

Psychiatrie

Autor(en): **Ryser, Stephan / Grahmann, Eva / Gschwind, Kurt**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen**

Band (Jahr): **11 (1984)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-799929>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



PSYCHIATRIE

Erst vor kurzem in sein neues Amt eingeführt, bringt der neue Sanitätsdirektor des Kantons Basel-Stadt, Remo Gysin, frischen Wind in Basels Amtsstuben. In einer Einladung zur Vernehmlassung fordert er alle interessierten Kreise auf, bis zum 30. November zu einem Psychiatrie-Konzept Stellung zu nehmen, das als Entwurf schon seit 1981 vorliegt. Obwohl nicht mehr ganz auf dem neuesten Stand, so Remo Gysin in einem Begleitbrief, "stellt es nach wie vor eine gute Diskussionsgrundlage zur weiteren Entwicklung der Psychiatrie dar".

Die Psychiatrie-Diskussion nimmt auch innerhalb der Drogenarbeit einen wichtigen Platz ein. Die folgenden Beiträge sind eher als Einzelvoten denn als eine geschlossene Stellungnahme zu verstehen: Ergebnisse aus der Beschäftigung mit verschiedenen Aspekten der Thematik "Psychiatrie und Drogenarbeit" sozusagen. Nicht ausser acht gelassen haben wir dabei die Überlegungen einer Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (SGSG), die sich in "Psychiatrie in Bewegung" mit der gleichen Thematik auseinandersetzt.

Zum Psychiatrie-Konzept Basel-Stadt

von Stephan Ryser

1981 verschwand das von einem Psychiater-Gremium ausgearbeitete Psychiatriekonzept für die Stadt Basel in den regierungsrätlichen Schubladen. Man hat sich offenbar nicht getraut, dieses Konzept der Öffentlichkeit vorzustellen. Grund: Der Inhalt, ein eigentlicher Wunschkatalog, ist sehr unpräzise gehalten und kaum quantifiziert, so dass man sich nur wenig Chancen ausgerechnet hat, das Konzept könne auf breite Zustimmung

stossen — insbesondere zu Zeiten, wo Sparpolitik gross geschrieben wird.

R. Gysin, der neue Sanitätsdirektor, versucht nun, die eingefahrene Situation aufzubrechen: Er hat das Psychiatriekonzept aus der Schublade genommen und in eine breite Vernehmlassung geschickt. Und lädt sämtlich Institutionen und Personen, die irgendwie mit der Psychiatrie zusammenarbeiten oder von

ihr betroffen sind, ein, ihre Meinung dazu abzugeben. Regierungsrat Gysin versteht dabei das Psychiatriekonzept '81 als Entwurf, der in den ersten Wintermonaten 1985 an einer offenen Tagung neu zu Faden geschlagen werden soll. Es wird in der Folge die Aufgabe eines noch zu bildenden, hoffentlich multidisziplinären Fachgremiums sein, bis Ende 85 ein definitives Konzept auszuarbeiten. Soweit Regierungsrat Gysin in einem Telefongespräch mit der kette.

Warum wurde überhaupt ein neues Konzept erarbeitet? Erstens gibt es immer mehr psychisch kranke Menschen — oder besser: immer mehr Menschen werden psychiatrisch behandelt. Die psychiatrischen Kliniken, die unter Aufnahmepflicht stehen, sind unter starkem Druck geraten. Sie müssen mit den bestehenden Strukturen unmögliches leisten und suchen Abhilfe. Dieser Grund steht nicht im Konzept '81.

Zweitens, und dies ist der Hauptausgangspunkt des vorliegenden Konzepts, haben in den letzten Jahrzehnten pharmakologische, psycho- und sozialtherapeutische Methoden starke Fortschritte gemacht. Damit wird es möglich, nicht nur pflegerisch, sondern immer mehr auch resozialisierend zu arbeiten.

Im vorliegenden Entwurf soll eine "moderne Psychiatrie" konzeptualisiert werden. Da soll zunächst einmal der Begriff "psychische Krankheit" eine neue

Dimension erhalten: "Eine grosse Zahl psychischer Störungen wird nicht so sehr nur als Beeinträchtigung des psychophysischen Gleichgewichtes einer Einzelperson verstanden, sondern vielmehr als Ausdruck eines Konfliktes oder eines Ungenügens in der Wechselwirkung zwischen einem Menschen und seinem Milieu betrachtet." Daraus ergibt sich eine Tendenz hin zu einem sozialpsychiatrischen Rahmenkonzept. Die psychische Gesundheit soll mit Hilfe eines kombinierten Angebotes von verschiedenen Behandlungsmethoden angestrebt werden, ohne den Patienten aus seinem sozialen Milieu herauszureissen. Als Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung wird dabei mehrmals das Prinzip der Freiwilligkeit und die Wahrung der Patientenrechte erwähnt.

Aus diesen grundsätzlichen Überlegungen ergeben sich folgende strukturelle und methodische Konsequenzen:

Im Bereich der ambulanten Behandlung

"Die ambulante Behandlung als Schwerpunkt und Kern der psychiatrischen Betreuung erfordert Dienstleistungen, die von den frei praktizierenden Psychiatern und den Ambulatorien zur Zeit nur in ungenügendem Ausmass wahrgenommen werden können". Es fehlen halbstationäre Einrichtungen in den Quartieren (Tages- und Nachtkliniken), geschützte Arbeitsplätze, Treffpunkte, Beschäftigungsmöglichkeiten in den Quartieren. Diskutiert werden auch Quartierzentren, in denen verschiedenste soziale und medizinische Dienstleistungen angeboten werden.

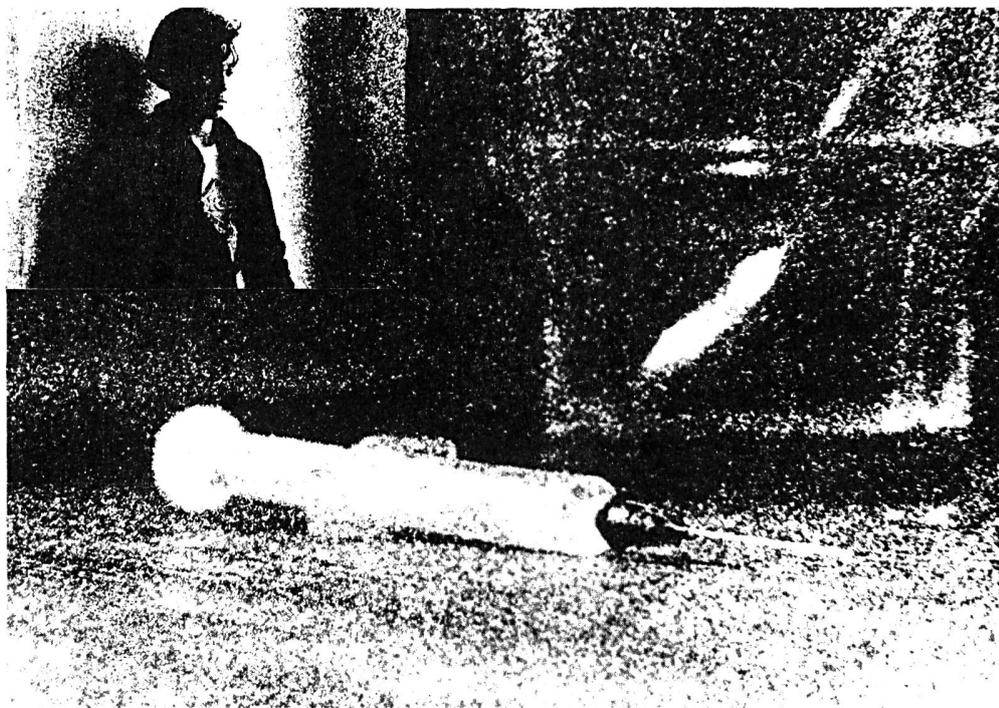
Im Bereich der stationären Psychiatrie ergeben sich klar definierte Aufgaben:

- *Krisenintervention bei ambulant nicht mehr auffangbaren, übermässigen psychischen Belastungen mit Dekompensation,*
- *Behandlung von Kranken, die wegen der Schwere und/oder der Unerträglichkeit ihrer Symptome der klinischen Einrichtungen bedürfen (Intensivbehandlungen ausgeprägter psychischer Erkrankungen, Schutz bei Selbst- und Fremdgefährlichkeit),*
- *Schon- und Behandlungsbereich für Patienten, die auf eigenen Wunsch eine klinische Therapie erstreben und die auf diese Weise in ihnen selbst schlummernde Heilungsmöglichkeiten mobilisieren können,*
- *Frührehabilitation, wenn die ambulanten Möglichkeiten dem Kranken nicht genügend Hilfe zu bieten vermögen.*

Im Bereich Prophylaxe, Früherfassung, Öffentlichkeitsarbeit geht die Aufforderung an Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, die Familienpflege, heilpädagogische Früherfassung etc., sich vermehrt diesen Themen zu widmen.

Auf die konkrete Umsetzung dieser Ideen darf man mit Recht gespannt sein.

Stephan Ryser



Psychiatrie-Konzept und Drogenarbeit

von Eva Grahmann

Als Mitarbeiterin einer ambulanten Institution der Drogenarbeit in der Region Basel scheint mir eine Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Psychiatrie-Konzept besonders dort wichtig, wo die Situation des Drogenabhängigen thematisiert wird. Ich beziehe mich dabei weniger auf jene Abschnitte, die sich mit der "Versorgung" Abhängiger befassen als vielmehr auf die Tatsache, dass diese Abschnitte kaum vorhanden sind. Der Dachverband "die KETTE", geschweige denn die in ihm vertretenen Institutionen, werden mit keinem Wort erwähnt.

Vorweg einige allgemeine Unmuts-Gedanken, die mir seit der Lektüre des Konzepts auf dem Magen liegen:

Im Konzept wird die Erweiterung des psychiatrischen Selbstverständnisses postuliert: Eine rein medizinische und nur auf das Individuum zentrierte Sichtweise wird aufgegeben zugunsten einer ganzheitlichen Betrachtungsweise, welche die Wechselwirkung der biologischen, psychischen und sozialen Ebene berücksichtigt. Die klassische Psychiatrie wird erweitert zu einer umfassenden Sozialpsychiatrie, in deren Arbeitsfeld sowohl die psychischen Leiden des Einzelnen als auch das ihn umgebende soziale Umfeld gehören. Ich frage mich nun, ob der Begriff "Sozialpsychiatrie" nicht missbraucht wurde für einen wohlklingenden theoretischen und konzeptionellen Überbau. Wie sonst ist es zu verstehen, dass wohl für die ambulante psychiatrische Versorgung der Einbezug nicht-ärztlicher (resp. nicht-psychiatrischer) Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Psychologen, Gemeindefürsorgern etc.) gefordert wird, dass aber gerade diese Berufsgruppen, die ja schliesslich mit diesem Konzept arbeiten sollen, von einer Mitarbeit in der Expertengruppe ausgeschlossen wurden. Dadurch konnte wertvolle fachliche Erfahrung und Kompe-

tenz nicht berücksichtigt werden. Die Autoren des Konzeptes sparen nicht mit Begriffen wie "Eigenverantwortung", "Mitverantwortung", "Autonomie" (für den Psychiatrie-Patienten), es werden "demokratische Umgangsformen" gewünscht. Aber solange dieser Anspruch nicht auch für jene Gültigkeit hat, die mit psychisch Kranken arbeiten (und somit auch ein Stück weit Modellfunktion übernehmen), bleibt die Frage offen, ob Sozialpsychiatrie, Demokratisierung der Psychiatrie mehr meint als eine modische Leerformel.

Zu wenig konkret

Die wesentlichen Schwerpunkte des Konzeptes: Auf- und Ausbau ambulanter und teilstationärer Sektorpsychiatrie, Prävention, Koordination, Hospitalisierung nur als äusserste Massnahme — das alles unterstütze ich. Leider fehlen vielfach konkrete Überlegungen, wie dies realisiert werden soll. Konkret wird es in erster Linie dort, wo es um die Finanzierung neu zu schaffender Stellen geht. — Und es ist enttäuschend zu sehen, wie sich hier die Diskussion in einer Kosten-Nutzen-Rechnung erschöpft (Nutzen nicht für die Bedürfnisse des psychisch Leidenden, sondern primär für den Geldgeber): "... diesen Aufwendungen für den ambulanten

"Nach Besserung der Situation für Psychogeriatriepatienten könnte die Aussenstation Holdenweid eine neue regionale oder überregionale Funktion übernehmen. Zur Diskussion steht z.B. die Frage der Verwendung der Aussenstation zur Behandlung drogen-süchtiger Jugendlicher." (Psychiatrie-Konzept Basel-Stadt, S. 72)

An und für sich ist es ja erfreulich, wenn neue Therapieplätze für Drogenabhängige geschaffen werden sollen. Fragt sich nur welcher Art? Darüber steht wenig im Psychatriekonzept ausser dem Satz: *"In der Drogen-szene hat sich in den letzten Jahren die Frage der Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten "nichtmotivierter" Abhängiger in zunehmendem Masse gestellt. . ."*

Eine Aussage, die in dieser Form wohl kaum zutrifft. Es sind eher die Politiker und Behörden, die sich mit einem Problem herumschlagen, das sie sich durch die Kriminalisierung der Abhängigen selber eingebrockt haben. Bedenklich, wenn sich die Psychiat-

rie zum Handlanger einer repressiven Politik hergibt!

Sinnvoller wäre, wenn psychiatrische Institutionen sich gerade im Bereich der Therapie Drogenabhängiger dort engagierten, wo nicht-psychiatrische Therapieinstitutionen an ihre Grenzen gelangen. Das ist z.B. der Fall bei Menschen, bei denen schwere psychische Probleme und Drogenabhängigkeit in Verbindung auftreten. In einer normalen therapeutischen Wohngemeinschaft finden diese in der Regel keine Aufnahme. In der psychiatrischen Klinik sind sie mit ihren spezifischen Drogenproblemen auch nicht am richtigen Platz und für längere Zeit gar nicht tragbar. Es ist praktisch unmöglich, für sie einen geeigneten Rehabilitationsplatz zu finden. Hier bietet sich mit der Holdenweid eine gute Gelegenheit. Lage und Baulichkeiten scheinen für eine derartige Aufgabe geeignet. Eine Aufgabe, die einer psychiatrischen Klinik besser ansteht als ein Drogenknast.

Urs Kubli

Sektor werden längerfristig durch bessere Ergebnisse in der Rehabilitation und verminderte Beanspruchung des stationären Sektors Einsparungen gegenüberstehen, so dass insgesamt keine Verteuerung im Sektor der psychiatrischen Versorgung zu befürchten ist."

Dass in Zeiten wirtschaftlicher Rezession besonders im Sozialbereich gespart wird, ist bekannt. Befremdend dagegen ist es, wenn die Verfasser eines neuen Psychatriekonzeptes die Bedürfnisse des Staatshaushaltes schon in der Konzeptphase über die Bedürfnisse der psychisch Kranken stellen.

Es wäre spannend gewesen, anstelle des historischen Abrisses über die Entwicklung der Psychiatrie in Basel (oder als zusätzliches Kapitel) etwas über die persönliche Einstellung, das Menschenbild der Verfasser gegenüber Psychatriepatienten zu erfahren.

Weiterhin medizinischer Ansatz

Eine Klärung dieser Frage nach der Grundhaltung ist für mich auch notwendige Voraussetzung für die Diskussion des Ist- und Soll-Zustandes eines adäquaten Hilfsangebotes für Drogenabhängige. In welchen gesellschaftspolitischen Bezugsrahmen wird das Thema Sucht/Suchtbehandlung gestellt?

Gerade bei diesem Thema wird die Notwendigkeit einer breitgefächerten (d.h. drogenunspezifischen) Prävention nicht hervorgehoben. Ebensowenig Gewicht wird auf den Einbezug des sozialen Umfeldes und den Ausbau des ambulanten Hilfsangebotes gelegt. Vielmehr finden wir hier die aufgegeben geglaubte einseitige Betonung der stationären Versorgung und einen primär medizinischen Ansatz wieder.

Für den "normalen" Psychatriepatienten

sollen Bedingungen geschaffen werden, die es ihm erlauben, solange als möglich in seinem sozialen Beziehungsnetz zu verbleiben; er soll – wenn möglich (was immer das auch in der Praxis heissen mag) – selbst entscheiden können, ob er Behandlung in Anspruch nehmen möchte: gelten diese Forderungen nicht für den Abhängigen illegaler Drogen, weil er gegen das Gesetz verstossen hat? Oder ist deren Gültigkeit so selbstverständlich, dass sie nicht mehr erwähnenswert sind? Oder – die alte Polemik – brauchen wir die Gesetze, damit wir, die legal Süchtigen, uns leichter abgrenzen können?

Im Konzept wird festgehalten, dass *"sich in den letzten Jahren die Frage nach den Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten in zunehmendem Masse gestellt hat"* – ob dies ein sinnvoller Weg sein kann, wird nicht gefragt. Die Ergebnisse zahlreicher Forschungsarbeiten und Erfahrungsberichte zum Thema Zwangstherapie wurden offensichtlich nicht berücksichtigt (vgl. auch Kette Nr. 3/84 und 1/84).

Die Verfasser machen es sich zu einfach, wenn sie eine Stellungnahme zu diesem heiklen Thema umgehen und statt dessen die therapeutischen Institutionen beauftragen, den Behörden die Schaffung "geeigneter Behandlungseinrichtungen" vorzuschlagen. Und sie lassen den Leser im Unklaren, ob die Zielgruppe dieser Behandlungseinrichtungen "Motivierte" oder "Nicht-Motivierte" heissen soll. Tatsache ist, dass von verschiedenen Seiten immer wieder auf die Diskrepanz zwischen der Anzahl vorhandener Therapieplätze und der Anzahl Therapiebereiter, auf fehlende geeignete Arbeits- und Wohnmöglichkeiten hingewiesen wurde.

"Psychiatrie in Bewegung"

von Kurt Gschwind

Prävention, Integration, Autonomie

Die SGSG-Arbeitsgruppe geht davon aus, dass jede psychische Krankheit als Krise in der Entwicklung eines Menschen aufgefasst werden kann. Biologische, lebensgeschichtliche oder soziale Faktoren können dazu führen, dass das innere Gleichgewicht einer Persönlichkeit gestört wird. Dabei ist der Übergang von einer Krise, die noch selbständig oder gemeinsam mit den Angehörigen bewältigt werden kann, zur Krankheit, welche psychiatrische Behandlung erfordert, fließend. Ist der Betroffene einmal zum psychiatrischen Patienten geworden, besteht die Gefahr, dass er in eine passive Haltung gerät, nachdem er bis anhin aktiv alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel mobilisiert hat: Er droht zu einem bedürftigen Empfänger von Fach-Hilfe zu werden, der sich ohnmächtig ausgeliefert fühlt. Durch frühzeitige Aktivierung muss in der Klinik versucht werden, dieser Gefahr zu begegnen. Eine wichtige Aufgabe der Prävention ist, zu verhindern, dass aus einem Menschen in einer Krisensituation überhaupt ein psychiatrischer Patient wird. Durch vermehrte interdisziplinäre Zusammenarbeit ist es möglich, dass der als erster zu Rate gezogene Helfer nicht allein und überfordert ist.

Das Hauptgewicht der psychiatrischen Versorgung liegt auf den ambulanten Strukturen. Dem Betroffenen soll ermöglicht werden, dass er im gewohnten sozialen Rahmen bleiben kann. Die psychiatrischen Institutionen müssen so beschaffen sein, dass ein Benutzer sich darin zurechtfindet. Sie müssen "durchschaubar" sein, klein, dezentral organisiert, im Wohngebiet gelegen. Anstelle von Entrechtung und Ausgrenzung tritt so die Autonomie des Patienten ins Zentrum als Basis dafür, dass er sich als eigenständige Person erlebt und seinen Lebensweg selbst gestaltet. Psychiatrische Dienste müssen auch in der Lage sein, auf die Komplexität jeder Problematik einzugehen und jedem eine spezifische Antwort zu geben. Psychiatrische Einheiten sollen allgemein zuständig und nicht spezialisiert sein. Bekannte und Verwandte können so im Sinne einer Nachbarschaftshilfe ihren Beitrag zur Prävention leisten.

Für den Kanton Basel-Stadt sind sektormässig drei bis vier Tageszentren denkbar (Grossbasel-Ost, Grossbasel-West, Kleinbasel, Riehen). Hier sollen vor allem folgende Bereiche gefördert werden: Sozialberatung für psychisch Kranke, Anlaufstelle für Krisensituationen, Psychotherapie (auch für sozial Schwächere), Rehabilitation, therapeutische Wohnheime etc. Ein besonderes Augenmerk gilt der beruflichen Rehabilitation, die in Form eines arbeitspsychiatrischen Beratungsdienstes z.B. beim Verlust des Arbeitsplatzes besonders wichtig ist. Von den Tageszentren sollten aber auch lok-