

Dr.med. Ursula Davatz

13.6.2022

Die Geschichte der Sozialpsychiatrie

[Audio](#)

[00:00:01.030] - Speaker 1

Wechsle jetzt wieder auf Schweizerdeutsch, wenn das okay Ich bin 1980 aus Amerika zurückgekommen, nach fünf Jahren Aufenthalt in Amerika. Am letzten Ort bei Professor Bowen in Washington DC am Family Center. Und habe am 1. April angefangen im sozialpsychiatrischen Dienst von Kanton Aargau. Damals unter Dr. Sammel. Ich habe dort eine grosse Aufbruchsstimmung wahrgenommen. Man wollte viel machen in Deutschland und der Schweiz. Alle sind sehr engagiert. In Deutschland gab es die grosse Psychiatrieankäufe. In der Deutschschweiz gab es die Ausbildung in Sozialpsychiatrie, also die Zusatzausbildung in Sozialpsychiatrie, 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 Sozialpsychiatrischen Dienst. Heute heisst es, dann nachher hat man gesagt, Externerpsychiatrischen 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 Psychiatriekrankenschwestern, die in der Klinik gelernt haben, die sind nicht genügend ausgebildet gewesen, also nicht genügend gewaffnet gewesen. 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.

[00:01:54.340] - Speaker 1

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 "ZASCH". Von diesen Weiterbildungsstackungen habe ich damals auch in Königswalde 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 die Philosophie der Sozialpsychiatrie ist. Es ist schon eine Philosophie und eine Haltung. 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 auf einen Weg schon verwirrt ist, und dann muss er noch in eine fremde Umgebung kommen muss, und noch ganz viele andere schwierige Leute, die ein bisschen gestört sind, also sich komisch verhalten, dann gibt das eine riesige Intensität und ist nicht unbedingt sehr gesund.

[00:03:58.080] - Speaker 1

Mein zweites Ziel war es, Patienten zu entlassen, d.h. Patienten, die 40 Jahre hospitalisiert waren, die einen schweren Hospitalismus hatten, hat man versucht herauszubegleiten. 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 ambitioniertes Ziel. Ich wollte die psychiatrischen Patienten wieder in das Arbeitsfeld zu integrieren. Da gab es das berühmte Möbelfesterprojekt, welches immer noch läuft. Der Möbelfester hat 10 Plätze zur Verfügung gestellt, wo Psychiatriepatienten arbeiten konnten. Man hat nicht fixe Plätze gewählt, sondern man hat mit dem Patienten zusammen eine 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 bipolarer Störung, mit 1,22. Die kam dann auch ins Möbelfesterprojekt. 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 folgerisches Beispiel, aber es hat funktioniert. Das Projekt kam auch im Fernsehen gekommen und es gab sogar einen Film darüber gegeben.

[00:05:53.440] - Speaker 1

Frau Dr. Widinger 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 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 so genannt "CC", Community Council. Da ging es an mich hoch. Sehr emotional, viel diskutiert etc. Die Idee hinterher war, also die Philosophie, therapeutische Administration. Sie haben uns geholfen zu administrieren. Wenn jemand eingesperrt war oder keinen Ausgang hatte, hat man alle miteinander diskutiert. Was findest du, dürfte er jetzt rausgehen oder nicht? Die Professionellen und die Patienten. Man ist auch immer das Zweite, wie bei der Hotta, da sind ja immer die Besten. Wir sind immer zwei Personen verantwortlich für eine Familie. Zuerst fand ich das ineffizient. Jetzt finde ich es eine gute Sache. Wir sind immer zu zweit ausgerückt. Wir sind in der Nacht zu zweit ausgerückt, damit wir uns hinterher besprechen und kontrollieren konnten.

[00:07:50.360] - Speaker 1

Wenn der eine sich verloren oder verwöhnt hat, konnte der andere helfen, das zu korrigieren. Wir waren alle per Du, also First Name. Sie nannten einen Ursula und nicht Dr. De Waatz. An das konnte man sich gewöhnen, aber deswegen war man nicht weniger professionell. Gruppentherapie kam in Mulde und wurde in vielen Spitalen und auch am Rand wurde sie mehr verwendet. Ursprünglich natürlich, um mit einer Sitzung mehr Leute erreichen. Das was Monika Reidinger 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 im 80er war das mein Slogan. Und die Idee war, dass man zum Beispiel schizophrene Patienten sofort die Familie dazu bestellt, mit denen beraten zu sein. Und das kranke Individuum gleich wieder heilen lässt. Ich hatte ein paar, bei denen das funktioniert hat. Es hat nicht bei allen funktioniert, aber die Ambulanz vor stationär" ist unsere Philosophie in der Sozialpsychiatrie. 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.

[00:09:41.270] - Speaker 1

Also auf 1000 Betten. Das war natürlich schwierig. Dann 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 habe 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 Verhaltenstherapeut. Und ich, die drei Jahre als Familientherapeutin ausgebildet wurde, bin in Amerika beim Ackermann und beim Bauern 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 haben sich alle unterziehen müssen. Ich habe zweimal in der Woche mit Assistenzärzten, Sozialarbeitern und Krankenschwestern Supervision gemacht. Wer konnte, kam in diese Superlitionssitzung und ich versuchte, ihnen mein Wissen weiterzugeben. Die Haltung war, dass auch die Krankenschwestern die sogenannte Öffentherapie machen durften, das durfte man der Krankenkasse nicht sagen.

[00:11:33.450] - Speaker 1

Die Ärzte reagierten auch sehr vehement. Sie können keine Therapie machen, sie können nur begleiten. Aber auch hier habe ich keinen Unterschied gemacht. In diesem Sinne habe ich auch Mütterberaterinnen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Gemeinde, einen Polizisten in der Ausbildung, allem versucht, die Systemtherapie einzubringen. 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, ob sie eine Note durchkommen kann 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 diese Situationen beherrschen. Wie kann er damit umgehen? Das ist etwas, das auch in der HOTA praktiziert wird. Mitarbeiter, die noch nicht so erfahren sind, dass sie praktisch arbeiten dürfen, aber dass sie immer jemanden im Hintergrund haben und dass sie jederzeit den Supervisor oder die Supervisorin zuziehen können, um Hilfe zu holen, wenn sie nicht mehr weiter wissen. Das ist ein Lernen in progress, also ein vorzulernen und nicht, man hat ausgelernt und jetzt kann man alles machen.

[00:13:30.000] - Speaker 1

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 bei Gunther im Wallis, ein Studiokolleg von mir. In dem Sinn habe ich ihn natürlich weiter unterstützt, dass er die Idee von Familie unterstützen und nicht nur das Kind therapiert.

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 Werkthaler, der Hauptdarstellerin. Er hat mich damals angefragt, ob ich in ein Patronatskomitee komme. Ich habe natürlich sofort gesagt ja. 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 Mary Ballon am Georgetown Family Center haben wir gelernt, Familie möglichst objektiv anrufen zu lassen. Wenn man 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.

[00:15:16.980] - Speaker 1

Also sie wollen ja einen guten Eindruck machen, wenn man zum Arzt geht, wollen sie 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. Und Tota macht das nicht nur einmal, sondern das ist ihr Handwerk. Sie geht immer zu der Familie nach Hause. Ich denke, das ist sehr Effizientes. Es ist wichtig, wenn man als systemische Therapeutin, dass man zuerst das Familiensystem kennenlernen, gut beobachtet, sich ein Bild macht, bevor man zur Intervention schreitet. Wir Ärzte sind in der Regel Handlungstypen. Es ist vorher schon gesagt worden, dass 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, Das geht in der systemischen Therapie nicht.

[00:17:04.280] - Speaker 1

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 denken, sie machen gar nichts davon. Sie wollten es ihnen einfach recht machen. Sie haben dem 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 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 wollen und dann auch wirksam sein können.

[00:18:45.320] - Speaker 1

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 viele Zimmer verteilt sind. Dadurch hat man einen schnelleren Einblick in die Funktionsfähigkeit der Familie. In der HOTA arbeiten zum Glück alle erfahrene Systemfachfrauen und Fachmänner, 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 das Zeug einander beraten können, oder wenn sie nicht weiterkommen noch die anderen Fachpersonen reinholen, also die Ärztinnen, sodass die Objektivität viel eher in der Therapie als wenn man alleine mit einem Patienten 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, ihre Kompetenz, ihre Erziehungskompetenz, ihre Interaktion mit den Kindern. 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. Wir erwachsenen Menschen meinen, dass das Kind zu korrigieren. Wir erwachsene Menschen meinen immer, das Kind sei noch jung und muss sich anpassen muss.

[00:20:51.460] - Speaker 1

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, dann passen sich die Kinder sind sehr anpassungsfähig, meistens Mädchen, aber auch nicht alle. Dann passen sie sich an und nachher, wenn sie erwachsen sind, wissen sie nicht, was sie sind. Sie haben es nur ihrem Umfeld recht gemacht und das bringt ihnen gar nichts. Frau Bleicher wurde schon gefragt, was die beste Erziehung ist. Die Erziehung, in der das Kind sich grösstenteils selbst einlassen lässt. Aber doch präsent ist und führt, wenn Not am Mann, Not an der Frau ist. Das ist eine grosse Balanceaxe, eine Kunst, dass man das Kind genügend sich selber lässt sein und 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 hatte und die hatten natürlich nicht viel Zeit, als sie ein Restaurantkind waren. Andere erzählen einem, wie sie viel zu eng gehalten wurden, sodass sie dann rebellieren mussten, als sie ins Erwachsenenalter gekommen sind. Und zum Teil bis zum Punkt einer Krankheit.

[00:22:23.010] - Speaker 1

Was gibt es Besseres oder Wichtigeres als die aufsuchende Familienarbeit im Sinne von Prävention? Und immer seit ich hier in Arga zurückgekommen bin, habe 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 Mütter und Beraterinnen, die in die Familie hineingehen, die machen auch aufsuchende Familienarbeit, habe ich die jahrelang supervisiert und jahrelang Weiterbildung gemacht für sie. Die aufsuchende Familienarbeit ist eine ganz effiziente, effektive Präventionsarbeit. Das heisst, man unterstützt ein anfälliges oder ein Schwachsystem, 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, uns ist auch das Wort "Investition" ist mir gefallen. Ich habe ein paar Vorschläge gehalten über Investition Erziehung und Kinder 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.

[00:24:15.220] - Speaker 1

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

[00:24:40.160] - Speaker 2

Herzlichen Dank, Frau Präsident, für diesen überzeugenden Vortrag über die Seiltischrichte. 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 gehangen. Es ist jetzt sehr fortgeschritten von der Zeit. Wenn es eine Künstlerin gibt, die eine wichtige Frage gibt, dann würde ich die jetzt zulassen. Ansonsten, ich glaube, du bist auch zum Abmachen noch bei uns. Dann wäre da die Gelegenheit, mit Frau Dr. Dahlmann auch noch mal ins Gespräch zu kommen.