Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 21 (1985)

Heft: 3

Artikel: Den ganzen Menschen behandeln!

Autor: Briner, Frederik

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930098

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 18.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Den ganzen Menschen behandeln!

Dr. phil. Frederik Briner, Windisch

Situation der Physiotherapie

Dem Physiotherapeuten wird ein Patient zugewiesen mit dem Auftrag, ein Knie, eine Schulter, ein Gelenk zu behandeln, zu mobilisieren. In nicht wenigen Fällen erwartet der Patient auch Zuwendung, Streicheleinheiten, Gespräch, Verständnis, also ganzheitlich ernstgenommen zu werden. Wohl möchte er, dass sein körperlicher Gesundheitszustand wieder hergestellt wird. Häufig – und besonders bei psychosomatischen Patienten – ist aber auch ein Defizit im sozialen, mitmenschlichen Bereich festzustellen. Dann beginnt der Patient zu erzählen, zu sprechen, seine Sorgen darzulegen. Vielleicht, weil der Physiotherapeut kein Angehöriger der sogenannten Psychoberufe (Psychiater, Psychologe, Psychotherapeut) ist, denn die Psychoangst, die Angst als «verrückt» eingestuft zu werden, ist bekanntlich noch in allen Bevölkerungsschichten weit verbreitet. Mancher Physiotherapeut reagiert mit Ratlosigkeit oder Hilflosigkeit auf die Ansprüche des Patienten nach Zuwendung, sei es non-verbal, zum Beispiel in Form von Massage, oder verbal, im Gespräch.

Reaktionen

Was tut der Physiotherapeut in dieser Überforderungssituation? Er wendet sich dem «Knie» zu, erfüllt auftragsgemäss das, was ihm vom Arzt übertragen wurde. Er mobilisiert das immobile Körpergelenk. Mitunter ärgert er sich auch. Er fühlt sich ausgenützt, wenn er den Verdacht hegt, der Patient benutze das Symptom als Vorwand, um Zuwendung zu bekommen.
Mitunter werden auch Gespräche geführt, doch hören wir immer wieder, dass sich Physiotherapeuten im Gespräch unsicher fühlen, teils inkompetent, teils überfordert. Wie weit darf das Gespräch führen im Rahmen der legalen Berufsausübung? Wo sind die Grenzen, um sicherzustellen, dem Patienten nicht zu schaden?

Lösungen

Die Zuwendung zum immobilen Körperteil, zum vom Arzt verordneten Auftrag, ist die klassische Reaktion. «Wie kann ich den Ärger darüber loswerden, dass ich mich ausgenützt fühle?» Es müsste ein Stück Selbsterfahrung geschehen, so dass der Physiotherapeut bewusst wahrnimmt, weshalb der Patient einen Umweg sucht, um das zu erhalten, was er sich eigentlich wünscht. Um Gespräche kompetenter führen zu können, gibt es die Möglichkeit, eine Gesprächs- oder Gesprächstherapie-Ausbildung zu durchlaufen. Der Physiotherapeut, welcher in seiner Arbeit mit dem und am Körper des Menschen kompetent ist, könnte durch eine Gesprächstherapie-Ausbildung sein Defizit auffüllen: Er wird sich sicherer fühlen mit dem umzugehen, was der Patient an Sorgen, Nöten und Bedürfnissen äussert. Vielleicht stehen dann aber zwei unverbundene Kompetenzbereiche nebeneinander. In der Körperzentrierten Psychotherapie wird ein integrativer Ansatz angeboten, indem aus dem Gespräch hin zur Körperarbeit, von der Körperarbeit zum Gespräch ein prozessorientiertes Verfahren erlernt wird. Beide Fertigkeiten sollen ineinander greifen, integriert werden.

Die Körperzentrierte Psychotherapie ist entstanden, um die Mängel des reinen Gesprächs- und analytischen Therapierens aufzufüllen. In der klassischen Psychotherapie befasst sich der Therapeut eigentlich nur mit den «Sprechblasen» des Patienten; Körpersignale und Körpersprache sind ebenso bedeutend, vor allem auch die Beachtung von Widersprüchen in Sprache und Körpersprache. In Körperzentrierter Therapie und -Psychotherapie gehören neben der Gesprächsführung auch ganzheitliche Wahrnehmungsfähigkeit, Körper- und Bewegungsarbeit, Zentrierung und Eutonisierung zum therapeutischen Wissen und Können. Es wird einzeln und mit Gruppen angewandt. Während der Weiter- und Zusatzausbildung der Physiotherapeuten in Körperzentrierter Therapie bekommt der Auszubildende selbst ab und zu eine «Behandlung», um so als «Leidender» wieder zu erfahren, wie die Behandlung eigentlich ankommt, erlebt wird. Nach unserer Erfahrung holt sich dies der Physiotherapeut selten, obwohl er ein starkes Bedürfnis darnach in sich trägt. In dieser Fortbildung wird *non-verbale* Kompetenz gefördert, indem die eigene Anfassqualität (wieder einmal) überprüft wird, und auch die *verbale,* indem Gespräche mit dem Patienten trainiert und gefördert werden. Besonders wichtig ist dabei der Atem des Patienten als Diagnostikum, umfassen doch Atemformen seelische wie leibliche Phänomene in ihrem Zusammenwirken. Der Physiotherapeut soll kompetenter, sicherer und ruhiger reagieren auf das, was der Patient *sagt,* auf das, was durch Bewegungs- und Körperarbeit an Verbalem hervorgeholt wurde. Zudem soll er Techniken lernen, die das Gesprochene zurückführen auf die Körperebene, nicht jedoch nur auf der Mobilisierungsebene, wo der Physiotherapeut bereits seine Kompetenz hat. Übungen zur psychischen Problematik des Patienten werden gezielt eingesetzt, z.B. um dem Aggressionsgehemmten oder dem Depressiven oder dem psychosomatisch Reagierenden ganzheitlicher zu helfen. Wir möchten das Selbstvertrauen des Physiotherapeuten stärken, ohne dass er sich als «Schmalspur-Psychotherapeut» zu fühlen braucht. Er soll mehr Selbstvertrauen gewinnen, um den Menschen ganzheitlicher zu helfen. Jeder Arzt weiss, dass es bedeutend leichter ist, einen Patienten zu einer Physiotherapie, zu einer Körperbehandlung zu überweisen als zu einem Psychotherapeuten, sei er nun Psychiater, nicht-ärztlicher Psycho-

therapeut oder beratender Psychologe.
Körperbehandlungen veranlassen in einer geborgenen Atmosphäre in der Regel den Patienten zum Reden. In dieser Kontakt- und Körperarbeit wird viel Vertrauen rasch aufgebaut. Wenn der Patient schon bereit ist, Vertrauen zu fassen und über seine Probleme zu sprechen, sollte der Physiotherapeut die Chance nützen, auf der Gesprächs- und Verständnisebene dem Patienten ganzheitlicher zu helfen. Dies setzt voraus, dass er das Selbstvertrauen und die notwendige Ausbildung dazu hat. Ein Beispiel soll dies erläutern.

Fallbeispiel

Ein 45jähriger Mann, 3. von 13 Geschwistern, wird auf Veranlassung des Arztes wegen Schmerzen im Nacken und Rücken mit ausstrahlendem Spannungskopfschmerz physiotherapeutisch behandelt. Nach 3monatigen wöchentlichen Behandlungen des Zervikalsyndroms sagt die Physiotherapeutin: «Ja, Ihre Schmerzen sind weg, aber in einem Jahr werden Sie wieder hier sein». Viel zu wenig deutlich erfasst der Patient die versteckte Botschaft: «Wenn Sie Ihr Leben nicht ändern, werden die Symptome als Folge Ihrer Lebensführung wieder auftauchen». Der Patient begreift es nicht richtig, er fühlt sich angegriffen und wird durch diese negative Suggestion eher zur Resignation gedrängt. Immerhin: die Physiotherapeutin hat recht. Nach einem Jahr kommt der Rückfall, diesmal mit Arbeitsunfähigkeit wegen Depression, Unlust, innerem Zittern, Schlaflosigkeit, Zerschlagenheit beim Aufstehen. Diesmal ist der Patient bereit, sich zu einem ganzheitlich leiborientiert arbeitenden Psychotherapeuten überweisen zu lassen, der sowohl Gespräch als auch Körper- und Bewegungsübungen einsetzt. Die Behandlung führt zu einer relativ raschen Besserung. Klar kam zum Vorschein, dass eine Aggressionshemmung bestand, welche über Aggressionsübungen überwunden werden konnte. Der Patient hat grosse Autoritätsprobleme. Er fühlt sich von Eltern, Pfarrer, Lehrer und den in seiner Kindheit herrschenden Gesellschaftsnormen unterdrückt. Er durfte keinen Beruf erlernen, wurde von den Eltern auch gehindert, eine Grenzwächterausbildung mit 19 Jahren zu beginnen und wird sich jetzt in einer Art Midlife-Crisis bewusst, was er verpasst hat, dass er keine Aufstiegschancen hat, dass ihm die Grundausbildung fehlt. Er ist lange zuhause geblieben und hat sich erst spät gewagt, von den Eltern loszulösen. Dies stösst ihm jetzt, mit 45 Jahren, auf. Da er ein sogenannter Verdrängungstyp ist, wird er seine Aggression nicht los. Er schluckt sie und verhärtet seine Muskeln zu einem Muskelpanzer, der die Ursache seiner Schmerzen ist. Diese Zusammenhänge werden relativ schnell klar. Wir meinen, dass einen Teil dieser Behandlung der Physiotherapeut in einem ganzheitlichen Ansatz, erworben in einer entsprechenden Weiterbildung, hätte leisten können.

Begründung einer Weiterbildung

Wir erleben Physiotherapeuten in aller Regel als sehr kompetent mit dem Körper umgehend. Sie verfügen über eine gute Grundausbildung und nach ein paar Jahren über sehr viel fundierte Berufserfahrung. Wer nicht beim mechanistischen Behandeln von Körperteilen stehen bleibt, spürt bald ein starkes Bedürfnis nach Kompetenzerweiterung im verbalen und mehr psychologischen Bereich. Wir meinen nicht, dass man aus allen Physiotherapeuten Mini-Psychotherapeuten machen sollte, aber es ist unbestritten, dass die Physiotherapeutinnen und -therapeuten an der Quelle sind: Durch ihre Körperinterventionen fördern sie die Bereitschaft des Patienten zum Sprechen und zum Äussern seiner Probleme. Sie sollten in der Lage sein, sicherer und fachkundig mit diesem psychologischen Material umzugehen. Wenn sie in einem guten Vertrauensverhältnis zum Patienten stehen, werden sie ihm ansatzweise bewusst machen, welche Zusammenhänge zwischen Leib und Seele, Seele und Leib, bestehen. Wir denken, dass der Physiotherapeut in diesem Bereich auch seine Grenzen kennen muss. Eine Überweisung zum Analytiker oder Therapeuten wird eher möglich sein, als wenn der Physiotherapeut die Zusammenhänge nicht sieht oder aus Überforderung zurück zur Behandlung lädierter Körperteile geht. In diesem Sinne richtet das Institut für Psychotherapeutische Weiterbildung erstmals ein Curriculum (Kursangebot) an Physiotherapeuten mit einigen Jahren Erfahrung, vorzugsweise auch in der Psychiatrischen Klinik. Die Grundzüge dieser 2–3 Jahre umfassenden fundierten Weiterbildung umfassen:

- Selbsterfahrungsgruppe über 2 Jahre
- 4–5 Blockkurse von 3 Tagen pro Jahr sowie Arbeit unter Kontrolle
- ein Stück Einzellehranalyse, damit nicht eigene Probleme auf den Patienten projiziert werden und die Selbstwahrnehmung möglichst verzerrungsfrei ist.

Kursangebot 1985

28. 3.–30. 3.
Bewegungstherapie bei frühgestörten Patienten (Ausbildungsseminar FPI, offenes Seminar)
Kurs 15

12. 4./13. 4.
3. Orientierungstagung «Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart»
1. Teil

10. 5./11. 5.
II. Teil

15. 5.–17. 5.
Persönliche Ausstrahlung und Wahrnehmung in der therapeutischen Begegnung ▷

Seminar mit Video (Einüben der VAKO-Wahrnehmung)
Kurs 16

Das Kursprogramm kann beim Sekretariat des Instituts für Körperzentrierte Psychotherapie, Obstgartenstr. 28, 8136 Gattikon, Telefon 01 - 720 36 37 (DI – SA 9–12 Uhr) angefordert werden. Auskünfte erteilen auch die Institutsleiter, Dr. med. Yvonne Maurer, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. phil. Frederik Briner, Gestaltpsychotherapeut FPI unter Tel. 01 - 69 00 05 und 056 - 41 87 37.

Anschrift des Verfassers:
Dr. phil. Frederik Briner
Lindhofstrasse 92
5200 Windisch

Einige grundsätzliche Überlegungen zur Prävention psychischer Erkrankungen

Gerald Schmidt, Mitarbeiter der PRO MENTE SANA

In der gesundheitspolitischen Diskussion finden Fragen der Prävention vermehrt Beachtung. Prävention wird neben Therapie und Rehabilitation zunehmend ernster genommen: Nicht nur die bestmögliche Behandlung einer Krankheit ist gefordert, sondern ihre Verhütung. Nicht die Wiederherstellung der Gesundheit, sondern ihre Erhaltung soll das vorrangige Ziel der Medizin sein.

Wie kam es zu dieser Entwicklung?

- Mehr und mehr setzt sich die Einsicht durch, es sei besser, Schaden zu verhindern, statt ihn, wenn es dann überhaupt noch möglich ist, nach seinem Auftreten zu beseitigen. Das gilt sowohl für die Medizin als auch für ganz andere Bereiche, z. B. den Umweltschutz.
- Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird vielerorts mit Sorge betrachtet. Von präventiven Massnahmen wird langfristig ein Beitrag zur Kostensenkung erwartet.
- Die heilende Medizin stösst an ihre Grenzen. Für vergleichsweise geringe medizinische Fortschritte müssen immer mehr Mittel als früher eingesetzt werden. Besonders im Bereich der chronischen Erkrankungen sind Erfolge schwer zu erringen – gerade diese Erkrankungen werden zudem oft durch schwer änderbares «Fehlverhalten» des Einzelnen (Rauchen, Alkohol etc.) negativ beeinflusst.
- Schliesslich haben 1983 die Vorarbeiten zur Schaffung eines Bundesgesetzes über Krankheitsvorbeugung (sog. «Präventivgesetz») ihren Abschluss in der Vorlage eines Berichtes der interdisziplinären Arbeitsgruppe gefunden. Der Bericht hat in der Vernehmlassung ein eher negatives Echo gefunden, vor allem auf Seiten der Mehrzahl der Kantone.

Für den Bereich der psychischen Störungen wird darauf zu achten sein, dass nicht – wie so oft schon, und leider auch im «Präventivgesetz»-Entwurf – die Belange psychisch Gefährdeter und Kranker gegenüber denen der körperlich Kranken zu wenig berücksichtigt werden.

Was heisst «Prävention»?

Prävention (mitunter auch als Prophylaxe bezeichnet) umfasst ganz allgemein alle krankheitsverhütenden Massnahmen. Prävention im Bereich psychischer Erkrankungen ist auch als Psychohygiene bezeichnet worden. ▷

®Prelloran

Prelloran, gel
Prelloran, crème
en cas de contusions
meurtrissures
claquages musculaires
entorses
muscles et tendons enflammés et douloureux

Le Prelloran déploie rapidement un effet analgésique, anti-inflammatoire, favorisant la résorption des hématomes

PRL 113/84 CHf

Geigy

Composition: gel, crème: héparinoïde Geigy 1%, monosalicylate d'éthylèneglycol 4%. Pour plus de détails, en particulier sur les précautions à observer, consulter le Compendium suisse des médicaments.

admis par les caisses-maladie

L'enveloppement thermique de boue minérale (fango) approprié pour la thérapie à domicile.

SIMPLE • HYGIENIQUE • ECONOMIQUE

Wolo Therm *présente tous les avantages de l'enveloppement thermique classique: • bonne conductibilité thermique et hypérémie prononcée, • grande capacité calorifique, • excellente plasticité, qui permet un modelage parfait.*

Wolo Therm *est une boue minérale argileuse (fango) riche en acide silicique extraite de roches volcaniques microlitiques (phonolithe) du tertiaire, amalgamée avec de la paraffine et répandue sur un tissu léger et fin (voile).*

Wolo Therm *a été conçu et développé en collaboration avec des médecins et des physiothérapeutes.*

Wolo Therm *peut être utilisé chez soi, à la maison, de façon*

Composition: 43,77% de paraffine solidifiée, 41,36% de boue minérale argileuse (fango) riche en acide silicique extraite de roches volcaniques, 12,37% d'agents stabilisateurs et de soufre finement réparti, 2,50% de fibres de conditionnement en polypropylène.

18 x 32 cm peut être utilisé 12 à 16 fois

Fr. **28.80** *(Prix par utilisation env. Fr. 2.–)*

Tout cela est si simple. OICM 46382013

WOLO

Diethelm & Co. SA, Case postale, 8052 Zurich, tél. 01-301 30 30

Nach einem weitverbreiteten Modellansatz wird weiter unterschieden in:

1. Primärprävention

Sie umfasst alle Massnahmen, die das erste Auftreten einer Krankheit verhindern sollen.

2. Sekundäre Prävention

Sie umfasst Massnahmen zur Früherkennung und -behandlung von Krankheiten. Die Verhinderung von Rückfällen gehört zu einem grossen Teil auch hierher.

3. Tertiäre Prävention

Sie zielt darauf ab, das Fortschreiten einer bestehenden Krankheit zu verhindern.

Die sekundäre und die tertiäre Prävention sind in der Praxis von Therapie und Rehabilitation kaum eindeutig abgrenzbar.
Dieses Präventionsmodell ist allerdings eher allgemeinmedizinisch orientiert und lässt sich nur bedingt auf den Bereich der psychischen Erkrankungen übertragen. Die Psyche des Menschen und ihre Störungen entzieht sich der exakten naturwissenschaftlichen Erfassung und Behandlung weit mehr als der Körper, wobei auch in der Allgemeinmedizin psychische Einflüsse auf körperliche Vorgänge immer ernster genommen werden.
Es wird immer deutlicher, dass für das Zustandekommen psychischer Störungen ein Zusammenwirken verschiedener psychischer, somatischer und vor allem auch sozialer Faktoren verantwortlich ist. Wir sollten jedoch mit präventiven Massnahmen nicht zuwarten, bis alle diese Zusammenhänge restlos aufgeklärt sind: Zwar sind einerseits weitere Forschungsanstrengungen dringend nötig, andererseits gibt es bereits jetzt ausreichend konkrete Ansatzpunkte zum präventiven Handeln.

Dabei wird man in zwei Bereichen ansetzen können:

Bereiche präventiven Handelns

1. Prävention im Alltag
(Primärprävention)

Ziel der Prävention ist letztlich die Erhaltung der psychischen Gesundheit. Beiträge dazu sind vor allem auch in den verschiedensten nichtpsychiatrischen Bereichen möglich und nötig: In der Familie, bei Wohnen und Stadtplanung, in Arbeit und Schule, in der Gesetzgebung und im Sozialwesen allgemein.
Es handelt sich dabei oft um langfristige, eher unspezifische Massnahmen, die über strukturelle Veränderungen in den genannten Bereichen die allgemeinen Lebensbedingungen für den Einzelnen verbessern helfen sollen (z.B. verbesserter Mutterschutz, Bau von Spiel- und Wohnstrassen sowie Verkehrsberuhigung in den Städten, Verringerung von Arbeitslosigkeit etc.).
Aber auch gezielte Schritte in konkreten Situationen oder für bestimmte (Risiko-)Gruppen sind denkbar (z.B. bei Kindern, deren Eltern sich scheiden lassen etc.).
Es werden also letztlich Veränderungen im weiten Rahmen angestrebt, was erfahrungsgemäss fast immer zu (sozial-)politischen Kontroversen führt, zumal die Wirkung präventiver Massnahmen oft nur sehr schwer mit den gängigen Forschungsmethoden nachgewiesen werden kann.

2. Prävention im psychosozialen Bereich (eher sekundäre/tertiäre Prävention)

Hier zielen die präventiven Massnahmen eher spezifisch auf einzelne Menschen in einer konkreten Krisen- oder Krankheitssituation.
Die Präventionsziele, die sich weitgehend mit sozialpsychiatrischen Forderungen decken, sind demnach:

1. Verhütung von Ausgliederung psychisch Gefährdeter oder Kranker aus der Gemeinschaft
2. Verhütung von Hospitalisierungsschäden
3. Rückfallverhütung und Wiedereingliederungsförderung

Zum Erreichen dieser Ziele braucht es weder neue spezielle Berufsbilder noch grundsätzlich neue Institutionen. Von entscheidender Wichtigkeit ist die Bereitschaft der verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen zu interdisziplinärer Zusammenarbeit. Wo bereits entsprechende sozialpsychiatrische Strukturen vorhanden sind, können sie gut auch für präventive Zwecke miteingesetzt werden.
Der Stellenwert der Prävention muss angehoben werden, was nicht zuletzt in Aus- und Weiterbildung der verschiedensten Berufsdisziplinen zu erfolgen hat. Es gibt in jedem Bereich psychiatrischer Arbeit einen präventiven Anteil, der zu verdeutlichen und zu vergrössern und vermehrt in Denken und Handeln einzubeziehen ist. (Eine Parallele dazu ist der therapeutische Ansatz, vor allem von den gesunden Anteilen eines psychisch Kranken auszugehen. Die Psychiatrie ist oft noch zu krankheitsorientiert.)
Angehörige und andere Bezugsgruppen spielen eine wichtige Rolle bei präventiven Zielsetzungen ebenso wie freiwillige Helfer und die verschiedenen Selbsthilfegruppen. Hilfe zur Selbsthilfe ist auch präventiv.

An wen soll sich Prävention wenden?

Aus dem oben Gesagten lassen sich die beiden grundsätzlichen Zielrichtungen bereits erkennen:

- Wir können uns an den einzelnen Menschen wenden, ihn aufklären

und – beispielsweise durch Gesundheitserziehung – zu beeinflussen versuchen.

- Wir können andererseits versuchen, präventive Massnahmen systemorientiert auszurichten, also auf die Gemeinschaft als Ganzes oder auf Teilgruppen zu beziehen.

Und weiter lässt sich überlegen:

- Wir können versuchen, die den Einzelnen schädigenden oder krankmachenden Einflüsse herauszufinden und dann zu mildern oder auszuschalten (sog. Stress-Reduktion).

- Wir können andererseits versuchen, die Widerstandsfähigkeit des Einzelnen, der Bevölkerung überhaupt oder auch bestimmter Risikogruppen, diesen Einflüssen gegenüber vorbeugend zu erhöhen (sog. Stress-Immunisierung).

Die Wege ergänzen und beeinflussen jeweils einander.

In unserem Bereich sollte das Hauptgewicht bei den gemeinschaftsbezogenen, stressreduzierenden Methoden liegen, da psychische Erkrankungen stets in engem Zusammenhang mit dem gesamten sozialen Umfeld gesehen werden müssen. Dabei muss eine Balance gefunden werden zwischen der Verantwortung des Einzelnen für die Gestaltung seines Lebens, aus der er nicht entlassen werden soll, und der Einsicht, dass psychische Erkrankungen, auch solche wie Drogenabhängigkeit etc., nicht einfach nur «Schuld» oder Schicksal des Betroffenen sind, sondern daneben auch die Gemeinschaft betreffen.

Wer soll Prävention «machen»?

Sollen die Experten für die Heilung psychischer Erkrankungen auch für deren Prävention verantwortlich sein? Einerseits wird man auf ihr Wissen nicht verzichten wollen und können, andererseits ist ihr Denken oft zu krankheitsorientiert.
Gerade bei den präventiven Massnahmen im allgemein-gesellschaftlichen Rahmen werden die Vertreter der Psychiatrie und ihre angrenzenden Gebiete nur eine Stimme unter anderen haben und noch nicht einmal unbedingt die lauteste.
Politiker, Stadtplaner, Lehrer, Architekten, Juristen, Soziologen, Ökologen und im Grunde alle Bürger(innen) sind zur Stellungnahme und Mitwirkung aufgerufen. Gefragt ist nicht nur Fachwissen, sondern auch Phantasie, Kreativität und persönliches Engagement.
Prävention lässt sich nicht verordnen. Sie kann auch nicht wie ein Medikament konsumiert werden. Soll sie wirklich wirksam sein, muss sie von allen wichtigen Bevölkerungsgruppen mitgetragen werden, die eben deshalb an Zielsetzung, Planung und Ausführung beteiligt sein sollten. Und Prävention muss in der direkten Umgebung für den Einzelnen konkret werden: Eine gemeindenahe Prävention.

Einige kritische Bemerkungen

- Prävention darf nicht zu einer Modeerscheinung werden, darf nicht zu einem oft gebrauchten, inhaltslosen Schlagwort verkommen.

- Es muss davor gewarnt werden, übergrosse Erwartungen in die Prävention zu setzen. Auch die kostensenkende Wirkung darf ihr keinesfalls vorweg als Erwartung aufgebürdet werden. Werden dann nämlich diese Erwartungen nicht prompt erfüllt, könnte es als Reaktion zu einem übertriebenen Wiederinfragestellen präventiver Massnahmen kommen. Es handelt sich um einen langfristigen Prozess vor allem des Umdenkens, dessen Erfolge nicht eindeutig vorausgesagt werden können.

- Dabei ist Prävention grundsätzlich ein wirksames Instrument. Was wirkt, hat stets auch Nebenwirkungen, oder kann gar missbraucht werden. Vor einer totalen präventiven, gesundheitlichen Erfassung und Überwachung, vor frühzeitiger vorbeugender Ausgliederung Einzelner und überhaupt vor zu weitreichenden Eingriffen in den privaten Bereich muss gewarnt werden. Prävention darf auch nicht zu einer vorgezogenen, verfeinerten Diagnostik psychischer Störungen werden. All dies würde zu einer neuen Art von Stigmatisierung führen und eher zu den Problemen beitragen, als sie zu lösen helfen.

- Es erscheint auch nicht erstrebenswert, alle psychischen Störungen und Krisen von vornherein verhindern zu wollen. Oft handelt es sich doch um lebensgeschichtliche Krisen mit der Möglichkeit des Scheiterns, aber auch der Reifung, des Wachstums. Krisen und Konflikte haben zu können, sie zu (er)leben, ohne daran zu scheitern, sie also zu überleben, ist eher Präventionsziel, als sie grundsätzlich zu verhindern.

- Die mehr und mehr verkümmernde Toleranz gegenüber der Verschiedenheit der Menschen darf nicht noch mehr in Gefahr geraten. Dies aber könnte passieren, wenn präventive Forderungen im Sinne eines Anpassungsinstrumentes an die jeweiligen Normen missbraucht würden.

- Letzten Endes wäre vermutlich einer der besten Wege der Prävention der der Toleranz jeder Art von Andersartigkeit gegenüber, Toleranz, was nicht heisst, dem anderen gegenüber gleichgültig zu sein, kann nur durch Miteinanderleben erreicht werden. Die Integration der Behinderten muss Vorrang haben vor ihrer Selektion. ●