helene Deutsch war seine Lehranalytikerin. Sein praktischer Sinn und soziales Engagement bewirkten, dass er sich der damals neuen Sozialpsychiatrie zuwandte, welche daran war, die traditionelle Psychiatrie der grossen verwahrenden Kliniken abzulösen. Dabei kam er in engen Kontakt mit den wichtigsten Pionieren, wie Th. Lidz, F. Redlich, A. Stanton, M. Schwartz, R. Rapoport, G. Caplan. In Zusammenarbeit mit ihnen beteiligte sich Jakob Christ an der Entwicklung der Milieutherapie, Gruppenpsychotherapie, Familientherapie, Paartherapie und Krisenintervention: alles wesentliche Methoden der sozialpsychiatrischen Praxis. Nach Anfängen in New York und Yale machte er in Boston und Atlanta Karriere als Leiter von Klinikbereichen, Polikliniken und Community Mental Health Services und als Universitätsdozent – Ausbildung war stets sein besonderes Anliegen: Seine Publikationen sind denn auch eher von einem praktisch-instruktiven als von einem wissenschaftlichen Diskurs geprägt.

Jakob Christ erlebte so als aktiver Mitspieler im Brennpunkt Amerika eine entscheidende Epoche der Geschichte unseres Faches: von der Einführung der Neuroleptik a, über den von Eliteinstitutionen initiierten Aufbruch der Sozialpsychiatrie und deren Verbreitung, bis zur antipsychiatrischen Radikalisierung, die in seinen Augen zerstörerisch wirk-



te. Er hat diese Zeit in seinen Memoiren „Erlebte Sozialpsychiatrie“ (Psychiatrieverlag, Bonn, 2002) eindrücklich beschrieben. In dieser Schrift verbindet er das Fachliche mit seiner persönlichen Geschichte, in welcher er erschütternde Schicksalsschläge hinnehmen musste. Seine erste und zweite Frau starben jung und hinterliessen vier Kinder. Doch fand er immer wieder Mut zu einem Neuanfang.

Als sich in den 70-er Jahren das politische und fachliche Klima in den USA verschlechterte, entschloss sich Jakob Christ zur Rückkehr, um nochmals einen sozialpsychiatrischen Aufbau von vorn zu beginnen: Die Gelegenheit ergab sich in Baselland, wo der Kanton dank der Initiative weitsichtiger Politiker eine grundlegende Psychiatriereform einleitete. Jakob Christ erschien im Sommer 1979 in der Liestaler Klinik als Chefarzt einer ambulanten Institution, die es noch nicht gab. Ganz Amerikaner, ging er mit Optimismus und Improvisationslust ans Werk. Er stellte ein kleines, engagiertes interdisziplinäres Team zusammen, gab jedem ungeachtet seiner Stellung die Chance einen eigenen Beitrag zu leisten und unterstützte auch unkonventionelle Ideen und Vorgehensweisen junger Mitarbeitender. Das löste manche Irritation aus, aber der Erfolg war – nicht zuletzt dank seiner grossen Erfahrung

– durchschlagend, denn bereits nach zwei Jahren, war aus dem Nichts ein sozialpsychiatrischer Dienst mit zwei Beratungsstellen (Liestal und Bruderholz), einer Tagesklinik und Gemeindetreffpunkten entstanden. Arbeitsschwerpunkte bildeten Patientengruppen, ambulante Nachsorge und die sozialen Netze – alles heute noch aktuelle Themen der Sozialpsychiatrie. Jakob Christ förderte diese Anliegen auch nach Kräften auf Landesebene, war einer der Initiatoren der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, des ZASP-Weiterbildungskurses und des Arbeitskreises der Chefärzte ambulanter psychiatrischer Institutionen. Als er 1991 pensioniert wurde, verliess er seine EPD als konsolidierte Institution. Er hat seither in seiner Privatpraxis als Psychotherapeut und Supervisor weiter gewirkt.

Wir haben einen Pionier der Sozialpsychiatrie, engagierten klinischen Lehrer, profilierten Therapeuten, hilfreichen, solidarischen Kollegen und einen gütigen, lebenswürdigen Menschen verloren. Persönlich werde ich stets dankbar an die enge und fruchtbare Zusammenarbeit beim Aufbau der psychiatrischen Versorgung im Kanton Baselland denken. Unser Beileid gilt seiner geliebten Frau Jane, seinen Kindern und Enkeln.

THEODOR CAHN

# Gar nicht so einfach!

## Erfahrungsbericht zum Thema Migration und Heimalltag

### Alles klar?

Zu den Schlagworten in der Sozialpsychiatrie gehören die Begriffe Gemeindegemeinschaft, Milieutherapie und Normalitätsprinzip. Wie steht es im Alltag mit psychisch beeinträchtigten Menschen aus anderen Kulturen? Spielt die Herkunft eine Rolle bei der milieutherapeutischen Behandlung oder ist sie vernachlässigbar? Steht die kulturelle Zugehörigkeit im Heimalltag in etwa gleichermaßen im Hintergrund wie die medizinische Diagnose? Wünschbar ist aus meiner Sicht ein vorurteilsfreier, nicht etikettierender, wertender oder stigmatisierender Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen - egal was für eine Diagnose sie haben und aus welchem kulturellen Umfeld sie ursprünglich kommen. Doch inwiefern wird das wichtigste Hilfsmittel der Betreuung und Begleitung - nämlich die gegenseitige Verständigung - nicht nur aufgrund der verschiedenen Sprachen, sondern auch aufgrund der verschiedenen Auffassungen, was psychische Krankheiten und deren Behandlung angeht, beeinflusst? Wie sich der Heimalltag präsentieren kann und welche Anforderungen daraus ans Betreuungspersonal erwachsen können, soll exemplarisch anhand der nun folgenden Beispiele aufgezeigt werden.

### Weisst du Yvonne

Die junge, schwer psychisch erkrankte Frau hat ein strahlendes Lächeln und ist - wenn es ihr gut geht - trotz ihrer Krankheit äusserst lebensfroh und attraktiv. Die chronische psychische Krankheit hat sich in einer ersten Sequenz manifestiert, als sie noch keine 16 Jahre alt war. Ihre Kindheit hat sie mehrheitlich ausserhalb der Schweiz verbracht, nur der

Vater lebte schon länger in der Schweiz. Als Jugendliche ist sie dann zusammen mit der Mutter und den Geschwistern vor dem Krieg hierher geflüchtet. Als ich sie kennen lerne, hat sie schon ein paar Jahre in der psychiatrischen Klinik verbracht und gehört zur Gruppe der so genannten Dauerpatienten. Sie hat in dieser Gruppe einen festen Platz, ist zugänglich, lacht mit den anderen, lässt sich anstecken, auch wenn sie nicht immer alles versteht. Sie hat gelernt, sich in unserer Sprache auszudrücken - aber inwiefern kann ein Zustand, den das Gegenüber selbst nicht erlebt hat in einer fremden Sprache überhaupt kommuniziert werden? Vieles steht Maria ins Gesicht geschrieben, gute und schlechte Laune sind den Mitmenschen auch über die Körperhaltung und die Bewegungen vermittelbar, Fröhlichkeit auch ohne Worte ansteckend. Maria ist sehr lernfreudig, was die gemeinsame Haushaltsführung angeht, sie packt zu, wenn ihre Mithilfe auf dem Plan steht und hilft auch manchmal den weniger motivierten Wohnheimbewohnern für ein paar Zigaretten oder ganz einfach für ein Dankeschön. So weit so gut, Probleme treten im Umgang mit ihr sehr selten auf. Ihr in ihrer Krankheit und Schutzbedürftigkeit gerecht zu werden, ist allerdings für das Betreuungsteam kein einfaches Unterfangen. Was in ihr vorgeht zu verstehen, fällt aufgrund der sprachlichen Barrieren unweit schwerer, als bei den anderen Menschen, welche im selben Heim leben und aus der Schweiz stammen. Maria versucht immer wieder, mir ganz genau zu erklären, wie sie das Blut spüre, das so seltsame Geräusche mache, wenn es durch die Adern fliesse. Das ist doch nicht normal, oder? Weisst du Yvonne, versucht sie zum x-ten Mal zu erklären und nimmt dabei auch ihr ganzes geistiges Talent in Anspruch, indem sie mit der rechten Hand ihren linken Arm

mit Schnappbewegungen hochfährt, es macht so: krap, krap, krap. Ja, ich versuche zu verstehen und fühle mich doch unsicher, sollte nicht doch vielleicht wieder einmal abgeklärt werden, ob Maria nicht auch auf der somatischen Ebene etwas fehlt? Von Zeit zu Zeit ist sie mit ihrer Bezugsperson zur Abklärung ihrer körperlichen Leiden beim Arzt, was aber keine greifbaren Resultate, sprich handfeste Diagnosen bringt. Manchmal gibt es danach aber doch irgendwelche harmlosen Medikamente wie Vitamine, Spurenelemente oder pflanzliche Einschlafhilfen, nicht zuletzt auch um ihre Ängste, dass mit ihrem Körper irgend etwas gar nicht stimmt, eine Weile zu beruhigen. Oft lassen dadurch auch die Symptome für kurze Zeit etwas nach, um sich später erneut oder an anderer Stelle zu melden. Auch im Rückblick ergibt sich für mich aus dieser Geschichte kein eindeutiges Bild, inwieweit der Ausdruck ihrer schweren psychischen Krankheit durch kulturelle Muster geprägt wurde und inwieweit wir Maria besser hätten verstehen und begleiten können, wenn sie keinen Migrationshintergrund gehabt hätte. Beruhigend ist in diesem Fall, dass Maria im Wohnheim eine Umgebung gefunden hat, in welcher sie sich doch ab und zu sehr wohl zu fühlen scheint und wo sie mit anderen Menschen in Beziehung treten kann und als Person sehr geschätzt wird.

### Wozu soll denn das gut sein?

Das zweite Beispiel, das ich zum Thema anführen möchte ist die weniger gelungene Geschichte eines Mannes, nennen wir ihn Mehmed, der zu wenig krank ist, um länger in der Klinik zu bleiben und zu krank, um ganz entlassen werden zu können. Also zieht er ins gerade



freie Zimmer bei uns ein. Begleitet wird er dabei von seinem Bruder und seiner Schwägerin, die ebenfalls in der Schweiz leben, sich aber auch nur radebrechend auf Deutsch unterhalten können. Beim Eintritt erfahren wir von ihnen, dass der schwer psychisch beeinträchtigte etwa 35jährige Mann aufgrund seiner Krankheit vollkommen antriebslos sei, den ganzen Tag im Bett liege, vor allem nachts wach sei und dann einfach fernsehe und rauche. Er sei schlecht ansprechbar, lebe in einer eigenen Welt. Mit solchen Problemen umzugehen, dazu fühlen wir vom multiprofessionellen Team uns fähig und zuständig. Die Führung des gemeinsamen Haushalts mit all seinen Aufgaben haben wir seit einiger Zeit den Bewohnerinnen und Bewohnern mehr oder weniger übergeben können. Einkaufen, kochen, Blumen giessen und leichte Reinigungsarbeiten werden in der Gruppe verteilt – das Betreuungsteam hat in diesem Bereich nur noch unterstützende und begleitende Funktion. Für Mehmed ist dieses System nicht nachvollziehbar. Er reagiert zwar zuerst noch widerwillig auf die Aufforderung, aufzustehen und sich an den Alltagsarbeiten zu beteiligen, fällt jedoch bald in den alten Tages-Nachtrhythmus zurück und zeigt keinerlei Motivation, diesen Zustand zu ändern. Was wir Milieuthérapie nennen, ist in seinen Augen offensichtlich gegen seine Person und gegen sein Recht, krank und deshalb schonungsbedürftig zu sein, gerichtet. Bei seinem Bruder stösst sein Widerwille gegen unser Konzept und unsere Bemühungen ihn in die Gruppe einzugliedern offenbar auf offene Ohren: zwei Wochen nach seinem Eintritt ins Wohnheim wird Mehmed von diesem wieder abgeholt. Die Situation ist nicht dramatisch - alle bleiben zurückhaltend höflich - und doch bleibt im Team das Gefühl zurück, in diesem Fall versagt und einem psychisch beeinträchtigten Menschen keine adäquate Hilfe geboten zu haben.

## Und jetzt?

Können aus den erwähnten Beispielen Schlüsse für die sozialpsychiatrische Betreuung von Menschen mit einem Mi-

## Pas si simple!

Compte-rendu d'expériences sur le thème migration et vie quotidienne d'un foyer.

Les concepts de proximité communautaire et de thérapie dans le milieu ainsi que le principe de normalité font partie des notions-clés de la psychiatrie sociale. Comment ceux-ci sont-ils mis en oeuvre dans la vie quotidienne avec des personnes souffrant psychologiquement et issues d'autres cultures? Quel rôle accordons-nous à l'origine d'un patient dans le cadre d'un traitement thérapeutique dans le milieu, est-ce celui d'un élément secondaire? Dans la vie quotidienne d'un foyer, l'appartenance culturelle d'un résidant était-elle située dans une sorte d'arrière-plan, à l'instar du diagnostic médical? À mon avis, il est souhaitable d'établir des relations sans préjugés, sans étiquettes, sans jugements de valeur et sans stigmatisations avec des personnes souffrant psychologiquement, quel que soit le diagnostic qu'elles ont et quel que soit l'environnement culturel dont elles sont originaires. Cependant, en quoi la compréhension mutuelle, qui constitue le principal moyen auxiliaire d'une prise en charge et d'un accompagnement, en n'est-elle pas influencée, et pas uniquement en raison des problèmes de langues, mais également en raison des différences de perceptions quant aux maladies psychiques et à leurs traitements? L'article qui suit présente des exemples concrets, qui illustrent la manière dont ces questions interviennent dans le quotidien d'un foyer et font émerger des défis auprès du personnel d'accompagnement.

grationshintergrund gezogen werden? Wohl kaum! Die Beispiele sind so gewählt, dass sie zum einen Einblick in eine Lebenswelt geben, welche für viele chronisch psychisch kranke Menschen Realität ist. Zum andern sollen sie dazu anregen, das Augenmerk vermehrt auf

## Non è così semplice!

Rendiconto di esperienze sul tema della migrazione e vita quotidiana di un foyer

I concetti di prossimità comunitaria e di terapia nell'ambiente, così come il principio di normalità fanno parte delle nozioni chiave della psichiatria sociale. Ma come sono tradotti in pratica nella vita quotidiana con persone sofferenti psicologicamente e provenienti da altre culture? Quale ruolo accordiamo all'origine di un paziente nel quadro di un trattamento terapeutico nell'ambiente, ed è questo un elemento secondario? Nella vita quotidiana di un foyer, l'appartenenza culturale di un residente è situata in una sorta di sfondo, a imitazione di una diagnosi medica? A mio avviso, è augurabile stabilire delle relazioni senza pregiudizi, senza etichette, senza giudizi di valore e senza stigmatizzazioni con delle persone affette da problemi psichici, indipendentemente dalla diagnosi e qualunque sia il loro ambito culturale di provenienza. Tuttavia in che misura la comprensione reciproca, che costituisce il principale mezzo ausiliario di una presa a carico e di un accompagnamento, non ne è influenzata, e non unicamente in ragione dei problemi di lingua, ma anche a causa delle differenze di percezione delle malattie psichiche e del loro trattamento? L'articolo che segue presenta degli esempi concreti, che illustrano la maniera con cui queste questioni intervengono nel quotidiano di un foyer e fanno emergere delle sfide per il personale d'accompagnamento.

die spezielle Situation zu richten, in denen sich diese Menschen im sozialpsychiatrischen Umfeld eines Heims befinden.

LIC. PHIL. YVONNE LÜDI;  
stv. Geschäftsleitung Stiftung Phönix Zug

# L'etica dell'accoglienza

**“In ogni separazione c'è un germe latente di follia”**

Goethe, *Viaggio in Italia*

La figura del migrante, clandestino o regolare, infrange schemi consolidati, modi di vedere e di pensare la realtà, evoca fantasmi e paure solo apparentemente sopite, fa scattare meccanismi sociali di difesa nelle nostre società in crisi.

Parlare d'immigrazione forse vuol dire anche confrontarsi con temi come il disagio psichico, il diritto alla sicurezza, la questione criminalità, il problema della diffusione della tossicodipendenza, ecc.

Jacques Derrida, in *Cosmopoliti di tutti i paesi ancora uno sforzo!*<sup>1</sup>, chiedendo a chiunque di coltivare l'etica dell'ospitalità, scrive: “con il pretesto di lottare contro un'immigrazione travestita da esilio o in fuga dalla persecuzione politica, gli Stati respingono sempre più spesso le domande di diritto d'asilo. Anche quando non lo fanno sotto la forma di una risposta giuridica esplicita e motivata, lasciano spesso che sia la polizia a fare la legge...”

È notizia di questi giorni che la Svizzera sembra volere adottare l'uso del Taser (scarica elettrica che immobilizza) per contrastare l'immigrazione clande-

stina. L'immigrazione in Svizzera, rinfrescano le autorità, sta provocando un aumento esponenziale dei crimini e dell'illegalità, pertanto sembra ci sia bisogno di misure drastiche come l'uso del Taser per bloccare i clandestini.

La compresenza, in uno stesso territorio, di una pluralità di culture, costituisce una sfida alla riflessione etica e giuridica in generale, in quanto evidenzia alcune differenze, sul piano delle concezioni del mondo e della vita (etiche, filosofiche religiose e culturali) e sul piano dei comportamenti (gli usi, i costumi e le tradizioni) che mettono alla prova la consistenza dei principi d'uguaglianza e di differenza (o diversità) nei limiti in cui la pretesa del diritto alla differenza o diversità deve comporsi con il principio universale dell'uguaglianza, proclamato nelle costituzioni nazionali e nei documenti internazionali (Costituzione federale della Confederazione Svizzera: art. 7, art.8).

Il primo principio che deve guidare la riflessione e la prassi etica deve essere quello del riconoscimento del rispetto dell'essere umano, indipendentemente dall'appartenenza etnica o culturale.

L'identità della cultura di appartenenza è un valore che va riconosciuto e compreso. Il rispetto dell'identità e della differenza culturale va compreso proprio sulla base del principio di uguaglianza.

Purtroppo i problemi nascono nel momento in cui ci si pone la domanda: “chi sono gli uguali, chi sono i diversi?”. Si scopre che spesso i criteri in base ai quali si raggruppano gli individui in uguali e diversi variano secondo i tempi, i luoghi, le ideologie, le concezioni etiche, religiose, ecc.

In passato l'emigrazione è stata considerata la manifestazione di una vera e propria patologia psichiatrica: “Si emigra perché si è già matti (pre-schizoidi), non si diventa matti perché si emigra”.<sup>2</sup> Il migrante era considerato dalla psichiatria ottocentesca “alienato mentale” in quanto diverso, estraneo per eccellenza.

L'unica soluzione possibile a tale patologia era considerata l'espulsione, il rimpatrio. L'immigrato era per la classe medico-psichiatra “un nemico irriducibile”, in quanto “soggetto di contestazione culturale”, i cui sintomi non “volevano” concordare con la nosografia ufficiale.

E nel nostro secolo cosa succede?

Le reazioni del gruppo ospite all'arrivo dell'immigrato possono essere diverse: nel caso in cui la comunità avrà, in qualche modo partecipato a questo arrivo l'accoglienza sarà positiva o,

<sup>1</sup> Jacques Derrida, *Cosmopoliti di tutti i paesi ancora uno sforzo!*, Cronopio, Napoli, 1997.

<sup>2</sup> Frigessi Castelnovo-Risso, 1982.

quantomeno privo di ostilità. Se, invece, il nuovo venuto irrompe senza preavviso, il gruppo potrà manifestare una reazione di allarme, come se dovesse prepararsi ad affrontare un possibile “attacco” da parte di un “nemico” di cui non si conoscono le intenzioni.

In alcuni casi, addirittura, la presenza dell’immigrato incrementa le ansie paranoide del gruppo ospitante, che vive il nuovo venuto in modo persecutorio, come un intruso che cerca di privare gli autoctoni dei propri legittimi diritti (lavoro, beni, conquiste sociali). Un tale atteggiamento di diffidenza è stato descritto molto bene da Kafka nel romanzo “Il Castello”: “Lei non è del Castello, non è del paese, non è nulla. Eppure anche lei è qualcosa sventuratamente, è un forestiero, uno che è sempre di troppo è sempre tra i piedi, uno che vi procura un mucchio di grattacapi...”<sup>3</sup>

Se vogliamo accogliere l’altro, dobbiamo fare i conti con sentimenti contrastanti che avvertiamo dentro di noi stessi e soprattutto con la nostra paura. Accolta la paura e con essa la possibilità di cogliere la radicale alterità dell’altro e la propria straneità, allora possiamo fare il passo successivo che è l’ascolto. Certo bisogna creare anche uno spazio libero da pregiudizi per instaurare un rapporto che conduce ad una migliore conoscenza reciproca.

### **E cosa possiamo scoprire ascoltando il nuovo venuto?**

Spesso un aspetto che accomuna i migranti è la perdita e la ricerca di una nuova identità. Non si tratta soltanto di una questione burocratica, di dati personali che mutano, ma di una ricerca da parte dello “straniero” di un nuovo modo di essere, che gli permetta di riconoscersi e di farsi riconoscere. L’uomo non essendo una monade solitaria e spaesata, necessita di relazioni con

l’ambiente e con altri uomini, con una lingua e con una storia comune per trovare una definizione di sé, una propria identità.

Tahar Ben Jelloun<sup>4</sup> ha mostrato che l’esperienza migratoria produce una destrutturazione della personalità, sempre dolorosa, a volte traumatica, e la ricerca di una nuova identità avviene con fatica. Lo straniero manifesta soprattutto il bisogno dell’inserimento. Il percorso di inserimento spesso è irto di difficoltà. Non dobbiamo dimenticare che, in genere, la radicalizzazione dell’identità culturale originaria è proporzionale alle difficoltà e ai rifiuti che si frappongono all’inserimento. Infatti, man mano che l’immigrato si inserisce, acquisisce una nuova identità che non è necessariamente la copia di quella del paese d’accoglienza, ma neppure il simulacro di quella del paese di origine. Ben Jelloun considera l’immigrazione una nuova forma di schiavitù e afferma che il problema principale per l’immigrato è quello di non essere considerato un uomo (“un essere con un’anima, uno spirito, un cuore, delle emozioni, dei desideri, e perché no, anche ricco di fantasia e di senso dell’umorismo”) dalla società che lo accoglie, ma mera forza lavoro.

Il filosofo Umberto Galimberti ha colto nel migrante i tratti della follia e della nostalgia, entrambe dovute allo spaesamento. Egli ha scritto: “Ma che cos’è la follia se non una figura di quella vita straniera che è una delle parole simbolo più espressive nella storia della vicenda umana per indicare chi proviene da altro luogo, e a quelli del luogo appare strano, non familiare, incomprendibile. Allo stesso modo il luogo che lo straniero si trova ad abitare è per lui estraneo e perciò carico di solitudine. Angoscia e nostalgia sono parte del destino dello straniero che, non conoscendo le strade del paese estraneo, girovaga sperduto. Se poi impara a conoscerle troppo bene, allora dimentica di essere

straniero, e si perde in un senso più radicale perché, soccombendo alla familiarità di quel mondo non suo, diventa estraneo alla propria origine. Nell’alienazione da sé l’angoscia sparisce, ma incomincia l’angoscia dello straniero che, dimenticando la sua estraneità, dimentica anche la sua identità recuperabile solo col riconoscimento dell’estraneità della dimora che abita e con la ripresa della nostalgia dell’origine.

Tutto ciò appartiene alla sofferenza dello straniero, ma anche alla sua eccellenza, perché la sua estraneità gli vieta di confondersi con gli altri e di disertare quella vita segreta, sconosciuta all’ambiente circostante e ad esso impermeabile, perché incomprendibile. Entrambi gli aspetti dello straniero: l’estraneità e la superiorità, la sofferenza e la differenza fanno di lui un essere che abita il mondo senza essere coinvolto, richiamato da un aldilà che disabita”<sup>5</sup>.

### **Cosa succede in Ticino?**

Da una ricerca svolta dal Centro di documentazione e ricerca dell’Organizzazione socio psichiatrica cantonale sul tema “Disagio psichico e utilizzo dei servizi psichiatrici pubblici da parte della popolazione straniera adulta del Canton Ticino”<sup>6</sup> emergono molti elementi su cui riflettere.

Nei percorsi di cura, la ricerca evidenzia come il ricorso ai servizi di psichiatria pubblica per gli svizzeri e gli stranieri, che hanno una situazione stabile, è dovuto principalmente a ragioni che si potrebbero definire come disturbi psichici. Per gli altri immigrati il problema che li ha portati a contattare la psichiatria pubblica è spesso legato ad aspetti di ordine più economico e sociale o a traumi provocati dall’esperienza della guerra nei paesi d’origine.

– > Pag. 36

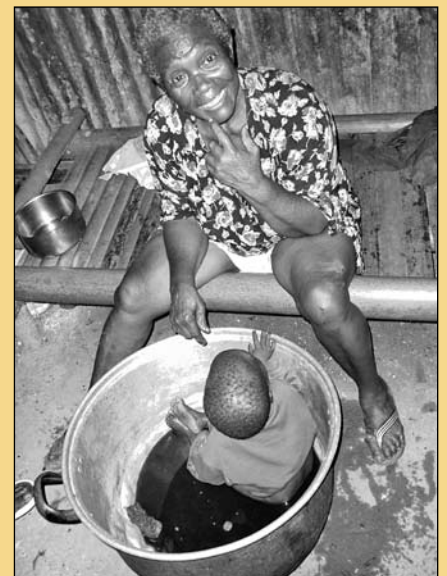
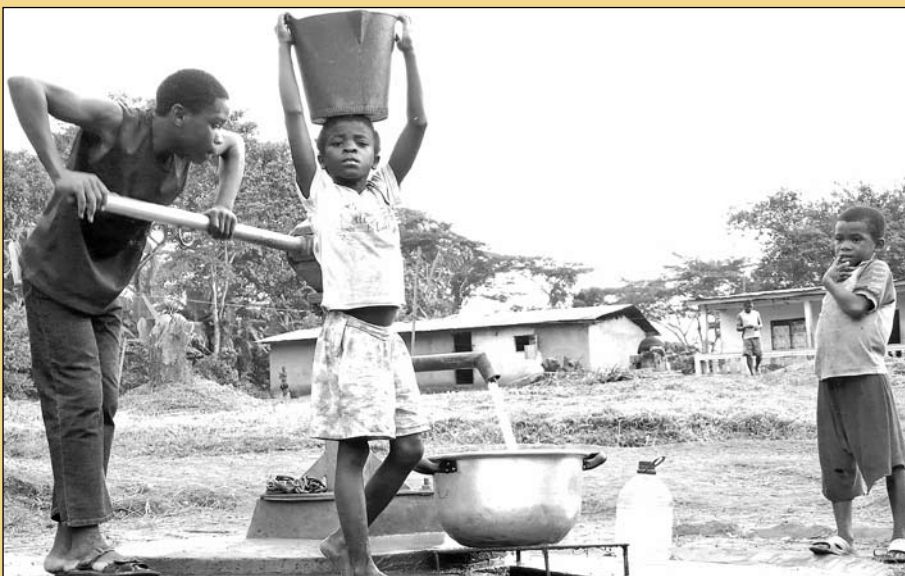
3 F. Kafka, *Il Castello*, Mondadori, Milano 1973.

4 Ben Jelloun Tahar, *l’estrema solitudine*, Bompiani, Milano 1999.

5 U. Galimberti, *Paesaggi dell’anima*, Mondadori, Milano 1996.



# IMPRESSIONEN AUS KAMERUN (SIEHE DOSSIER AB S. 47)



Oben: In einem «comité de santé» organisierte DorfbewohnerInnen pflegen die Umgebung ihres Gesundheitszentrums im Dorf Kamba.

Mitte links: Weniger als die Hälfte der Landbevölkerung Kameruns hat Zugang zu sauberem Trinkwasser. Im Rahmen der Coopération Cameroun-Genève-Jura wurden über 40 Wasserpumpen installiert.

Mitte rechts: Traditionelle Heilerin in Mfou behandelt ein an AIDS erkranktes Kind mittels Sitzbädern (im Jahr 2003 aufgenommen).

Unten: Eine im Rahmen des Programme de lutte contre les maladies chroniques (PLMC) der Coopération Afrique ausgebildete Krankenschwester gibt ihr Wissen über die Pflege des diabetischen Fußes an ihre Kolleginnen und Kollegen weiter. Alle Bilder: N. Labhardt





# Familien – alles bleibt, wie es nie war

16. Mai 2008 – 14. September 2008

Sonderausstellung im Schweizerischen Landesmuseum, Zürich

Im Laufe der Jahrhunderte sich die Familie immer wieder neuen Herausforderungen stellen müssen.

Im 18. Jahrhundert wird der Begriff «Familie» auf die engsten Verwandten angewendet, d.h. auf die Eltern und ihre Kindern. Zuvor bildete die sogenannte Hausgemeinschaft die Familie, zu welcher neben nicht verheirateten Verwandten auch Mägde und Knechte gehörten.

Im Zentrum der Ausstellung steht die Entwicklung der Familie in der Schweiz seit der Aufklärung. Sie präsentiert real existierende Familien in chronologisch angeordneten Zeitabschnitten.

Die Familien Bräker, Ramuz oder Hürlimann werden begleitet von weiteren Familien, die aus unterschiedlichen Regionen, Schichten und Milieus stammen. Die Ausstellung fokussiert auch auf das «Heute».

Das bürgerliche Familienideal der Aufklärung scheint erst nach dem zweiten Weltkrieg von einer grossen Mehrheit gelebt zu werden, jedoch gerät dies heute, bereits nach wenigen Jahrzehnten, ins Wanken.

Öffnungszeiten  
Dienstag bis Sonntag, 10 bis 17 h.  
Donnerstag, 10 bis 19 h, Feiertage geöffnet.  
Informationen zur Ausstellung und zum umfassenden Begleitprogramm auf:  
[www.familien.landmuseum.ch](http://www.familien.landmuseum.ch)

Gli svizzeri prendono contatto di loro iniziativa con i servizi psichiatrici più spesso che gli stranieri, che sono invece segnalati dalle strutture per rifugiati o dal medico generico. Quest'ultima figura professionale riveste un ruolo importante nei trascorsi di cura di tutti gli intervistati, ma gli svizzeri consultano anche lo psichiatra o lo psicologo privato, mentre gli stranieri hanno fatto spesso ricorso al pronto soccorso, all'ospedale generale e, in particolari i richiedenti d'asilo, agli operatori sociali.

In generale gli stranieri si rivolgono ad una minore varietà di figure professionali durante il loro percorso di cure.

La ricerca, nell'analizzare la rete di sostegno, evidenzia come gli svizzeri hanno più contatti con amici e familiari e fanno parte di associazioni, mentre gli stranieri che risiedono in Ticino da meno di sei anni e con una conoscenza minore dell'italiano frequentano prevalentemente persone dello stesso paese e il personale delle organizzazioni per stranieri.

La ricerca evidenzia anche altri aspetti. Ho voluto riportarne solo alcuni, oltre che per motivi di spazio, soprattutto per evidenziare quanto sia importante l'impatto sociale.

Per rispettare i principi etici citati, per garantire un'accoglienza adeguata è necessario non trascurare la formazione di chi opera nella psichiatria pubblica. La psichiatria sociale sicuramente grazie al suo sguardo d'insieme e non unidirezionale e anche per l'approccio multidisciplinare che caratterizza il suo operare potrà essere incisiva nella risposta a questo fenomeno.

PAOLO CICALÈ

Responsabile dell'ambulatorio infermieristico delle dipendenze di Ingrado-Lugano

## Zur Ethik des Empfangs

Migranten, ob legal oder illegal eingereist, verändern althergebrachte Muster, Denk- und Sichtweisen, aktivieren unbewusste Phantasien und lösen bei der ansässigen Bevölkerung soziale Abwehrmechanismen aus.

Ausgehend von der Anerkennung des Respekts für den Menschen unabhängig von seiner kulturellen und ethnischen Herkunft werden Überlegungen zu den Schwierigkeiten der Akzeptanz des Fremden sowohl von Seite der Migrantinnen und Migranten als auch von derjenigen der Aufnehmenden diskutiert.

Eine Studie des "Centro di documentazione" und der "Organizzazione socio psichiatrica cantonale" liefert wichtige Hinweise auf das Verhalten von Einheimischen und Migranten im Bezug auf den Umgang mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen und zeigt auf, wie wichtig die soziale Auswirkung dabei ist.

Die sozialpsychiatrische Haltung der Gegenseitigkeit und der Multidisziplinarität könnte hier einen wichtigen Beitrag liefern.

## Vers une éthique de l'accueil

Qu'ils soient arrivés légalement ou illégalement dans un pays, les migrants modifient de vieux modes de pensée et des schémas de perception, ils activent des fantasmes inconscients et déclenchent des mécanismes sociaux de défense auprès de la population indigène.

Partant du principe de la reconnaissance du respect de l'être humain, indépendamment de son appartenance culturelle et ethnique, l'article porte sur des réflexions en lien avec des difficultés dans l'acceptation de l'étranger, aussi bien du côté des migrants que de celui des accueillants.

Une étude du « Centro di documentazione » et de l'« Organizzazione socio psichiatrica cantonale » fournit d'importantes indications sur le comportement des personnes indigènes et migrantes dans l'usage des dispositifs psychiatriques et psychothérapeutiques et démontre l'impact des incidences sociales dans cette équation.

La posture de psychiatrie sociale de la réciprocité et de la multidisciplinarité pourrait y offrir des contributions considérables.

# Schwellenüberwindung: Aspekte stationärer Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund

An der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Baselland (KPK BL) sind jährlich rund 30% der ca. 1400 stationär behandelten Patienten Migranten. In diesem Beitrag werden einige migrationspezifische Behandlungsaspekte in Bezug auf sozialpsychiatrische Rahmenbedingungen und Interventionen an der KPK BL erläutert. Der Fokus liegt auf der beidseitigen Überwindung von Zugangsschwellen im Sinne eines Akkulturationsprozesses.

**Die häufigsten zentralen hinderlichen Schwellen in der stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Migranten:**

## 1. Eine zu hohe Zugangsschwelle zu den psychiatrischen Angeboten

Der Klinikeintritt bedeutet für sehr viele Migranten und Angehörige eine beschämende, kränkende Niederlage, da sie zuvor langjährig eine leistungsorientierte, äusserlich erfolgreiche Assimilation gelebt haben. Einerseits bewirkt der Krankheitszustand an sich eine Regression und oft den Verlust von sonst vorhandenen Sozialkompetenzen und Sprachfertigkeiten. Bei Migranten kommt hinzu, dass sie den Eintritt in die Klinik als beängstigend erleben, ungleich eines somatischen Spitalalltages verstehen sie ihre Erkrankung und den Psychiatriealltag nicht. Die stationäre Behandlung bedeutet so für viele Migranten auch wieder fremd und isoliert zu sein, versetzt sie subjektiv emotional zurück in ihre Einreisezeit. Je nach kulturellem Hintergrund, fehlendem Wissen oder Klischees über ihre Erkrankungen und psychiatrische Kliniken sind Kränkung, Verunsicherung und Trennung von der Familie zusätzlich Hemmnisse eingangs der stationären Behandlung.

## 2. Migrationsspezifische Anpassungsleistungen und Belastungen

Nebst den klinisch diagnostizierten Krankheiten (ICD-10 Codes) dominieren bei Migranten sehr häufig Probleme und

Folgen soziokultureller Entwurzelung, Selbst-/ Stigmatisierung, sozialer Desintegration und Isolation die Lebens- und Behandlungssituation. Auch muss zwischen verschiedenen Migrationsproblematiken unterschieden werden: Direkte Migrationsfolgen, kulturbedingte Selbst-/Identitätskonflikte und Akkulturationskrisen, sowie Krisen durch gefährdete Asylverfahren. Diese Aspekte sind nebst der unmittelbaren Krankheit als Dekompensationshintergründe in der Behandlung zu beachten.

## 3. Sprachlich bedingte Verständigungsgrenzen

## 4. Traditionelles Krankheits- und Behandlungsverständnis bei Migranten und Therapeuten

## 5. Fehlende einheitliche Behandlungsstandards und Richtlinien

Diese Umstände können den Zugang sehr dominieren, das nötige **kreative therapeutische Potential** stark einengen. Ein **Nichtbeachten** dieser Aspekte / Schwellenprobleme führt zu gegenseitiger Verunsicherung, Anspannung in der Behandlungssituation, und je komplexer und unübersichtlicher die Zusammenhänge sind, desto wahrscheinlicher sind Missverständnisse, Nichtansprechen auf die Therapie, Aggravation, Medizinalisierung und Chronifizierung.

**Welches sind nun erfahrungsgemäss wesentliche stationäre Möglichkeiten zur Überwindung der beschriebenen Schwellen?**

1. Die **sorgfältige Einführung, Gestaltung und Aufrechterhaltung eines vertrauensfördernden therapeutischen Binnenraumes**. Dies bezieht sich auf die Einzeltherapie, wesentlich aber auch auf die Abteilung und später die Klinik als Übungsfeld der psychosozialen Reintegration und Akkulturationsprozess. Die **Vertrautheit mit der Umgebung und den Personen sind Voraussetzung für dyna-**

mische Prozesse, brauchen gerade bei Migranten zusätzlich Zeit und Beziehungsarbeit. Im Rahmen des Abteilungsgeschehens werden Patienten durch ihr Kernteam (pflegerische Bezugsperson und Psychotherapeut) über die Abteilung und deren Strukturen informiert, dabei auch auf die milieutherapeutischen Angebote aufmerksam gemacht und in diese eingeführt.

2. **Kultursensibler Umgang durch geplanten Beizug von Dolmetschern / Mediatoren oder Sprache und Kultur vertrauten Mitarbeitern in Gespräche** ermöglicht einen direkten Zugang, wertet die Migranten auf; Schaffung der Chancengleichheit zur Therapie, Mediation im Sinne verständlicher Erklärung der Therapieschritte und Rückmeldungen zu kulturbedingten Wahrnehmungen, dahinter verborgenen individuellen Akkulturationskonflikten. Kultursensibel bedeutet aber auch **Eingehen auf die eigene Befremdung**; Unterscheidung zwischen Kultur, Migration und Krankheit bedingter Auffälligkeiten werden im Team gemeinsam weit ergiebiger besprochen, da auch in der Klinik ein grosser Teil der Kollegen anderen Kulturen entstammt und mit Migration vertraut ist.

3. **Kultursensible Therapieformen**: In der KPK Liestal wurden z.B. mit der Einführung einer therapeutisch geleiteten Tanzgruppe seit Beginn 2007, in der Frauen traditionelle Volkstänze aus ihrer Heimat selbst einbringen, sehr gute Genesung und Integration fördernde Erfahrungen gemacht. Auch Darstellungen in Ergo- und Kunsttherapie sind oft wesentliche Zugänge zum individuellen Geschehen.

4. Nicht zu unterschätzen ist, dass Migranten aus mediterranen, deutlicher aus „Balkanländern“, orientalischen und asiatischen Kulturen sich in **Gesundheit, Werten und Verhalten an einem kollektivistischen Subsystem nach tradierten Familiewerten und Hierarchien orientieren**. Dies in die Behandlung einbeziehen erweist sich als schwierig, da Fachpersonen oft nötigen kulturelle Kenntnisse und Erfahrungen fehlen und wir zu sehr an individualpsychologischen Behandlungskonzepten westlicher Industrieländer haften (**ethnozentrisch geprägter Zugang**). Die **Akzeptanz der zugeordneten Autoritätsrolle als Therapeut / Bezugsperson und die Beachtung der Angehörigen im Setting jenseits von direkten the-**



**rapeutischen oder diagnostischen Absichten** verstärken längerfristig in der Therapieentwicklung die Offenheit zur stationären und nachfolgenden Behandlung und die Reintegration in die Familien.

**Beispiel:** Ein 45-jähriger kurdischer Mann wird von seinem Hausarzt zur Krisenintervention aufgrund ernsthafter Suizidabsicht bei zunehmend depressiver Entwicklung und Alkoholabusus eingewiesen. Er ist auf Abteilung zunächst sehr zurückgezogen und verschlossen. Aus Angst eines Gesichtsverlustes vor seinen Kindern und der Ehefrau wegen seiner psychischen Erkrankung lehnt er alle Kontakte oder Besuche ab, benützt die Notlüge er sei „neuer Mitarbeiter im Spital“. Mit der Frage an ihn, ob die Kinder einen unehrlichen Vater längerfristig mehr als Vorbild respektieren als einen erkrankten, beginnt eine wesentliche Annäherung zur abgespaltenen Familie an Wochenendbesuchen. In der Therapie und im Abteilungsleben wird der Patient zugänglicher und entspannter, sucht aktiv nach Lösungen.

Weiter bewirken kurze regelmässige Rückmeldungen an Ehepartner bzw. erwachsene Töchter /Söhne zur Therapie eine grössere Offenheit gegenüber der Behandlung; der geschaffene Binnenraum wird nicht als bedrohlich besetzt, Kindsbetreuung familiär organisiert, künftige Krisen eher stationär überwunden.

**5. Integrierende und gleichzeitig niederschwellige Therapiegefässe:** Die wöchentliche Inforunde (15 Minuten) und Abteilungsversammlungen (2 wö. zu 45 Minuten) konzentrieren sich auf das Alltagsgeschehen und Zusammenleben auf der Abteilung. Die Erfahrung zeigt, dass gerade Migranten, trotz starker Kommunikationseinschränkung, im Verlauf der stationären Behandlung sich sehr an diesen Gruppen orientieren. Gerade Menschen aus kollektivistischen Kulturen vermeiden Gruppen zunächst aufgrund ihrer Unsicherheit, besetzen sie aber sehr hoch, partizipieren auch bei stark quälenden Krankheitszuständen. Dies betrifft auch gemeinsame Mahlzeiten, Spaziergänge etc.! Gelebte Zugehörigkeit und Zusammengehörigkeit, der Informationsaustausch und das Reden über gemeinsam Erlebtes oder Erlebbares sind wesentliche **milieutherapeutische Aspekte**.

**Beispiel:** Ein 50-jähriger türkischer Mann wird aufgrund ambulanter und familiär nicht mehr tragbarer schwerer

Depression, somatoformer Schmerzproblematik, hypochondrischen Ängsten vor Herzversagen und Suizidalität in der Klinik eingewiesen. Gemeinsame Absprachen zwischen Patient, seinem Kernteam, dem ambulanten Therapeuten, unter Beizug eines Dolmetschers, bewirken, dass er trotz seiner sehr schlechten in sich gekehrten Verfassung von Beginn an den milieutherapeutischen Angeboten teilnimmt. Zunächst orientiert er sich an seiner Bezugsperson, lässt sich begleiten, ab der zweiten Woche schliesst er sich schweigend den anderen Patienten an.

**6. Die Orientierung an der Gruppe** wird auch bei der Einführung in höherschwellige Therapien nutzbar: Haben Patienten angefangen sich an Gruppenteilnehmern zu orientieren, motivieren sie sich oft gegenseitig zur Teilnahme an weiteren Gruppenangeboten, auch wenn diese deutlich höhere Anforderungen an sie stellen. Dabei zeigen sie oft starke, hilfreiche Kompetenzen.

**Zum 1. Beispiel:** Im Gegensatz zum in sich gekehrten, Kontakt vermeidenden Alltagsverhalten und der zähen Beständigkeit depressiv-somatoformer Symptomatik meldet er sich an der Inforunde für eine Wochenaufgabe (Ämtli), übernimmt diese sehr gewissenhaft. So wird er im Abteilungsallday von den Mitpatienten und vom Abteilungsteam wahrgenommen, zeigt jenseits sehr begrenzter Sprache aktive Teilnahme. Positive Rückmeldungen aus der Abteilung bestärken ihn; er sitzt in der therapiefreien Zeit mit anderen Patienten zusammen und kann trotz grosser Versagensängste und Unverständnis für die Ergotherapie dem „Probieren“

## Des seuils à surmonter.

Quelques aspects du traitement stationnaire de patients ayant un arrièrepian migratoire.

Environ 30% des 1400 patients soignés de manière stationnaire à la clinique psychiatrique cantonale de Bâle-Campagne (KLK BL) sont des migrants. Dans cet article, l'auteur évoque quelques aspects spécifiques aux traitements des patients migrants en les reliant aux conditions-cadres de la psychiatrie sociale et des interventions pratiquées à la KLK BL. L'accent est mis sur le dépassement mutuel de quelques seuils d'accès à l'autre, dans le sens d'un processus d'acculturation.

zustimmen, da ein weiterer ihm vertrauter, auch fremdsprachiger Mitpatient den gleichen Schritt macht. Auch fragt er nach der Teilnahme an die 2 X wö. durchgeführte psychotherapeutisch-pflegerisch geleitete Gesprächskleingruppe, wird in dieser zum tragenden Teilnehmer!

**2. Beispiel:** Ein 47-jähriger portugiesischer Ehemann mit langjähriger schwerer Alkoholabhängigkeit, Folgeschäden und massivster Familienzerrüttung zeigt nach stationärem Entzug trotz sehr einfachem Deutsch unter den Mitpatienten grosse Aufmerksamkeit, hilft ihnen, sorgt im Ess- und Pausenraum für Ordnung und Sauberkeit. Der Einbezug dieser Umgangsstärken führt im Behandlungsverlauf trotz skeptischer Haltung wegen geringer Sprachkompetenz zur Sicherung eines unbefristeten geschützten Arbeitsplatzes; er überzeugt und reintegriert sich durch seine Arbeit.

**Fazit:** Die stationäre Behandlung sollte bei Migranten als Akkulturationsprozess betreffend Umgang mit Krankheit und Zugehörigkeit verstanden, die Klinik als therapeutischer Binnenraum und kultursensibel gestaltet und erklärt werden. Nebst der individuellen und krankheitsspezifischen Behandlung bestimmen und fördern das Milieu, Gruppenorientierung und darin eingebundene Entfremdungsprozesse der Migranten die Behandlungsverläufe massgebend.

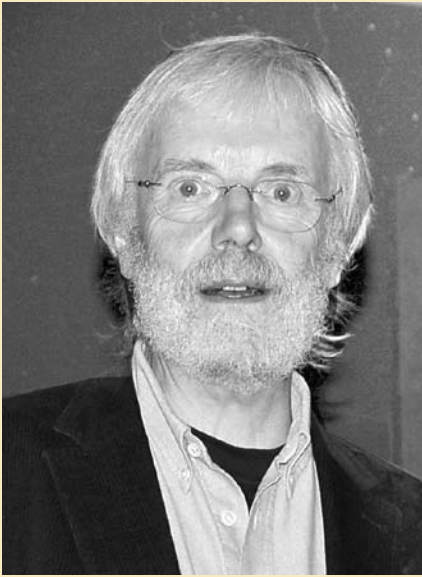
DR. PHIL. DIPANKAR DAS  
Klinischer Psychologe/ Psychotherapeut FSP.  
Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal /Baselland. Mail: dipankar.das@kpd.ch

## Le soglie da oltrepassare:

aspetti del trattamento residenziale di pazienti con un vissuto di migrazione.

Circa il 30% dei 1400 pazienti curati in maniera residenziale nella clinica psichiatrica cantonale di Basilea-Campagna (KLK BL) sono dei migranti. In quest'articolo l'autore evoca alcuni aspetti specifici del trattamento dei pazienti migranti ricollegandoli alle condizioni quadro della psichiatria sociale e degli interventi praticati alla KLK BL.

L'accento è posto sul reciproco oltrepassare delle soglie di accesso all'altro, nel senso di un processo di acculturazione.



## Wir gratulieren Markus Brandenberger

An der Jahresversammlung vom 16. November 2007 wurde Markus Brandenberger zum Ehrenmitglied der SGSP ernannt.

Den Älteren unter uns ist Markus durch seine langjährige und engagierte Arbeit in unserer Gesellschaft ein Begriff, für die Jüngeren soll er hier kurz vorgestellt werden.

Markus hat den Sozialpsychiatrischen Verein Zürich Oberland massgeblich gestaltet und über viele Jahre geleitet. In unserer Fachgesellschaft war er ein aktives Mitglied im Vorstand und er hat bei seiner Arbeit in diesem ärztlich dominierten Gremium die Anliegen der „anderen“, das heisst der Mehrzahl unserer Mitglieder vertreten. Er wirkte als Anwalt und Sprecher der vielen Fachpersonen, die von unterschiedlichen Ausbildungen herkommend, die uns anvertrauten Psychischkranken aus der Nähe und ohne den Schutz eines Respekt einfordernenden akademischen Titels betreuen. Jener Fachpersonen, die bei Akuterkrankten Intensität und Bedrohung durch Anspannung, bei Langzeiterkrankten den Zustand von Antriebslosigkeit und Resignation aushalten und therapeutisch umgestalten müssen.

Sehr wichtig waren für unsere Gesellschaft auch die fundierten Kenntnisse, die sich Markus im Bereich der Sozialversicherung erworben hatte. Unsere sozialpsychiatrische Arbeit findet ja zumeist

im therapeutisch-rehabilitativen Bereich statt und sie hat nur dann Aussicht auf Erfolg wenn wir die Leistungen der Kranken – und der Sozialversicherung zum Wohle der erkrankten Menschen optimal nutzen können.

Wir danken Markus Brandenberger für seine wertvolle Mitarbeit in unserer Gesellschaft und wünschen uns noch viele Begegnungen mit ihm als unserem neuen Ehrenmitglied.

HERBERT HEISE

## Nous félicitons Markus Brandenberger

Lors de l'assemblée générale annuelle du 16 novembre 2007, Markus Brandenberger a été élu membre d'honneur de la SSPS.

Pour les plus anciens parmi nous, Markus est devenu une référence grâce à son travail engagé et de longue date, il est brièvement présenté ici à l'intention des plus jeunes. Markus a considérablement contribué au développement de l'association de psychiatrie sociale de Zürich Oberland, association qu'il a également dirigée pendant plusieurs années. Il a été un membre actif du comité de notre société professionnelle, et dans le cadre de son travail au sein de cette instance à prévalence médicale, il représente les préoccupations des „autres“, soit de la majorité de nos membres. Il agissait en tant qu'avocat et porte-parole des nombreux professionnels, qui sont issus de formations diverses et qui accompagnent les patients psychiques qui nous sont confiés, dans la proximité et sans la protection du respect dû à un titre académique. Ces professionnels doivent en effet supporter et réorganiser thérapeutiquement l'intensité et la menace tensionnelles des patients aigus ainsi que le manque de motivation et la résignation des patients chroniques. Les connaissances fondées que Markus s'était employé à acquérir dans le domaine des assurances sociales furent également très précieuses pour notre société. Notre travail de psychiatrie sociale se déroule la plupart du temps dans le domaine de la réhabilitation thérapeutique et sa perspective de succès n'est effective que dans la mesure où nous pouvons utiliser de manière optimale et pour le bien des patients les prestations des assurances-maladie et sociales.

Nous remercions Markus Brandenberger pour sa précieuse collaboration au sein de notre société et nous nous souhaitons d'avoir encore de nombreuses occasions de le rencontrer en tant que nouveau membre d'honneur.

## Ci felicitiamo con Markus Brandenberger

Durante l'assemblea generale annuale del 16 novembre 2007, Markus Brandenberger è stato designato membro d'onore della SSPS.

Per i più anziani di noi Markus è diventato un riferimento grazie al suo lavoro impegnato e di lunga data ed è presentato qui a favore dei più giovani.

Markus ha contribuito considerevolmente allo sviluppo dell'associazione di psichiatria sociale di Zurigo Oberland, associazione che ha anche diretto per diversi anni. È stato un membro attivo del comitato della nostra società e, nel quadro del suo lavoro in seno a quest'istanza a prevalenza medica, ha rappresentato le preoccupazioni degli „altri“, cioè della maggioranza dei nostri membri. Ha agito in quanto avvocato e portavoce dei numerosi professionisti di diversa formazione che accompagnano i pazienti psichici che ci vengono affidati e che li seguono da vicino senza la protezione del rispetto dovuto a un titolo accademico. Questi professionisti devono infatti sostenere e riorganizzare terapeutamente l'intensità e la possibile minaccia dei pazienti acuti, oltre che la mancanza di motivazione e la rassegnazione dei pazienti cronici. Le conoscenze che Markus si era impegnato ad acquisire nel campo delle assicurazioni sociali sono state ugualmente preziose per la nostra società. Il nostro lavoro di psichiatria sociale si sviluppa per la maggior parte del tempo nell'ambito della riabilitazione terapeutica e la sua prospettiva di successo non è effettiva che nella misura in cui possiamo utilizzare in maniera ottimale e per il bene del paziente le prestazioni di assicurazioni malattia e sociali.

Ringraziamo Markus Brandenberger per la sua preziosa collaborazione all'interno della nostra società e ci auguriamo di avere ancora numerose occasioni di incontrarlo in quanto nuovo membro d'onore.

## Bericht aus dem Zentralvorstand

Vernetzungsarbeit – disziplin- und bereichsübergreifende Zusammenarbeit im Engagement für psychisch kranke Menschen und psychische Gesundheit gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die Förderung psychischer Gesundheit ist nicht nur Aufgabe verschiedenster Disziplinen, sondern erfordert eine vermehrte Sensibilisierung und die Zusammenarbeit mit Fachpersonen und Laien im familiären, schulischen, beruflichen und öffentlichen Umfeld – vom Kindergarten bis zur Polizei. Im letzten Herbst bildete sich das „Aktionsbündnis Psychische Gesundheit“, an dem die SGSP neben Fachorganisationen aus Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialarbeit sowie weiteren Organisationen von Fachpersonen, Angehörigen und der Selbsthilfe beteiligt ist. Im Zentrum steht dabei die Forderung nach aktiven Massnahmen zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen. Das Aktionsbündnis will geeignete politische Entscheide und Projekte vor allem auf Bundesebene initiieren und unterstützen. (Info z.B: [www.avenirsocial.ch/de/cm\\_data/ErklaerungSept07.pdf](http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/ErklaerungSept07.pdf)). Angesichts dieser vielfältigen neuen Vernetzungen und der Gründung neuer Fachgesellschaften diskutierte der ZV an seiner letzten Sitzung auch angeregt Aufgabe und Funktion der SGSP auf dem Hintergrund der Veränderungen der Schweizer Psychiatrie. In diesem Zu-

## Rapport du comité central

Le travail de réseaux ainsi que la collaboration transdisciplinaire et multidimensionnelle gagnent toujours davantage en importance dans le domaine de l'action en faveur des personnes souffrant de maladies psychiques et du maintien de la santé psychique. La promotion de la santé psychique est une tâche qui ne relève pas uniquement de disciplines très diverses, elle nécessite également un travail croissant de sensibilisation et de collaboration avec des professionnels et des profanes agissant dans l'environnement familial, scolaire, professionnel et public, s'étendant du jardin d'enfants jusqu'à la police. L'automne dernier s'est constituée « l'alliance d'action pour la santé psychique », à laquelle participe la SSPS aux côtés d'organisations faitières du domaine de la médecine, des soins, de la psychologie et du travail social ainsi que diverses organisations de professionnels, de proches et de l'entraide. Au centre des préoccupations communes se situe la revendication de mesures actives en vue d'une dé-stigmatisation des personnes souffrant de maladies psychiques. L'alliance d'action entend initier et soutenir des décisions et des projets politiques adaptés, en particulier au niveau fédéral. ( Infos, p.ex. sur [www.avenirsocial.ch/de/cm\\_data/ErklaerungSept07.pdf](http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/ErklaerungSept07.pdf)). La création de nombreux nouveaux réseaux et de nouvelles

## Rapporto del comitato centrale

Il lavoro di rete, insieme alla collaborazione transdisciplinare e multidimensionale, acquista importanza nel campo dell'azione a favore delle persone che soffrono di malattie psichiche e del mantenimento della salute psichica. La promozione della salute psichica é un compito che non solo dipende da discipline molto diverse e ma necessita anche di un lavoro crescente di sensibilizzazione e di collaborazione, con professionisti e profani che agiscono in ambito familiare, scolastico, professionale e pubblico, che si estende dal giardino d'infanzia fino alla polizia. Lo scorso autunno si é costituita « un'alleanza d'azione per la salute psichica » alla quale ha partecipato la SSPS a fianco di organizzazioni professionali dell'ambito della medicina, delle cure, della psicologia e del lavoro sociale, oltre che diverse altre organizzazioni di familiari e di reciproca assistenza. Al centro delle preoccupazioni si è situata la rivendicazione di misure attive in vista di una destigmatizzazione delle persone che soffrono di malattie psichiche. L'alleanza d'azione intende iniziare e sostenere decisioni e progetti politici adatti, in particolare a livello federale. Informazioni v. [www.avenirsocial.ch/de/cm\\_data/ErklaerungSept07.pdf](http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/ErklaerungSept07.pdf)

La creazione di numerose reti e nuove organizzazioni professionali, oltre al contesto globale dei cambiamenti attuali della psichiatria svizzera, hanno



sammenhang gab Dr. Holger Hoffmann einen informativen Überblick über aktuelle Themen sozialpsychiatrischer Forschung. Besonderes Interesse fand dabei das Thema „Trans-Institutionalisierung“, d.h. die Fragestellung, inwieweit neben dem Abbau psychiatrischer Betten sich eine wenig bemerkte „Reinstitutionalisierung“ abzeichnet, bei der psychisch kranke Menschen vermehrt in anderen Institutionen (somatischen und psychosomatischen Kliniken, Privatspitälern und kommerziellen Pensionen) aber auch in der Forensik (Gefängnissen) untergebracht werden. Unbestritten war für den ZV, dass die berufsübergreifende sozialpsychiatrische Weiterbildung eine wesentliche Aufgabe der SGSP bleibt, während sich gleichzeitig abzeichnet, dass im Rahmen der neuen schweizerischen Bildungssystematik seitens der grossen Bildungsanbieter vor allem auf Fachhochschulstufe ein wachsendes Angebot zur berufsspezifischen Aus- und Weiterbildung gemacht wird. Angestossen von der Tessiner Sektion nahm der ZV vom WHO-Bericht zu „Mitarbeitenden und Weiterbildung im Bereich psychischer Gesundheit“ Kenntnis. Mit zunehmender Integration psychisch erkrankter Menschen in die Gemeinschaft (Community) und wachsender Sensibilisierung für Gefährdungen psychischer Gesundheit werden vermehrt auch Menschen aus Nicht-Gesundheitsberufen entsprechender Weiterbildung bedürfen (Schulen, Hauspflege, öffentliche Dienste etc.). Die Verantwortlichen der Weiterbildungsangebote der SGSP (ZASP/FSPS) werden diskutieren, inwieweit sie sich zunehmend für diese Grenzbe- reiche öffnen wollen.

Eine konkrete politische Stellungnahme traf der ZV – so wie bereits die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychiatrie - zugunsten der Volksinitiative „Für den Schutz gegen Waffengewalt“. Er lädt alle Mitglieder ein, die Initiative zu unterzeichnen und Unterschriften zu sammeln ([www.schutz-vor-waffengewalt.ch](http://www.schutz-vor-waffengewalt.ch)).

organisations professionnelles ainsi que le contexte global des changements actuels de la psychiatrie suisse susciteront des discussions animées sur la mission et le rôle de la SSPS, lors de la dernière séance du comité central. En lien avec cette question, Holger Hoffmann apporte un éclairage informatif sur les thèmes d'actualité dans le domaine de la recherche en psychiatrie sociale. Le thème de la « trans-institutionnalisation » rencontre un écho particulièrement intéressé et un questionnement à vérifier dans quelle mesure, à côté de la suppression de lits en psychiatrie, se développerait, de manière moins marquée, un processus de « ré-institutionnalisation » et par lequel des personnes souffrant de maladies psychiques seraient de plus en plus fréquemment placées dans d'autres types d'institutions (cliniques somatiques et psychosomatiques, hôpitaux privés et pensions commerciales) et dans des structures médico-légales (prisons). Le comité central se déclare unanime à considérer la formation continue et interdisciplinaire de psychiatrie sociale comme une tâche essentielle de la SSPS, tandis que dans le cadre du développement général des systèmes de formation suisse, on observe que les grands fournisseurs de formation, et plus particulièrement les hautes écoles, développent quant à elles, des offres croissantes de formations permanentes et continues ciblées davantage sur des professions spécifiques. Interpellé par la section tessinoise, le comité central a pris connaissance du rapport de l'OMS « Collaboration et formation continue dans le domaine de la santé psychique ». Avec le développement de l'intégration dans la communauté des patients psychiques (community) et celui de la sensibilisation aux menaces pesant sur la santé psychique, des besoins de formation continue sont également de plus en plus manifestes chez des personnes travaillant dans d'autres domaines que celui de la santé (écoles, soins à domicile, services publics, etc...). Les responsables des offres de formation continue de la SSPS (ZASP, FSPS) discuteront donc de la per-

suscitato discussioni animate sulla missione e il ruolo della SSPS durante l'ultima seduta del comitato centrale. In relazione a questa questione, Holger Hoffmann ha apportato un chiarimento informativo sui temi di attualità nel campo della ricerca in psichiatria sociale. Il tema della « trans-istituzionalizzazione » ha trovato un'eco particolarmente interessata: la questione è se, oltre alla soppressione di letti in psichiatria, si svilupperà in maniera meno marcata, un processo di « istituzionalizzazione » con il quale le persone sofferenti di malattie psichiche saranno sempre più spesso collocate presso istituzioni d'altro tipo (cliniche somatiche e psico-somatiche, ospedali privati e pensioni commerciali) e nelle strutture medico-legali (prigioni).

Il comitato centrale si è dichiarato unanime nel considerare la formazione continua ed interdisciplinare della psichiatria sociale come un compito essenziale della SSPS, mentre nel quadro dello sviluppo generale del sistema di formazione svizzero, si è osservato che i grandi fornitori di formazione, specialmente le alte scuole, sviluppano delle offerte crescenti di formazione permanente e continua centrate soprattutto su professioni specifiche.

Interpellati dalla sezione ticinese, il comitato centrale ha preso visione del rapporto dell'OMS « Collaborazione e formazione continua nell'ambito della salute psichica ». Con lo sviluppo dell'integrazione dei pazienti psichici nella comunità (community) e quello della sensibilizzazione verso le minacce che pesano sulla salute psichica, i bisogni di formazione continua sono ugualmente sempre più evidenti tra il personale occupato in ambiti diversi da quello sanitario (scuole, aiuto familiare, servizi pubblici, etc.) I responsabili delle offerte di formazione continua della SSPS (ZASP, FSPS) discuteranno quindi dell'opportunità di aprirsi anche a questi nuovi ambiti.

Il comitato centrale ha adottato una posizione politica concreta, come la società svizzera di psichiatria e di psicoter-

Kooperation wird auch die kommenden Jahrestagungen der SGSP prägen. 2008 wird die SGSP Partnerin der Stiftung Pro Mente Sana sein, die am 27./28. November 2008 in Biel ihr 30-jähriges Bestehen feiert. Im kommenden Jahr wird die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ihren Jahreskongress in Genf gemeinsam mit der SGSP durchführen.

THOMAS RÜST

tinance à s'ouvrir également à ces nouveaux domaines frontières.

Le comité central adopta un positionnement politique concret, à l'instar de la société suisse de psychiatrie et de psychothérapie, en faveur de l'initiative populaire « Pour la protection face à la violence des armes ». Il invite tous les membres à signer l'initiative et à récolter des signatures ([www.schutz-vor-waffengewalt.ch](http://www.schutz-vor-waffengewalt.ch)).

La prochaine journée annuelle de la SSPS sera également placée sous le thème de la coopération. En 2008, la SSPS sera partenaire de la Fondation Pro Mente Sana, qui fêtera son 30ème anniversaire, les 27 et 28 novembre prochains à Bienne. Enfin, l'année prochaine, la société suisse de psychiatrie et de psychothérapie organisera son congrès annuel à Genève, en collaboration avec la SSPS.

THOMAS RÜST

pia, in favore dell'iniziativa popolare « Per la protezione dalla violenza perpetrata con le armi » e invita tutti i membri a firmare l'iniziativa e a raccogliere le firme ([www.protection-armes.ch](http://www.protection-armes.ch)).

La prossima giornata annuale della SSPS sarà anch'essa dedicata al tema della cooperazione. Nel 2008 la SSPS sarà partner della fondazione Pro Mente Sana che festeggerà il suo trentesimo anniversario, il 27 e il 28 novembre prossimo a Bienne. Infine, l'anno prossimo, la società svizzera di psichiatria e psicoterapia organizzerà il suo congresso annuale a Ginevra, in collaborazione con la SSPS.

THOMAS RÜST

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

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

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

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

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



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

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

Adresse / PLZ / Ort:

E-Mail oder Fax:  Tel.:

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

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

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

Sekretariat der SGSP, c/o BFK, Spital, 3600 Thun  
 Sekretariat SSPS, Service de consultation, Rue de l'hôpital 14, 1920 Martigny  
 Società Svizzera di psichiatria Sociale, residenze Betulla 12, 6595, Riazino

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

Yvonne Lüdi, lic. phil. Geschäftsleitung  
 Stiftung Phönix, Zug  
 Stefan Kunz, Dozent Hochschule für  
 Gesundheit, Freiburg  
 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](mailto:ruth.waldvogel@bluewin.ch)