

Dr.med. Ursula Davatz

13.6.2022

Die Geschichte der Sozialpsychiatrie

[Audio](#)

Dr.med. Ursula Davatz (00:01)

Mein Referat lautet: "Geschichte der Sozialpsychiatrie, bezogen auf die aufsuchende Familienarbeit". Ich bin 1980 aus Amerika zurückgekommen, nach fünf Jahren Aufenthalt in Amerika. Am letzten Ort bei Professor Murray Bowen in Washington DC am Family Center. Und habe am 1. April angefangen im sozialpsychiatrischen Dienst von Kanton Aargau. Damals unter Dr. Sameli. Ich habe dort eine grosse Aufbruchsstimmung wahrgenommen. Man wollte viel machen in Deutschland und der Schweiz. Alle sind sehr engagiert gewesen. In Deutschland gab es die grosse Psychiatrie-Enquête. In der Deutschschweiz gab es die Ausbildung in Sozialpsychiatrie, also die Zusatzausbildung in Sozialpsychiatrie, haben wir auf die Beine gestellt. Zusammen mit dem Professor Uchtenhagen und ich war auch in diesem Komitee. Der Dienst, den ich geschafft habe, der hiess damals noch Sozialpsychiatrischer Dienst. Heute heisst es, dann nachher hat man gesagt, externer Psychiatrischer Dienst. Und die Leute, also die Ärzte, die nicht im Sozialpsychiatrischen Dienst gearbeitet haben, haben gefunden, wir machen doch alle Sozialpsychiatrie. Ihr müsst euch nicht extra noch benennen. Aber es war schon ein Unterschied. Dann hat man gesagt, die Psychiatrie Krankenschwestern, die in der Klinik gelernt haben, die sind nicht genügend ausgebildet gewesen, also nicht genügend gewaffnet gewesen um im ambulanten Sektor zu arbeiten. In der Klinik ist man immer eingebunden in ein grosses Team. Wenn man nicht mehr weiter weiss, kann man jemand anderes fragen.

Dr.med. Ursula Davatz (01:54)

Hingegen, wenn man nach Hause geht zu der Familie, dann ist man der Situation ausgesetzt und man muss selber wissen, was man machen muss. Darum haben wir dann auch die Zusatzausbildung in Sozialpsychiatrie auf die Beine gestellt. Abgekürzt hat es geheissen "ZASCHP". Von diesen Weiterbildungs Tagungen habe ich damals auch in Königsfelden gemacht. Und ich weiss nicht mehr genau, was genau der Titel war. Es hat so ungefähr gelautet "Sozialpsychiatrie als Netz zwischen den Institutionen". Also wir haben die Sozialpsychiatrie als eine Funktionstüchtigkeit, die sich mit verschiedenen anderen Institutionen vernetzt. Mit anderen Gesundheits- und sozialen Institutionen. Wir haben vorher eine Philosophin gehört. In diesem Sinne sage ich, was ist die Philosophie der Sozialpsychiatrie ist. Es ist schon eine Philosophie und eine Haltung dahinter. Es ist nicht einfach nur ein Wort. Die Idee der Sozialpsychiatrie war, dass man Patienten im natürlichen Umfeld behandelt. Das heisst, dass man nach Hause geht, dass man auf Augenhöhe arbeitet, dass man sie nicht einfach in grossen Institutionen unterbringt, sondern dass man sie zu Hause lässt und mit seiner professionellen Intervention in die Familie oder ins natürliche Umfeld geht. So dass sie nicht in eine fremde Umgebung kommen müssen, wo alles neu ist. Wenn man sich einen Psychotiker vorstellt, der ohnehin schon verwirrt ist, und dann muss er noch in eine fremde Umgebung kommen mit noch ganz vielen andere schwierige Leute, die ein bisschen gestört sind, also sich komisch verhalten, dann gibt das eine riesige Intensität und ist nicht unbedingt sehr gesundend.

Dr.med. Ursula Davatz (03:58)

Wir hatten weiter zum Ziel, Patienten zu entlassen, d.h. Patienten, die 40 Jahre hospitalisiert waren, die einen schweren Hospitalismus hatten, hat man versucht heraus zubegleiten. D.h. Man hat Wohngruppen gemacht, innerhalb der Klinik hat man sie ein halbes oder ein Jahr oder länger begleitet, also sie vorbereitet aufs Leben draussen in der freien Gesellschaft. Zum Teil ist das sehr gut gegangen, zum Teil gab es auch Unfälle, bei denen es nicht so gut ging, aber das war ein sehr ambitionöses Ziel. Weiter hatten wir das Ziel, die psychiatrischen Patienten wieder in das Arbeitsfeld zu integrieren. Da gab es das berühmte Möbelfisterprojekt, welches immer noch läuft. Der Möbelpfister hat 10 Plätze zur Verfügung gestellt, wo Psychiatriepatienten arbeiten konnten. Man hat nicht fixe Plätze gewählt, sondern man hat mit dem Patienten zusammen ein Motivationsschreiben gemacht und dann hat der Möbelfester innerhalb seiner Institution einen Platz gesucht. Als letztes hatte ich eine Patientin, die eine bipolare Störung hatte, so mit 21, 22 Jahren. Die kam dann auch ins Möbel Pfister Projekt. Sie hat Marketing gemacht und ist jetzt voll integriert in ihrem Beruf als Marketingfachfrau. Ich habe natürlich längst nicht alle verfolgt, das ist

jetzt ein erfolgreiches Beispiel, aber es hat funktioniert. Das Projekt kam auch im Fernsehen gekommen und es gab sogar einen Film darüber gegeben.

Dr.med. Ursula Davatz (05:53)

Frau Dr. Riedinger hat vorhin gesagt, ich sei auch am Dingleton Hospital gewesen. Das stimmt. Ich habe 9 Monate lang am Dingleton Hospital in Melrose gearbeitet. Das war eine therapeutische Gemeinschaft von Maxwell Jones. In Schottland hatte man Maxwell Jones als grossen Initiator von neuen Bewegungen. In Italien war es Franco Basaglia. Die Idee in diesen therapeutischen Gemeinschaften war, dass man mit den Patienten auf Augenhöhe arbeitet. Wir hatten alle Rapporte mit den Patienten zusammen. Jeden ersten oder zweiten Tag hatten wir eine Sitzung mit Patienten und Personal. Das hat man "CC", Community Council genannt. Da ging es hoch zu und her. Sehr emotional, viel diskutiert etc. Weiter, die Idee hintendran war, also die Philosophie, therapeutische Administration. Sie haben uns geholfen zu administrieren. Wenn jemand eingesperrt war oder keinen Ausgang hatte, haben alle miteinander diskutiert. Was findest du, dürfte er jetzt rausgehen oder nicht? Ist er schon bereit oder nicht? Über solche Procedere hat man zusammen diskutiert. Die Professionellen und die Patienten. Man ist auch immer zu zweit, wie bei der Hota, da sind ja immer zwei Personen verantwortlich für eine Familie. Zuerst fand ich das uneffizient. Jetzt finde ich es eine gute Sache. Am Dingleton Hospital sind wir immer zu zweit ausgerückt. Wir sind in der Nacht zu zweit ausgerückt, damit wir uns hinterher besprechen und kontrollieren konnten.

Dr.med. Ursula Davatz (07:50)

Wenn der eine sich verloren oder verrant hat, konnte der andere helfen, das zu korrigieren. Wir waren alle per Du, also First Name. Sie nannten einen Ursula und nicht Dr. Davatz. An das konnte man sich gewöhnen, aber deswegen war man nicht weniger professionell. Gruppentherapie kam in zu dieser Zeit auch stark in Mode und wurde in vielen Spitäler und auch ambulant mehr verwendet. Ursprünglich natürlich, um mit einer Sitzung mehr Leute zur erreichen. Das was Monika Riedinger jetzt vielleicht macht für ADHS Patienten. Dann der grosse Slogan, als ich eben aus Amerika gekommen bin, hatte ich die Haltung "Ambulant vor Stationär". Also schon in den 1980er Jahren war das mein Slogan. Und die Idee war, dass man zum Beispiel bei schizophrenen Patienten sofort die Familie dazu bestellt, mit denen berätet, sie unterstützt. Und das kranke Individuum gleich wieder nach Hause lässt. Ich hatte ein paar, bei denen das funktioniert hat. Es hat nicht bei allen funktioniert, aber "Ambulant vor Stationär" ist unsere Philosophie in der Sozialpsychiatrie gewesen. Die Idee war auch die Bettenreduktion. In Amerika habe ich noch mit dem Community Mental Health Act erlebt, ich habe in einem Spital mit 3000 Betten gearbeitet. Da haben wir den Auftrag der Politik erhalten, dass man die Bettenzahl auf ein Drittel reduzieren sollte.

Dr.med. Ursula Davatz (09:41)

Also auf 1000 Betten. Das war natürlich schwierig. In diesem Sinne hat man extra Triage gemacht. Man hat Notfälle entgegengenommen. Und man wurde geschimpft, wenn man jemanden hospitalisiert hat und nicht wieder ins ambulante Setting zurückgehen konnte. Auch das ging nicht immer, aber das war die Philosophie. Hier in der Schweiz hatte ich das Gefühl, dass sehr viel Enthusiasmus da ist. Es ist eine grosse Begeisterung, ein grosser Einsatz. Aber der tragende therapeutische Hintergrund, das therapeutische Konzept, der konzeptionelle Unterbau, der hat ein wenig gefehlt. Viele von diesen engagierten Psychiatern sind Analytiker gewesen, denn das war die therapeutische Methode, vielleicht noch ein paar Verhaltenstherapeuten. Und ich, die drei Jahre als Familientherapeutin ausgebildet wurde in Amerika, beim Ackermann Institut und beim Murray Bowen, habe gefunden, das wäre eine bessere Theorie, um die Sozialpsychiatrie zum Leben und zum Erfolg zu bringen. Und in dem Sinn habe ich dann die Familientherapie, heute sagt man auch systemische Therapie oder Systemtherapie, habe ich allen meinen Assistenzärzten beigebracht, also die mussten sich dem alle unterziehen. Ich habe zweimal in der Woche mit Assistenzärzten, Sozialarbeitern und Krankenschwestern Supervision gemacht. Wer konnte, kam in diese Supervisions-Sitzung und ich versuchte, ihnen mein Wissen weiterzugeben. Die Haltung war, dass auch die Krankenschwestern die sogenannte Therapie machen durften, das durfte man der Krankenkasse nicht sagen.

Dr.med. Ursula Davatz (11:33)

Die Ärzte reagierten auch sehr vehement, die Krankenschwestern können doch keine Therapie machen, sie können nur begleiten. Aber hier habe ich keinen Unterschied gemacht. In diesem

Sinne habe ich auch Mütterberaterinnen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Gemeinde, einen Polizisten in der Ausbildung, allen habe ich versucht, die Systemtherapie beizubringen. Also Arbeit mit dem ganzen System. Wenn ich heute schaue, wie die Assistenzärzte ausgebildet werden, da gibt es eine neue Richtung, und alles Moderne ist auf Englisch, und das heisst "Entrustable Professional Activities". Das heisst, der Assistenzarzt, die Assistenzärztin, muss nicht eine Prüfung ablegen und erhält eine Note durchgekommen oder nicht, sondern man begleitet die Lernenden und schaut, wie weit sie sind. Entrustable Professional Activities, EPA, heisst, man beobachtet den jungen lernenden Menschen, wie weit ist er und wie gut kann er schon die und die Situation beherrschen. Wie kann er damit umgehen? Ich denke, das ist etwas, das auch in der HOTA praktiziert wird. Mitarbeiter, die noch nicht so erfahren sind, dass sie schon praktisch arbeiten dürfen, aber dass sie immer jemanden im Hintergrund haben und dass sie jederzeit den Supervisor oder die Supervisorin hinzuziehen können, um Hilfe zu holen, wenn sie nicht mehr weiter wissen. Das ist ein learning in progress, also ein vorzu lernen und nicht, man hat ausgelernt und jetzt kann man alles machen.

Dr.med. Ursula Davatz (13:30)

Zu dieser Zeit war auch ein Assistenzarzt bei mir, das war Philipp Hauser. Er war ein Jahr bei mir und hat natürlich auch an meinen Supervisionen mitgemacht. Er hat vorher schon eine Ausbildung in Familientherapie gemacht beim Gunthern im Wallis, ein Studienkollege von mir. In dem Sinn habe ich ihn natürlich weiter unterstützt, dass er die Idee von Familie unterstützen und nicht nur das Kind therapieren, er ist ja Kinderpsychiater, das habe ich weiter gefördert und er hat das auch beibehalten. Er war dann der Gründer, zusammen mit den anderen Personen, mit der Regula Berchthold, der Hota. Er hat mich damals angefragt, ob ich in das Patronatskomitee komme. Ich habe natürlich sofort gesagt ja. Denn das hat genau meine Haltung wieder verkörpert und bin dann ins Patronatskomitee gegangen. Jetzt kann ich weiter die Frage stellen, warum braucht es eine aufsuchende Familienarbeit und was ist das eigentlich? In meiner Ausbildung als Familientherapeutin beim Ackermann Institut und bei Murray Bowen am Georgetown Family Center haben wir gelernt, die Familie möglichst objektiv anzuschauen. Wenn man eine Familie zu sich ins Büro bestellt, dann ist das die eigene Domäne, das eigene Territorium. Sie sind Gäste, sie sind zugezogene Leute. Dann können sie sich relativ gut an einem anpassen und vielleicht auch verstellen.

Dr.med. Ursula Davatz (15:16)

Also sie wollen ja einen guten Eindruck machen, wenn man zum Arzt geht, will man einen guten Eindruck machen und dann sieht man nicht unbedingt die wirkliche Realität. Hingegen, wenn man zu einer Familie nach Hause geht zu einer Familie, dann wird man ins System genommen, es wird einem etwas angeboten etc. Dann kann man schnell eingesaugt werden vom System und verwendet werden vom System, ohne dass man es merkt. Und in dem Sinn hat man allen Ärzten, die gelernt haben, Familientherapie zu machen, geraten, sie müssten mindestens einmal einen Hausbesuch machen, also nach Hause gehen zur Familie, um zu sehen, wie sich das anfühlt, wenn man in der Familie steckt. Die Hota macht das nicht nur einmal, sondern das ist ihr Handwerk. Sie geht immer zu der Familie nach Hause. Ich denke, das ist etwas sehr, sehr Effizientes. Es ist wichtig, wenn man als systemische Therapeutin, dass man zuerst das Familiensystem kennenlernt, gut beobachtet, sich ein Bild macht, bevor man gleich zur Intervention schreitet. Wir Ärzte sind in der Regel Handlungstypen. Es ist vorher schon gesagt worden, es ist alles auf Effizienz angelegt und es pressiert. Man muss möglichst schnell ein Resultat haben. Dann macht man sich nur schnell einen Eindruck, also eine Diagnose und dann wird gehandelt. Das geht in der systemischen Therapie nicht.

Dr.med. Ursula Davatz (17:04)

Man muss wirklich das System kennenlernen. Jedes Individuum ist einzigartig und jede Familie ist einzigartig. Und da muss man sich genügend Zeit lassen, um zu schauen, was eigentlich hier läuft, was die Abläufe sind, etc. Bevor man zu einer therapeutischen Massnahme und einer Handlung schreitet. Wie gesagt, im Büro ist man so ein bisschen in einer Allmachtsstellung und dann ist es einfacher, Dinge zu verordnen. Manchmal sagen die Patienten "Ja, ja, mache ich" und gehen nach Hause und denkste, sie machen gar nichts davon. Sie wollten es ihnen einfach recht machen. Sie haben einem nach dem Maul gesprochen, aber das bringt natürlich nicht so viel. Die Familie hat auch die Tendenz, ihre bestehenden pathologischen Prozesse einerseits zu verstecken und andererseits einen reinzuziehen, sodass man blind wird. Aber dann sind die Interventionen, die man macht, nicht mehr wirksam. Dann ist mehr vom Gleichen. Dann macht man das Gleiche

weiter, wie man es in der Familie schon macht. Es braucht also eine grosse Standfestigkeit bei der aufsuchenden Familienarbeit, bei der Systemtherapie, wenn man ins natürliche Umfeld geht. Aber ich denke, wir haben in der HOTA viele erfahrene Berufsfrauen und Männer mit der Zeit, die sich nicht mehr einfach nur reinziehen lassen und dann auch wirksam sein können.

Dr.med. Ursula Davatz (18:45)

Was der Vorteil ist, wenn man als Fachperson in die Familie geht, man sieht, wie die Leute miteinander interagieren, wie sie am Tisch sitzen. Man sieht, wie die Zimmer verteilt sind. Dadurch hat man einen schnelleren Einblick in die Funktionstüchtigkeit der Familie.

Dr.med. Ursula Davatz (19:15)

Als Schlussbemerkung und dann haben wir noch Zeit für Fragen: In der HOTA arbeiten zum Glück alle erfahrene Systemfachfrauen und Systemfachmänner, die sich nicht so in den Prozess ziehen lassen und dann mehr Pathologie vom Gleichen mit der Familie zusammen machen. Und sie haben die Situation, dass sie zu zweit einander beraten können, oder wenn sie nicht weiterkommen noch die anderen Fachpersonen reinholen, also die Ärztinnen, sodass die Objektivität viel eher gewahrt ist, als wenn man alleine mit einem Patienten mit der Zeit in eine Art Symbiose gerät. Die Idee der Therapie ist nicht eine Bekämpfung der Krankheitssymptome, wie das in der Medizin der Fall ist. Die Idee ist, Eltern zu unterstützen in ihrer Kompetenz, in ihrer Erziehungskompetenz, in ihrer Interaktion mit dem Kind. Und was auch von Frau Bleisch gesagt wurde, nicht alle Kinder passen gleich gut zu allen Eltern. Und wenn ein Mismatch zwischen den Kindern und den Eltern besteht, dann muss man versuchen, diesen Mismatch zu korrigieren, und zwar nicht einfach das Kind korrigieren. Wir erwachsenen Menschen meinen, dass das Kind korrigiert werden muss. Wir erwachsene Menschen meinen immer, das Kind sei noch jung und es muss sich anpassen. Wir wissen alles, wie es geht. Aber wenn man Kinder hat, die sehr eigenwillig sind, dann geht das überhaupt nicht. Wenn man solche hat, die sehr anpassungsfähig sind, das sind meistens Mädchen, aber auch nicht alle. Dann passen die sich an und nachher, wenn sie erwachsen sind, wissen sie nicht, wer sie sind. Denn sie haben es nur immer ihrem Umfeld recht gemacht und das bringt ihnen gar nichts. Frau Bleisch wurde schon gefragt, was die beste Erziehung ist. Die Erziehung, die das Kind sich grösstenteils selbst sein lassen lässt. Aber doch präsent ist und führt, wenn Not am Mann, Not an der Frau ist. Das ist ein grosser Balanceakt, eine Kunst, dass man das Kind genügend sich selber sein lässt und aber doch auch die nötige Führung geben kann, dort wo es wichtig ist. So gehöre ich zum Teil zu einem jungen ADHS Mann, der gesagt hat, er habe zu wenig Führung von seinen Eltern bekommen, sie hatten eine Wirtschaft und die hatten natürlich nicht viel Zeit, also er war ein Restaurantkind. Andere erzählen einem, wie sie viel zu eng gehalten wurden, sodass sie dann rebellieren mussten, als sie ins Erwachsenenalter gekommen sind. Und zum Teil Rebellieren bis zum Punkt einer Krankheit.

Dr.med. Ursula Davatz (22:23)

Was gibt es Besseres oder Wichtigeres als die aufsuchende Familienarbeit im Sinne von Prävention? Und immer seit ich hier in den Kanton Aargau zurückgekommen bin, habe ich mich im Bereich der Drogenarbeit für Prävention interessiert, aber auch allgemein für Prävention. Und in dem Sinne sage ich, dass die aufsuchende Familienarbeit die wichtigste, effizienteste und effektivste Prävention ist, die man einer Familie und einem Individuum zukommen lassen kann. In diesem Sinne habe ich auch die Mütterberaterinnen, die in die Familie hineingehen, die machen auch aufsuchende Familienarbeit. Die habe ich die jahrelang supervidiert und auch jahrelang Weiterbildung gemacht für sie. Die aufsuchende Familienarbeit ist eine ganz effiziente, effektive Präventionsarbeit. Das heisst, man unterstützt ein anfälliges oder ein schwaches System, bevor die Kinder schon krank werden oder die Eltern auch noch zusätzlich krank werden, sodass sich die Familie besser weiterentwickeln kann und die Kinder gesund aufwachsen können. In diesem Sinne sage ich, und es ist auch das Wort "Investition" gefallen. Ich habe ein paar Vorträge gehalten über "Investition Erziehung" und Kind als Projekt. Also in diesem Sinne sage ich, Investition in ein gesundes Aufwachsen von unseren Kindern ist die wertvollste, die kostbarste Investition in unsere lebendige Zukunft. Also nicht die technische Zukunft, sondern die Zukunft der Menschen.

Dr.med. Ursula Davatz (24:15)

Und in dem Sinn möchte ich der HOTA ganz herzlich gratulieren zu ihrem 10. Geburtstag und sie fest dazu aufmuntern, dass sie weiter die wertvolle Präventionsarbeit machen.

Bemerkung 1 (24:40)

Herzlichen Dank, für diesen überzeugenden Vortrag über die Zeitgeschichte. Ich habe in den 90er Jahren Familientherapie gelernt und ich bin immer wieder beeindruckt, dass du das in den 80er Jahren sehr strukturiert hast lernen dürfen. Bei uns in den 90er Jahren war das nicht der Fall. Sondern wir haben uns sozusagen von Idee zu Idee gehalten.