

Editorial

Peter Schulthess

Nachdem die letzten drei Ausgaben dieser Zeitschrift im *Fokusthema* dem Spannungsfeld von Psychotherapie und Transpersonalem gewidmet war, geben wir diesmal Platz für einen Beitrag, der damit in Berührung steht, aber grundsätzlich das Thema kultureller und religiöser Einflüsse auf das psychische Erleben und therapeutische Vorgehen in fremden Kultur beleuchtet. Barbara Saegesser berichtet von ihrer psychoanalytischen Arbeit im muslimisch geprägten Ostafrika und veranschaulicht ihre Ausführungen mit mehreren Fallbeispielen. Ich denke, dieser Beitrag wird viele PraktikerInnen ansprechen und darüber reflektieren lassen, wie sie in ihrer Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturkreisen arbeiten und wie sie den Einfluss religiöser Werte und Normen auf das psychische Erleben einschätzen.

Im *Gespräch* mit dem ASP Mitglied Jasna Sevcikova finden wir eine andere Verschränkung von kulturellen Einflüssen auf den persönlichen Werdegang zur Psychotherapeutin und der Bedeutung des Theaters und dessen Nutzung in der Psychotherapie.

In der Rubrik *Wissen* verfolgt Liviu Poenaru kulturkritisch den Einfluss digitaler Überflutung mit Bildern auf Kinder und deren Psyche und fragt besorgt, ob der Mensch unter dieser gesellschaftlichen Entwicklung dabei ist, seine Rationalität zu verlieren.

In der Rubrik *Debatte* nimmt Liviu Poenaru das von Ernst Spengler im letzten Heft aufgegriffene Thema der gesetzlichen Regelung unseres Berufes weiter auf und meint, aus Sicht der heutigen Verhältnisse im Kanton Genf und mit der in Aussicht stehenden Regelung der Aufnahme in die Grundversicherung (Anordnungsmodell) werde eine «Pseudo-Selbständigkeit» unseres Berufes verankert.

Unter der Rubrik *Aktuelles* finden Sie wie üblich eine Reihe von Berichten aus dem Präsidium, der ASP und Chartaversammlung, aus dem Sekretariat, aus unserer Sektionen in der Romandie und dem Tessin, einen Veranstaltungskalender sowie Berichte über zwei Veranstaltungen und die EAP-Meetings.

Zwei Buchbesprechungen (eine auf Deutsch und eine auf Französisch) runden dieses Heft ab.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Après que cette revue ait, par le biais de sa rubrique *focalisation*, consacré ces trois derniers numéros aux sujets conflictuels de la psychothérapie et du transpersonnel, il est temps de céder la place à un article, proche du thème, mais qui s'attache plus fondamentalement à une mise en lumière des influences culturelles et religieuses sur le vécu psychique et sur les démarches thérapeutiques au sein d'une culture étrangère. Barbara Saegesser nous livre un compte-rendu de son travail psychanalytique dans des pays islamiques de l'Afrique de l'est et elle illustre son discours par la description d'études de cas. Je pense que cet article interpellera beaucoup de praticiens/nes, qui réfléchiront à leur travail et à leur façon d'aborder les personnes issues d'autres cultures et qui évalueront de quelle manière ils perçoivent l'influence des valeurs et normes religieuses sur le vécu psychique.

Dans l'*entretien* mené avec un membre de l'ASP, Jasna Sevcikova témoigne d'une autre intrication d'influences culturelles en abordant son parcours de vie personnelle et professionnelle pour devenir psychothérapeute. Elle mentionne également l'importance du théâtre et de son application en psychothérapie.

Dans la rubrique *savoir*, Liviu Poenaru déploie une critique culturelle sur l'influence exercée par l'envahissement du numérique sur nos enfants et leur psychisme. Préoccupé, il demande si face à cette évolution sociale l'homme n'est pas en perte de rationalité.

Liviu Poenaru reprend dans la rubrique *débat* le sujet lancé par Ernst Spengler dans le numéro précédent de notre revue concernant la régulation de notre profession et émet l'opinion qu'eu égard à la situation actuelle dans le canton de Genève et vu la régulation envisagée en matière d'intégration dans l'assurance de base (modèle d'ordonnance), notre profession se verra ancrée dans une pseudo-indépendance.

La rubrique *actualité* comprend comme d'habitude toute une série d'articles provenant de la présidence, de l'assemblée de l'ASP et de la Charte, du secrétariat, des sections de la Romandie et du Tessin, un calendrier des événements ainsi que des rapports sur deux événements et les conférences de l'EAP.

Deux recensions (l'une en allemand, l'autre en français) complètent cette revue.

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter une lecture enrichissante.



Bericht der Präsidentin

Gabriela Rüttimann



Nachdem das BAG plausibel begründete, weshalb das Akkreditierungsgesuch zum Weiterbildungsgang «ASP Integral» in der eingereichten Form nicht behandelt werden könne, mussten wir uns nochmals an die Arbeit machen. Es hiess nun, alle acht Vertiefungsrichtungen des «ASP Integral» separat aufzubereiten und zur Akkreditierung einzureichen. Diese Vorgehensweise hat die Kosten nicht nur für die betroffenen Partnerinstitutionen in die Höhe getrieben, sondern bedeutet auch für die ASP einen erheblichen finanziellen und personellen Mehraufwand. Es müssen acht separate Gesuche vorbereitet werden, deren Verfahren auch acht Mal bezahlt werden müssen. Vor allem das laufende Geschäftsjahr wird deshalb nochmals defizitär sein. Für 2017 können wir aber ein nahezu ausgeglichenes Budget präsentieren.

Diesen Herbst fand der EAP-Kongress in Zagreb statt. Inhaltlich setzten sich die Teilnehmenden mit den Themen Lobbying und Marketing auseinander. Die EAP hat zudem beschlossen, sich mit dem Europäischen Rat der Freien Berufe (CEPLIS) zu verbinden, die die Idee einer eigenen Identität der freien Berufe unterstützen. In der Schweiz ist die ASP Mitglied des Schweizerischen Verband Freie Berufe (SVFB), der sich auf politischer Ebene für die Interessen der Freiberufler einsetzt und von Ständerat Pirmin Bischof präsiert wird. Die SVFB ist ihrerseits ebenfalls auf europäischer Ebene vernetzt. Im Januar soll übrigens ein Treffen aller Mitglieder des Verbands stattfinden, die im Themenbereich

Gesundheit tätig sind. Dort sollen gesundheitsrelevante Themen diskutiert werden.

Das BAG-Projekt Psychologieberuferegister (PsyReg) nimmt endlich Gestalt an. Die Verbände waren nach Bern eingeladen worden, wo sie Informationen aus erster Hand zu Sinn und Zweck sowie Umsetzung des Projektes erhalten haben. Ziel ist es, ausschliesslich Inhaberinnen und Inhaber von als eidgenössisch anerkannt geltenden Weiterbildungstiteln vorerst in Psychotherapie in einem zentralen Register zu erfassen. Ebenfalls berücksichtigt werden können die modularen Curricula der Verbände, bis ab 2018 infolge des PsyG nur noch Absolvent/innen mit einer Weiterbildung in Psychotherapie registriert werden. In einem weiteren Schritt werden auch die Psycholog/innen in das Register aufgenommen.

Das BAG erwartet von den Verbänden, dass sie ihnen die Mitgliederdaten liefern, die ins Register übertragen werden sollen. Wir rufen auch hier unsere Mitglieder auf, die nicht im Register erscheinen wollen, uns darüber in Kenntnis zu setzen. Diesen Aufruf werden wir auch im Newsletter publizieren. Für uns wird sich der Aufwand in Grenzen halten, da wir sowieso dabei sind, eine Überarbeitung der Datenbank vorzunehmen.

Ihre Präsidentin
Gabriela Rüttimann

Informationen aus dem Sekretariat

Ursula Enggist | Claudia Menolfi

Protokoll der ordentlichen Mitgliederversammlung ASP und der Charta vom 17.9.2016

Der Versand des Protokolls erfolgte per E-Mail an unsere Mitglieder. Sollten Sie eine Papierversion wünschen, teilen Sie dies bitte dem Sekretariat mit. Wir stellen Ihnen gerne ein Exemplar per Post zu. Das Protokoll ist in deutscher und französischer Sprache verfügbar und auch auf unserer Webseite abrufbar.

Nächste Mitgliederversammlung in Bern: Samstag, 18. März 2017

Geschäftsstelle wie folgt erreichbar

Marianne Roth, Geschäftsleiterin: marianne.roth@psychotherapie.ch

Ursula Enggist, Sekretariat: ursula.eggist@psychotherapie.ch und asp@psychotherapie.ch

Claudia Menolfi, Sekretariat: claudia.menolfi@psychotherapie.ch

Die Mailadresse: sekretariat@psychotherapie.ch wurde aufgehoben.

Datenbank Aktualisierung

Damit unsere Datenbank aktuell bleibt, bitten wir um Mitteilung, sollte sich die Privat- oder Praxisadresse ändern. Wir leiten diese Änderung auch an tarifsuisse weiter. Sollte sich die Methode, Symptome oder Spezialisierung geändert haben, nehmen wir auch diese Information gerne in unserer Datenbank auf.

Viele Informationen erfolgen heute per Email. Deshalb bitten wir um Mitteilung Ihrer E-Mailadresse, so erhalten Sie wichtige Informationen jederzeit sofort zugestellt.

Agenda (Web)

Ausschreibungen über aktuelle Veranstaltungen, Fortbildungen, Tagungen, etc. finden Sie auf unserer Webseite unter «Agenda». Bitte konsultieren Sie diese Webseite regelmässig.

Zeitschrift: PTW – Psychotherapiewissenschaft

Wenn Sie diese Zeitschrift als Papierversion wünschen, teilen Sie dies dem Sekretariat mit. Für die online-Version können Sie sich unter folgendem Link eintragen:

<http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/>

Zeitschrift: à jour – Psychotherapie Berufsentwicklung

Auch diese Zeitschrift ist zusätzlich online verfügbar:

<http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/>

Aktuelles – Angebote Dritte (Web)

Hier finden Sie aktuelle Stellenausschreibungen und Publikationen.

Dienstleistung: Versicherungen

Auf der Webseite unter der Rubrik «Versicherungen» finden Sie Informationen zu unseren Kollektivversicherungsangeboten.

Anregungen, Wünsche, Probleme

Gerne nehmen wir Ihre Mitteilungen entgegen und leiten diese an die Geschäftsleiterin oder den Vorstand weiter. Wir freuen uns über jede Rückmeldung.

➤ Neue ordentliche Mitglieder

Schenk Bohren | Barbara | Beaulieurain 15 | 3012 Bern

Deuter | Martin | Greyerzstrasse 45 | 3013 Bern

Schnellmann | Eliane | Zürcherstrasse 37 | 8852 Altendorf

Gafner | Florine | Eidmattstrasse 22 | 8032 Zürich

Khalfaoui | Marie-Claude | 4, chemin de Varmey | 1299 Crans-près-Céligny

Berufspolitik Tessin

Nicola Gianinazzi



Ich fasse kurz die Hauptthemen zusammen, die uns in diesem Semester beschäftigt haben:

1. Wir führen regelmässig Einzelberatungen für unsere Kollegen Psychologen und Psychotherapeuten durch sowie gelegentlich für schweizerische und ausländische Ausbildungsinstitute und andere Institutionen. Seit Frühling 2016 schaffen wir ferner – im Rahmen des ASP-Vorstands – eng mit der nationalen FSP in Bezug auf die wichtigen gemeinsamen Dossiers zusammen.
2. Wir arbeiten erfolgreich mit dem Istituto Ricerche di Gruppo für die Organisation der Weiterbildung zusammen, um stets eine grosse Palette qualitativ hochstehender Kurse garantieren zu können. Ab September 2015 kann die ASP ihren Mitgliedern das vollständige Weiterbildungsprogramm der IRG *à la carte* anbieten, mit einem Rabatt von 30 % seitens der IRG für alle Mitglieder der ASP.
3. Auf der Ebene der definitiven eidgenössischen Akkreditierungen bleibt die ASP der italienischen Schweiz stets aktiv in enger Zusammenarbeit mit den zentralen Organen der Assoziation. Zusammen mit verschiedenen anderen Partnern aus der Deutsch- und Welschschweiz – 7, um genau zu sein – wurde ein Modell der transtheoretischen Akkreditierung gebildet und bereits der AAQ (Schweizerische Agentur für Akkreditierung und Qualitätssicherung) übermittelt. ASP-Integral, in unserem Fall ASP-Integral-IRG. Die Sektion arbeitet intensiv mit der IRG zusammen bei der Vorbereitung und Begleitung der verschiedenen Phasen der Akkreditierung dieses wichtigen und innovativen Dossiers: Gespräche mit dem BAG (Bundesamt für Gesundheit) und mit den von der AAQ bezeichneten Experten.
 - *Partnerschaft mit der Zürcher Hochschule der Künste (ZHdK), einer FH (Fachhochschule), zu der gerade eines der 8 transtheoretischen Curricula gehört: Musikpsychotherapie;*
4. Die ASP der italienischen Schweiz setzt sich ferner für grundlegende Fragen betreffend Institutionen, Versicherung und Recht ein, verbunden z. B. mit Praktika für klinische Praxis und ihren Rahmenbedingungen. Insbesondere hat sie aktiv auch an der Erarbeitung der *Tarifstruktur* mitgearbeitet, die für einen künftigen Zugang zum KVG unerlässlich ist.
 - *Beratung und Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), einer FH, die zurzeit mit ASP, FSP und SBAP für die entsprechende Datensammlung zusammenarbeitet.*
5. Das Projekt «Psychotherapie-Wissenschaft» (SPT/PTW) – 2010 von der ASP lanciert – entwickelt sich weiterhin in unserer Region, es findet eine Zusammenarbeit zwischen Privaten und der öffentlichen Hand in der Schweiz und im Ausland statt.
 - *Zusammenarbeit mit der Università della Svizzera Italiana (USI) und ihrem Institute of Communication & Health (ICH), unter der Leitung von Prof. Peter Schulz. Das ICH hat soeben einen interdisziplinären und internationalen MSc in kognitiver Psychologie und Kommunikation im Gesundheitsbereich lanciert, in Partnerschaft mit der privaten Mailänder Universität Vita-Salute San Raffaele (UniSR – Frau Professor Clelia Di Serio)*
Dies geschieht im Einklang mit dem aktualisierten Modell der Psychotherapie-Wissenschaften (SPT-PTW), das gerade eine Mobilität und eine interdisziplinäre Grundausbildung für unseren Beruf garantiert.

Nicola Gianinazzi, Vorstandsmitglied, Verantwortlicher für Berufspolitik und die Mitgliederbetreuung in der italienischen Schweiz

Berufspolitik Romandie

Bruno de Raemy

Zu vermelden sind kaum besondere Aktivitäten für dieses Semester. Das Wesentliche war die Teilnahme an den verschiedenen Vorstandssitzungen in Zürich und die jährliche Retraite, dieses Mal in Unterägeri. (Wie einst im Militärdienst fange ich wieder an, entlegene Orte der Schweiz zu entdecken!). Die Retraite bot Gelegenheit zu tiefgründigen Überlegungen betreffend die zahlreichen Abläufe in der ASP; ich danke unserer neuen Geschäftsleiterin, Marianne Roth, für die grosse Grundlagenarbeit in Bezug auf Restrukturierung, Klärung und Budgetkontrolle, die sie seit ihrem Amtsantritt geleistet hat.

Der andere bedeutende Teil meiner Tätigkeit für die Sektion Westschweiz besteht in der Koordination mit der Deutschschweiz für die Vorbereitung der Akkreditierungsunterlagen der drei Westschweizer Institute, die den langen und manchmal schmerzhaften Prozess der Akkreditierung auf sich genommen haben. Die endgültigen Dossiers dieser drei Partnerinstitute des ASP Integral (ODeF, Atelier und Centre AT Genf) sind fast fertig und es besteht kein Zweifel, dass wir bis zur nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift die Reaktion des BAG haben werden.



Bruno de Raemy, Vizepräsident, Verantwortlicher für die Berufspolitik und die Mitgliederbetreuung in der französischen Schweiz



Mitgliederversammlung von ASP und Charta

Marianne Roth



Die diesjährige Herbst-Mitgliederversammlung fand im Zürcher Volkshaus statt. Wir konnten 40 Mitglieder begrüßen – eine erfreuliche Zahl an einem Samstag und bei schönem Spätsommerwetter. Haupttraktandum des ersten Teils war die Beratung und Verabschiedung des Budgets 2017. Im zweiten Teil der Versammlung verabschiedeten die Charta-Mitglieder den revidierten Charta-Text. Zudem wurden sie über weitere Konsequenzen der Charta-Integration in die ASP informiert.

Mitteilungen der Präsidentin

Nach einer herzlichen Begrüssung informierte die Präsidentin, Gabriela Rüttimann, die Anwesenden einleitend über den aktuellen Stand der Akkreditierung. Bis zum Redaktionsschluss konnten vier Gesuche eingereicht werden, die nun separat aufbereitet sind. Die Rückmeldungen werden mit Spannung erwartet. Eine positive Rückmeldung erfolgte vom C.G. Jung Institut in Küsnacht, das die Akkreditierung erhalten hat, wozu wir herzlich gratulieren.

Nach wie vor ist nicht bekannt, ob und wann und vor allem zu welchen Bedingungen das Anordnungsmodell eingeführt wird. Noch hat Bundesrat Alain Berset kein grünes Licht zum Ersatz des Delegations- durch das Anordnungsmodell gegeben, bei dem zwar immer noch ein Arzt für die Überweisung an eine/n Psychotherapeut/in zuständig wäre, die Diagnose und Fallverantwortung jedoch in die Zuständigkeit der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten fallen würde. Leider hält sich die hartnäckige und verbreitete Annahme, Psychotherapie sei durch den delegierenden Arzt bereits in der Grundversicherung vorhanden. Dies betrifft jedoch nur die durch einen Arzt delegiert arbeitenden Psychotherapeut/innen, nicht aber die selbständigen. Für die Mitglieder war auf jeden Fall wichtig, von der Präsidentin zu hören, dass die ASP nicht um jeden Preis bereit ist, sich Bedingungen aufoktroynieren zu lassen.

Ein positiver Nebeneffekt der Tarifverhandlungen ist die gute Zusammenarbeit der drei Verbände ASP, FSP und SBAP, die durch das gemeinsame Projekt enger zusammengedrückt sind. Die Verbände sind seit über zwei Jahren in der «Tarifgruppe» daran, sich auf die Tarifverhandlungen vorzubereiten. Dazu gehört

auch die Kosten- und Leistungserhebung der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) im Auftrag der Verbände, die dazu dienen soll, eine «Modellpraxis» zu entwerfen, die realistisches Zahlenmaterial für die weiteren Vorbereitungen liefern soll. Ziel der Tarifgruppe ist es, argumentativ bestmöglich auf die hoffentlich bald stattfindenden Tarifverhandlungen vorbereitet und gegen «Überraschungen» gefeit zu sein. Aufgrund der guten Arbeit der drei Verbände ist nicht auszuschliessen, dass eine Kooperation auch in anderen Projekten vorstellbar wäre.

Noch vor Ende des Jahres soll die gänzlich überarbeitete Website aufgeschaltet werden. Nachdem sich der Vorstand an seiner Requite im August 2018 mit der endgültigen Integration der Charta beschäftigt hat und die Verbandsstruktur entsprechend anpassen möchte, wird ein nächster wichtiger Schritt die Anpassung der ASP-Website sein. Die inhaltliche Struktur wurde an verschiedenen Sitzungen und Diskussionsrunden erarbeitet und ist nun zur Umsetzung bereit. Was die Statutenänderungen und weitere strukturelle Anpassungen betrifft, werden diese der Mitgliederversammlung vom 19. März 2017 zur Verabschiedung vorgelegt.

Budget 2017 wieder stabil

Neben den Mehrkosten für die Akkreditierung und durch weniger Einnahmen bei den Mitgliederbeiträgen mussten verschiedene Massnahmen getroffen werden. Für das Geschäftsjahr 2017 wurden verschiedene Budgetkürzungen und auch Bereinigungen vorgenommen. Damit konnte den Mitgliedern ein nahezu ausgeglichenes Budget 2017 präsentiert werden.

Der ungewisse Ausgang der Akkreditierung der verschiedenen Weiterbildungsgänge verunsichert viele Psychotherapeut/innen, sodass sie es sich zwei Mal überlegen, ob sie Mitglied in einem Verband werden wollen. Ein positives Signal ist, dass viele Ideen bestehen, wie die Einnahmenseite verbessert werden könnte.

Zusammen mit dem Budget haben die Mitglieder die Beiträge der Einzel- und Kollektivmitglieder einstimmig verabschiedet. Ebenfalls wurde der Vorschlag des Vorstandes begrüsst, inskünftig

nur noch eine Mitgliederversammlung pro Jahr, und zwar im Frühling, durchzuführen, wie dies bereits früher der Fall gewesen war.

Mitteilungen aus der Charta

Nach der Pause übernahm Peter Schulthess die Sitzungsleitung und hiess seinerseits alle Anwesenden herzlich willkommen. Anknüpfend an die Informationen zur Vorstandsretraite und die Anpassung der Verbandsstruktur informierte er die Anwesenden über den Beschluss des Vorstands, die Charta neu als *Kommission Weiterbildungsinstitutionen / Fachverbände* zu bezeichnen. Die Kommissionen und Fachgruppen bleiben grossmehrheitlich bestehen und werden ihre Arbeit weiterführen können wie bisher. Damit ist die Integration der Charta in die ASP endgültig vollzogen.

Nicht ohne Stolz informiert Peter Schulthess über das Erscheinen der PAP-S Studie «Was wirkt in der Psychotherapie?», die diesen Herbst in Buchform erschienen ist. Darin enthalten sind die Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren. Die 300-seitige Broschur erscheint im Psychosozial-Verlag unter der ISBN Nr. 978-3-8379-2586-9 und kann wie folgt bestellt werden: Im Internet unter www.psychosozial-verlag.de, per E-Mail an bestellung@psychosozial-verlag.de oder über unser Sekretariat. Für die ASP-Mitglieder wird die Publikation zum Vorzugspreis von CHF 34 abgegeben.

Revision des Charta-Textes abgeschlossen

Nach den Informationen des Charta-Vorstandes präsentierte Peter Schulthess den revidierten Charta-Text. Er betont nochmals die Notwendigkeit der Überarbeitung des veralteten Textes. Es wurden nun die Korrekturvorschläge eingearbeitet, die an der letzten Mitgliederversammlung vorgebracht wurden sowie weitere Verbesserungsvorschläge des Kolloquiums der Weiterbildungsinstitutionen, das kürzlich stattgefunden hat. Nach der zweiten Lesung konnte der Text von den Mitgliedern mit letzten Korrekturen verabschiedet werden. Nach einer letzten Korrekturlesung wird er auf Französisch und Italienisch übersetzt und im Internet aufgeschaltet. Spezieller Dank geht an Katrin Hartmann,

die den Text in eine einheitliche inhaltliche Form gebracht und redigiert hat.

Damit erhält der Text seine ursprüngliche Bestimmung einer eigentlichen Charta zurück. Er widerspiegelt die inhaltliche, wissenschaftliche und ideelle Grundhaltung der ASP in Bezug auf die Profession Psychotherapie und wird der ASP inskünftig als Grundlagentext dienen. Einzelne Aspekte sollen auch an zukünftigen Kolloquien inhaltlich vertieft werden.

Weiterbildungsinstitutionen unter sich

Alle Weiterbildungsinstitutionen sind in der einen oder anderen Form in das Akkreditierungsverfahren involviert. Um einen grösstmöglichen Nutzen aus den Verfahren zu ziehen, werden alle Institutionen eingeladen, ihre Erfahrungen auszutauschen und an die ASP zurückzumelden. Es hat sich beispielsweise herausgestellt, dass die Experten bei den Beurteilungen mit unterschiedlichen Ellen messen. Dadurch entsteht eine Rechtsungleichheit, indem ein Aspekt, der bei einer Institution zur Anwendung kommt, bei einer anderen nicht mehr berücksichtigt wird. Diese und andere Schwachstellen müssen in eine Gesamtbeurteilung einfließen können, die die ASP als verantwortliche Organisation im Sinne einer rechtlichen Anhörung dem EDI wird abliefern können. Dass das EDI eine von den Experten unabhängige Einschätzung vornimmt und sich strikt an der Gesetzgebung zu orientieren scheint, gibt Anlass zu vorsichtigem Optimismus.

Der letzte Teil der Versammlung gehörte den Weiterbildungsinstitutionen und Kollektivmitgliedern, die sich neben dem laufenden Akkreditierungsverfahren gegenseitig auch über ihre aktuellen Projekte, Veranstaltungen und Kursangebote austauschten. Die ASP stellt den Kollektivmitgliedern die Veranstaltungsagenda auf ihrer Website zur Verfügung, wo sie ihre Veranstaltungen, Kurse und Anlässe gratis publizieren können. Auf Wunsch können diese auch per E-Mail an alle ASP-Mitglieder verschickt werden.

Im Anschluss an die Mitgliederversammlung offerierte die ASP im Foyer des Volkshauses einen Stehlunch, der zum Austausch und zu weiteren Diskussionen animierte und das positive Ambiente kulinarisch unterstrich.

Psychotherapie International

Peter Schulthess

Gesetzesrevision in Deutschland

In Deutschland ist eine Revision des Psychotherapiegesetzes im Gange. Bisher baute die Weiterbildung postgradual auf einem Studium der Psychologie auf. Das Bundesministerium für Gesundheit hat kürzlich die Eckpunkte zur «Novellierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten» bekannt gegeben.

Die Ausbildung in Psychotherapie soll künftig in einem Direktstudium an einer Universität oder gleichwertigen Hochschule erfolgen. Es umfasst insgesamt 5200 Std., die in theoretische und praktische Ausbildung aufgeteilt sind. Die theoretische Ausbildung wird in zwei Teile gegliedert. Im 1.-3. Studienjahr (2100 Std.) werden grundlegende psychologische, psychotherapeutische, bezugswissenschaftliche und wissenschaftliche Kompetenzen erworben. Im zweiten Teil (4.-5. Studienjahr – 800 Std.) werden vertiefte psychotherapeutische, versorgungsrelevante und wissenschaftliche Kompetenzen erworben.

Die praktische Ausbildung erfolgt zeitgleich über einen Umfang von 2300 Std. und umfasst verschiedene berufsqualifizierende Tätigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung. Es soll Wissen aus allen anerkannten Therapierichtungen vermittelt werden und aus mind. 3 wissenschaftlich anerkannten Vertiefungsrichtungen ausgewählt werden können.

Eine staatliche Prüfung stellt den Abschluss dar und berechtigt zur Beantragung einer Approbation. Die Hochschulen können zur Vermittlung der praktischen Ausbildung Kooperationen mit Weiterbildungsinstituten eingehen.

Das stellt einen einschneidenden Umbruch in der Ausbildungslandschaft dar. Wenn das Gesetz in der Tat so ausgestaltet wird, kann man künftig innert 5 Jahren im Direktstudium PsychotherapeutIn werden, während hierzulande die Psychotherapie immer noch als psychologischer statt eigenständiger Beruf geregelt bleibt und nach einem 5-jährigen Psychologiestudium noch eine Weiterbildung von mehreren Jahren zu absolvieren ist.



Round-Table «Science and Psychotherapy» am EAP Kongress in Zagreb: v.l.n.r. Luca Malatesti (Philosoph), Lea Sugman-Bohinc (Psychotherapeutin und Forscherin), I. Miskulin (Moderatorin), Peter Schulthess (ASP), Alfred Pritz (Rektor SFU)

Gesetzgebung in Malta

Ende Jahr wird das Parlament von Malta ein Psychotherapiegesetz beraten, welches die Psychotherapie als eigenständigen Beruf regeln wird.

Meetings der EAP

In Zagreb fanden vom 29.9. bis 1.10. 2016 die Meetings des erweiterten Vorstands und diverser «Committees» statt, an denen Gabriela Rüttimann und Peter Schulthess jeweils die ASP vertraten.

Das Wichtigste vorweg: Die ASP wurde für eine weitere Periode von 7 Jahren als National Awarding Organisation re-akkreditiert.

Inhaltlich gesehen stellte ein Referat von Prof. Dr. Thomas Wenzel von der Medizinischen Universität Wien den Höhepunkt dar: Er referierte eindrücklich über die Thematik der Flüchtlingskrise und die Möglichkeiten, welche psychotherapeutische Organisationen wie die EAP hätten, um ihren Beitrag zur Bewältigung der Probleme zu leisten. Er plädierte für ein soziales Engagement über die eigene Praxis hinaus. Das führte zu einer Reaktivierung einer Arbeitsgruppe der EAP zu diesem Thema.

Die Meetings überlagerten sich (leider) mit dem EAP Kongress, welcher von der Association of Psychotherapy Societies of Croatia organisiert und durchgeführt wurde. Das Kongressprogramm zum Thema «Autonomy and a Sense of Belonging» enthielt manch spannende Präsentation, die für die Delegierten der EAP wegen Terminkollisionen mit den Sitzungen schwer koordinierbar waren.

Nebst guten Referaten und verschiedenen Workshops wurden auch «Round-Table» Veranstaltungen angeboten. Der Schreiber wirkte an zwei dieser Veranstaltungen mit Kurzpräsentationen und anschließenden Diskussionen mit dem Publikum zu den Themen «Science and Psychotherapy» sowie «Psychotherapy and Migrants» mit.

Peter Schulthess ist Vorstandsmitglied der ASP und vertritt gemeinsam mit Gabi Rüttimann die ASP in der EAP. Er ist in der ASP Vorsitzender der Schweizer Charta für Psychotherapie und in der EAP Vorsitzender des SARC.

«Psychotherapie wirkt»

Marianne Roth

Unter Anleitung der Schweizer Charta für Psychotherapie ist die Buchpublikation «Was wirkt in der Psychotherapie?» an einer Buchvernissage der breiten Öffentlichkeit vorgestellt worden. Dass das Werk auf grosses Interesse stösst, bewiesen die rund 60 Personen, die sich an der Veranstaltung in der eindrücklichen Bibliothek der ZHAW in Zürich eingefunden hatten.

Die Praxisstudie ambulante Psychotherapie fasst die Ergebnisse von sieben Jahren zusammen. Es wurden 350 Therapien zu 10 unterschiedlichen Verfahren in humanistischen, psychodynamischen und körperbezogenen Therapieverfahren untersucht. Im Laufe der Jahre sind verschiedene Forschungsberichten, Journalartikeln und Vorträgen publiziert worden, die nun in einem Buch zusammengefasst sind.

An der Vernissage schilderten die Autorinnen und Autoren den im Vorwort als lange Reise beschriebenen Weg der Praxisstudie, Erkenntnisse, Stolpersteine aber auch den Geist der Beharrlichkeit, der das Projekt erst möglich machte. Liest man in den Ergebnissen der PAP-S-Studie über die Behandlung von 379 Patient/innen durch 86 verschiedenen Psychotherapeut/innen, die zu den Ergebnissen beitrugen, kann man nur erahnen, wie komplex und aufwändig die Forschung gewesen sein musste. Unter einer Reihe von gewichtigen Faktoren schlussfolgert die Studie die bedeutsame Rolle der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten, die sich nicht nur, aber doch entscheidend, auf das therapeutische Behandlungsergebnis auswirkt.

Die Praxisstudie «Was wirkt in der Psychotherapie?» ist direkt beim Verlag psychosozial unter www.psychosozial-verlag.de erhältlich. ASP-Mitglieder können die Publikation im ASP-Sekretariat zum Vorzugspreis von Fr. 34.-, plus Versandkosten, bestellen.



Die Autor/innen der PAP-S Studie (v.l.n.r): Peter Schulthess, Agnes von Wyl, Aureliano Cramer, Volkmar Tschuschke, Margit Koemeda-Lutz (Hg.)



Besucher/innen der Vernissage an der ZHAW beim leb- und labhaften Austausch im Anschluss an die Präsentation der PAP-S-Studie

Swiss Public Health Conference 2016

Marianne Roth



Unter dem Motto «Menschen auf der Flucht – eine Herausforderung für das Schweizer Gesundheitssystem» fand am 15. November 2016 in Bern die Swiss Public Health Conference statt, zu der sich gut 200 Personen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, von Behörden, Universitäten und der Politik eingefunden hatten. Ein Ausschnitt.

Nach den Begrüßungsworten durch Bundesrat Alain Berset setzte Staatssekretär Mario Gattiker den Rahmen der Schweizer Flüchtlings- und Asylpolitik und ihre Einbettung in die europäischen Rahmenabkommen. Daniel Koch vom BAG schlug einen historischen Bogen vom früheren Umgang mit übertragbaren Krankheiten bis zu den heutigen Massnahmen medizinischer Versorgung beim Empfang von Asylsuchenden an den Grenzen und in Empfangszentren. Einen kritischen Blick auf die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland warf Oliver Razum, Dekan der Universität Bielefeld, die sich von der Praxis in der Schweiz nicht wesentlich unterscheiden dürfte. Insbesondere kritisierte er den mangelhaften Zugang zu gesundheitlicher Versorgung der Geflüchteten. Er zeigte die entsprechenden sprachlichen, kulturellen, aber auch gesetzlichen Barrieren auf und erinnerte an den «Morbus Bosphorus», nach dem die früheren «Gastarbeiter» angeblich nicht in das deutsche Gesundheitssystem passten.

Die Schulpsychologin Catherine Paterson präsentierte «Impressionen aus 21 Jahren Gruppentherapie für kriegstraumatisierte Kinder der Stadt Zürich». Die Gruppentherapien wurden nach den Balkankriegen als notwendige Reaktion, wie sie sagte, eingeführt. Die Herkunft der Kinder hat sich stark verändert und ist deckungsgleich mit den Krisenherden der Welt: Afghanistan, Syrien, Kurdistan usw. Traumatische Erfahrungen würden sich stark auf die Entwicklung von Kindern auswirken. Eine prägende Rolle können die Schulen einnehmen, was sie als Chance sieht. Laut Catherine Paterson besteht nicht nur eine hohe Nachfrage an Therapien, sondern auch ein steigender Bedarf an Supervision für Lehrpersonen von minderjährigen Flüchtlingskindern.

Die Oberärztin des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Clienia, Fana Asefaw, zeichnete auf eindrückliche Weise

den Weg nach, den ein eritreischer unbegleiteter Jugendlicher zurücklegt, bis er in der Schweiz ankommt. Erstmals wurde übrigens eine Studie präsentiert, die zeigt, dass 50 Prozent der eritreischen Flüchtlinge, die den Weg in die Schweiz gefunden haben, traumatisiert sind. Fana Asefaw, selbst Eritreerin, stellte klar, dass die meisten Traumata nicht in der Heimat entstanden sind, sondern auf dem Fluchtweg: Hunger, Aufenthalt in libyschen Gefängnissen, in denen viele Flüchtlinge unterwegs landen, wo sie geschlagen und misshandelt werden, durchlebte sexuelle Gewalt bei der Durchquerung der Wüste, ausgeraubt werden, eine lebensgefährliche Überquerung des Mittelmeers usw. Bei der Ankunft in der Schweiz sind die Jugendlichen völlig erschöpft. Zunächst euphorisch, das Traumziel erreicht zu haben, gelangen sie hier in die Mühlen des Asylverfahrens, das von Ungewissheit und Unverständnis geprägt ist. Fana Asefaw bezeichnet diese Flüchtlinge als Überlebenskünstler/innen, die hohe Anpassungsleistungen, Flexibilität und Widerstandskraft aufweisen. Oft trete deshalb ein Trauma nicht sofort in Erscheinung, sondern äussere sich erst nach einer gewissen Zeit, wenn der Patient auffällig werde und spezifische Krankheitsbilder aufweise.

In der Parallelsession «Unterversorgung von traumatisierten Flüchtlingen» schilderten Christine Kopp und Carola Smolenski vom Schweizerischen Roten Kreuz SRK die praktischen Herausforderungen bei der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen. Diese müssen ja nicht nur lernen, das Trauma in ihr Leben zu «integrieren», sondern sie müssen auch eine eigene Existenz aufbauen. Wichtig ist deshalb gemäss SRK, die Autonomie zu fördern, etwa durch den Zugang zu Sprachkursen oder einer Arbeit. Schwer wiegt zudem die Abwesenheit von Respekt und Anerkennung, sozialen Kontakten und Zukunftsperspektiven, die sie hier erfahren. Laut SRK muss der Staat aktiv werden und der Unterversorgung entgegenwirken, um Chronifizierungen und zusätzliche Krankheiten zu vermeiden. Zudem fehlen Dolmetscher, ohne die eine Behandlung nicht möglich ist.

Präsidiert und geschlossen wurde die Konferenz von Ursula Zybach, Präsidentin Public Health Schweiz und Grossrätin des Kantons Bern.



Bundesrat Alain Berset, eingerahmt von Regierungsrat Hans-Jürg Käser (BE) und Ursula Zybach, Grossrätin Kanton Bern, die die Konferenz eloquent präsidierte.



Dr. Fana Asefaw's Schilderung des Fluchtwegs eines eritreischen unbegleiteten jugendlichen Flüchtlings ging unter die Haut.

Sind PsychotherapeutInnen wirklich unabhängig?

Liviu Poenaru



Das psychotherapeutische Handeln steht im Spannungsfeld zwischen physischer und metaphysischer Pflege; es war immer umstritten, unter Wissenschaftlern wie in der Bevölkerung. Damit ist die Psychotherapie stets in eine zweideutige Lage geraten in Bezug auf die Kenntnis und die mögliche Entwicklung des Einzelnen, die sie auslösen kann. Sie zahlt den Preis für diese zweideutige Position, die Zweifel, ja sogar Missbräuche erlaubt. Deshalb darf sie in der Schweiz nur durch die Vermittlung eines Psychiaters (also eines Arztes) ausgeübt werden, ohne den die psychologische Behandlung psychischer Erkrankungen nicht möglich wäre. Diese „Regelung“ impliziert ein Abhängigkeitsverhältnis mit zahlreichen Folgen.

Wir alle wissen, dass der Psychologe gemäss PsyG ermächtigt ist, psychische Erkrankungen mit den ihm zu Gebote stehenden Mitteln zu bewerten, zu diagnostizieren und zu behandeln. Diese Mittel sind das Verständnis der kognitiven Prozesse und der Einsatz neuer Strategien, um die Mechanismen, die für die Krankheit verantwortlich sind, zu verändern. In der Ausbildung des Psychologen steht die psychologische Dimension der Krankheit im Mittelpunkt, während der Psychiater hauptsächlich in semiotischer, pharmakologischer und psychotherapeutischer Hinsicht ausgebildet wird. In Tat und Wahrheit lernen die Ärzte nie die psychologischen Modelle und die Psychologen nie die ärztlich-psychiatrischen Modelle (siehe Ausbildungsprogramm der Psychiatrie). Deshalb ist das Zusammenwirken dieser Berufe für eine angemessene Behandlung der psychischen Erkrankung unerlässlich. Aus diesem Grund wurde die von Psychologen praktizierte delegierte Psychotherapie auch in die Grundversicherung (KVG) aufgenommen, die jedermann qualitativ hochstehende Pflege- und Behandlungsleistungen garantiert.

Die Debatte über den Status der delegierten Psychotherapie und die Obsoleszenz dieses Modells ist im Gange und es ist wahrscheinlich, dass sie in Zukunft zu Überarbeitungen führt. Dessen ungeachtet bleiben die Psychotherapien

in Wahrheit eine bedingte Dienstleistung und keine den Patienten gebotene Chance für eine optimale Behandlung der bio-psycho-sozialen Ursachen ihres Leidens. Wenn beispielsweise ein Allgemeinpraktiker einen Patienten an einen Dermatologen überweist, so ist dieser Schritt selbstverständlich, weil der eine nicht über die Kenntnisse des anderen verfügt. Wenn ein Psychiater einen Patienten zu einem Psychologen schickt, kann es sich um ein Geschäft handeln, das der Qualität der Pflege und dem Kontakt zwischen Patient und Psychotherapeut schadet, da beide den Zwängen unterliegen, die sich aus der Beziehung Psychologe-Psychiater ergeben. Ich spreche hier von einem Geschäft, weil diese Beziehung – namentlich in Genf – kostenpflichtig sein kann (bis zu 70% der Rechnung des Psychologen). Das angewandte Modell ist das der privaten medizinischen Einrichtungen, deren Betriebskosten (medizinisches Material, Assistentinnen usw.) durch die dort tätigen Ärzte gedeckt werden, nur dass eine psychiatrische Praxis im Allgemeinen von geringer Grösse ist und nicht dieselben Kosten hat. Am meisten beunruhigend indes nicht die Einkommen der beiden Parteien, sondern beunruhigend und verhänglich unter dem Aspekt der Leistungen, die den Patienten angeboten werden, ist die Position des Psychologen bei diesem Verfahren.

In Genf, heisst es, üben die selbständigen Psychotherapeuten ihren Beruf in der eigenen Praxis unter eigener Verantwortung aus. Sie werden nicht von der Grundversicherung bezahlt, sondern einzig von den Zusatzversicherungen, Unfallversicherungen usw. Wir wissen aus Erfahrung, dass die Anzahl der von den Zusatzversicherungen erstatteten Sitzungen oft sehr gering ist und keine Behandlung von Patienten mit ernsthaften oder chronischen psychiatrischen Problemen gestattet. Soll also der wirklich unabhängige Psychotherapeut keine psychischen Erkrankungen behandeln? Warum sollte man sich dann um eine Bewilligung für eine selbständige Praxis, z. B. gemäss dem Gesundheitsgesetz im Kanton Genf, bemühen?

Der Psychotherapeut befindet sich daher in den meisten Fällen in einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber dem Psychiater, der diesem Verhältnis, das sich nach den Grundsätzen der Interdisziplinarität richten sollte, seine eigenen Einschränkungen auferlegt. Dies ist umso stossender als andere paramedizinische Berufe, etwa die Physiotherapeuten, die Podologen usw., ihre Leistungen in unabhängiger Weise erbringen und abrechnen können.

Rechtlich gesehen befindet man sich, sobald ein Arbeitsvertrag vorliegt, d. h. sobald man durch jemand anderen bezahlt wird (im konkreten Fall durch den Arzt, der fakturiert hat), automatisch in einem Abhängigkeitsverhältnis. Es bleibt für mich ausserdem ein Rätsel, warum die „delegierte Psychotherapie“ zwar einen eigenen Abrechnungspunkt im KVG bildet, aber nur durch einen Arzt abgerechnet werden kann – und genau dadurch wird die Abhängigkeit fortgeschrieben.

Die Windungen des Systems der psychologischen und psychiatrischen Pflege rücken die Psychotherapie in einen toten Winkel mit Auswirkungen für die Gesundheit der Bevölkerung. Wir stellen an der Basis die Schwierigkeiten fest, denen wir alle bei der Behandlung schwerer psychiatrischer Krankheiten begegnen. Hinzu kommt die Organisation eines Pflegesystems, das sozusagen aus bewussten oder unbewussten Gründen die Schaffung einer kohärenten Regelung verweigert, von der in erster Linie die Patienten profitieren sollten. Beim aktuellen theoretischen und praktischen Kenntnisstand müsste es für uns alle obligatorisch sein, dass die Behandlung psychiatrischer Krankheiten, die eine medizinische Intervention erfordern, einer psychotherapeutisch-psychiatrischen Ergänzung bedarf, ohne dass jemand irgendetwas an einen anderen delegiert. Es gibt nichts zu delegieren, solange wir folgende grundlegende Wahrheit eingestehen: Wir haben nicht dieselbe Ausbildung, obschon die beiden Berufe – zu Unrecht – mit der Vorsilbe *Psy* beginnen.

Aus diesen Feststellungen ergibt sich Folgendes:

1. Die unabhängige Ausübung der Psychotherapie ist nur schwer möglich und steht daher im Widerspruch zum Psychologieberufegesetz (PsyG).
2. Die Bewilligungen für eine selbständige Praxis sind unter den aktuellen praktischen Bedingungen unnützlich, wenn nicht absurd.
3. Die Rechnungsstellung der Psychotherapie im Rahmen des KVG ist durch den Gebrauch, der davon gemacht wird, beeinträchtigt.
4. Die Besonderheit der Psychotherapie wird in der Realität nicht als eine ganz eigene Tätigkeit mit ihrer eigenen Berufsordnung und ihren Behandlungsmitteln, wie sie im PsyG angegeben sind, anerkannt.
5. Dieses Ungleichgewicht kann dazu führen, dass Krankheiten chronisch werden wegen des mangelnden Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung durch Fachleute, die die psychologischen Funktionen des Individuums studiert haben. Demnach wird die notwendige Komplementarität zwischen Psychologen und Psychiatern in der Praxis nicht immer beachtet.

Die Logik der psychischen Erkrankung gehorcht weitgehend den Gesetzen der psychischen Kausalität, die sich der Linearität und der Berechnung entziehen; sie unterliegt daher den Auswirkungen unklarer Determinationen. Die Logik der psychologischen und der psychiatrischen Behandlung scheint von derselben Schwierigkeit zu zeugen, Kohärenz und gedankliche Unabhängigkeit zu beweisen und aufrechtzuerhalten, wenn sie sich mit Behörden konfrontiert sieht, die vom Über-Ich getrieben oder gar tyrannisch stets am Organisieren sind, um eine Struktur zu desorganisieren, die seit jeher die Unterordnung verweigert... Man denkt dann an diesen Ausspruch, der oft (projektiv oder nicht) von den Kranken und von der breiten Masse vorgebracht wird, wenn sie die Psychologen und/oder die Psychiater qualifizieren: Aber ihr seid doch alle verrückt!

Veranstaltungskalender

- 14. Januar 2017, Zürich**
Sein Leben unter den Bedingungen einer Behinderung gestalten – Anregung für die Kinderpsychotherapie
Im Rahmen der Weiter- und Fortbildung in Transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis
Dozent: Prof. Barbara Jeltsch
Infos: <http://www.psychotherapie.ch>
- 15. Januar 2017, Zürich**
Besonderheiten der Psychotherapie mit älteren Menschen
Im Rahmen der Weiter- und Fortbildung in Transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis
Dozent: Dr. med. Christoph Held
Infos: <http://www.psychotherapie.ch>
- 20. Januar 2017, Freiburg im Breisgau / D**
PITT Basiccurriculum für Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie
Stabilisierung
Infos: <http://www.luise-reddemann.de>
- 2. März 2017, Aarau**
ACT Kurs/Fachtagung
Taten statt Worte: Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) bei Patienten mit chronischen Schmerzen
Infos: <http://kurse.rehabellikon.ch>
- 11. März 2017, Zürich**
Grundlegende Kenntnisse über andere Psychotherapeutischen Ansätze und Methoden (Gestalttherapie und integrative Therapie)
Im Rahmen der Weiter- und Fortbildung in Transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis
Dozent: Peter Schulthess, lic. phil. I
Infos: <http://www.psychotherapie.ch>
- 12. März 2017, Zürich**
Grundlegende Kenntnisse über andere Psychotherapeutischen Ansätze und Methoden (Systemische Psychotherapie)
Im Rahmen der Weiter- und Fortbildung in Transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis
Dozent: Martin Rufer
Infos: <http://www.psychotherapie.ch>
- 18. März 2017, Bern**
Mitgliederversammlung ASP und Charta
Infos: <http://www.psychotherapie.ch>
- 22.-25. März, Berlin**
Psyche-Soma. Mensch-System
Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Infos:
www.deutscher.psychosomatik-kongress.de
- 23.-24. März 2017, Neuchâtel**
7. Kongress der SSCLP 2017
Natur – Kultur - Sprache
Infos: <http://www.ssclp.ch/de>
- 27.-30. April 2017, Lausanne**
Formation en Psycho-Sexologie Positive (FPSP)
Modules 1 à 4 par Yv Psalti
Infos: <http://www.fpsp.eu/lausanne-ch>
- 13./14. Mai 2017, Zürich**
Kritische Auseinandersetzung: gesellschaftspolitische und ethische Fragen
Im Rahmen der Weiter- und Fortbildung in Transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis
Dozent: Dr. Mario Erdheim
Infos: <http://www.psychotherapie.ch>

- 19. Mai 2017, Freiburg im Breisgau / D**
PITT Basiscurriculum für Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie
 Traumakonfrontation
 Infos: <http://www.luise-reddemann.de>
- 26.-28. Mai 2017, Basel**
Kernkompetenzen in der vielfältigen Praxis der Gestalttherapie
 Tagung der Gestalttherapie Verbände aus D, A und CH
 Infos: www.d-a-ch-tagung-basel-2017.de
- 15.-18. Juni 2017, Lausanne**
Formation en Psycho-Sexologie Positive (FPSP)
 Modules 1 à 4 par Yvon Dallaire
 Infos: <http://www.fpsp.eu/lausanne-ch>
- 16.-18. June 2017, Sigtuna, Sweden**
Compass and Companion. A conference on morenian ethics and philosophy
 Federation of European Psychodrama Training Organizations
 Infos: www.fepto.com
- 21.-24. June 2017, Toronto, CA, USA**
48th International Annual Meeting
 Society for Psychotherapy Research
 Infos: <http://www.sprconference.com>
- 9.-11. Juli 2017, Genf**
Jahreskongress der SGKJPP 2017
 Thema: Transition
 Infos:
<http://www.escap.eu/escap-congresses/2017-geneva>
- 24.-28. Juli 2017, Paris, Frankreich**
8th World Congress: Life and Love in the 21st Century
 Veranstalter: WCP – World Council of Psychotherapy
 Infos: www.worldpsyche.org oder
headoffice@worldpsyche.org
- 13.-15. September 2017, Bern**
Jahreskongress der SGPP 2017
 Infos:
https://organizers-congress.org/frontend/index.php?folder_id=819
- 21.-24. September 2017, Lausanne**
Formation en Psycho-Sexologie Positive (FPSP)
 Modules 5 à 8 par Yv Psalti
 Infos: <http://www.fpsp.eu/lausanne-ch>
- 26.-29. Oktober 2017, Lausanne**
Formation en Psycho-Sexologie Positive (FPSP)
 Modules 5 à 8 par Yvon Dallaire
 Infos: <http://www.fpsp.eu/lausanne-ch>

Interview eines ASP-Mitglieds

Jasna Sevcikova



Sie sind Psychotherapeutin in Genf und haben in Psychologie promoviert. Sie arbeiten vorwiegend mit Kindern und nähern sich dem Unbewussten des Kindes mittels des Theaterspiels und der bildenden Kunst. Könnten Sie uns eingangs Ihre klinische Ausrichtung und die Mechanismen, die Sie im Rahmen Ihrer Therapien in Gang setzen, genauer erläutern?

Keine Kunst an sich ist rein therapeutisch. Gegenüber besitzen alle Künste ein grosses Potenzial, das unter ganz bestimmten Umständen therapeutischen Zwecken dienen kann. Diese Überzeugung bildet, denke ich, die Grundlage meiner Praxis als Psychotherapeutin, die sich kunsttherapeutischer Methoden bedient. Die in den psychotherapeutischen Raum integrierte Kunst schafft einen Hintergrund, vor dem die unbewussten Formen, die Gedankenskizzen, das Vorgelegte und das archaische Denken sich entfalten und dergestalt eine Öffnung für Veränderung schaffen können. Wahrscheinlich arbeite ich aus diesem Grund hauptsächlich mit Kindern. Ihre von Ungeheuern und Fantasien bewohnte Vorstellungswelt ist der Kreativität förderlich, die auf aussergewöhnliche und oft unerwartete Weise ein unbewusstes Erleben vermittelt. Das Zeichnen und Bildhauern, die Marionetten, Masken, Rollenspiele usw. haben eine höchst symbolische Funktion. Ich suche nach dieser Symbolik, um in den Therapien einen Raum zu entwickeln, der die Vorstellung oder Nichtvorstellung jeder Person aufnehmen kann. In diesem Raum ist das Konzept des «Spielens» und vor allem das des «Miteinander-Spielens» von herausragender Bedeutung und bietet die Möglichkeit für eine Begegnung, die zu Veränderung führen kann.

Wie sind Sie zur Psychologie und insbesondere zur Psychotherapie gekommen?

Ich bin unter dem kommunistischen Regime in Prag geboren und in dieser magischen Stadt der vielen Geschichten aufgewachsen. Die Vorstellungskraft und die Kreativität, das zarte Bündnis zwischen Kunst und Widerstand, wirkte als Barriere gegen die Beklemmung dieser Situation des Eingesperrtseins. Diese Kraft, die ich seit frühesten Jahren miterlebt habe, nährte damals die tiefe Hoffnung, dass eine Veränderung möglich sei, solange es die Solidarität, die menschliche Beziehung und das Teilen gab. In meiner Jugend habe ich angefangen, Theater zu spielen, habe philosophische und psychologische Werke gelesen und dann nach Verbindungen dieser Er-

fahrungen zu meinem grossen Traum, die Welt zu verändern, gesucht.

Dann kam der Sturz des kommunistischen Regimes. Die Öffnung des Landes und die Hoffnung auf eine bessere Zukunft brachten eine Ausweitung meiner Perspektiven auf einen zuvor unbekanntem Raum. Mit der Kühnheit meiner achtzehn Jahre und mit klopfendem Herzen habe ich die Gelegenheit beim Schopf gepackt. Mit weit aufgerissenen Augen angesichts der Welt, die sich hinter der Mauer befand, bin ich in der Schweiz angekommen: ich als Ausländerin, die eine fremde Welt betrachtet. Ich entdeckte dann, dass die Schweiz mir ein aussergewöhnliches «Spiel»-Feld bot und habe mich neben meinem Studium dem Theater gewidmet. In meiner Erfahrung hatten die beiden Bereiche einen tiefen Sinn und beiden kam eine sehr grosse Bedeutung zu.

Dann hat ein befreundeter Kinderpsychiater mir vorgeschlagen, in der gerade von ihm eröffneten Praxis zu arbeiten. Obwohl ich keinerlei psychotherapeutische Erfahrung hatte, habe ich akzeptiert und auf das mir entgegengebrachte Vertrauen gesetzt. Ich habe im *Atelier*, einem Genfer Bildungsinstitut für Kunsttherapie und Psychotherapie, eine Ausbildung in Poietischer Psychotherapie gemacht. Dank dieser Ausbildung sind tatsächliche Verbindungen zutage getreten und mein Wunsch, gleichzeitig künstlerisch und psychotherapeutisch tätig zu werden, ist Wirklichkeit geworden.

Ich bin der Meinung, dass wir in dieser Tätigkeit auf den Trümmern des Unerträglichen eine erträgliche Welt erfinden und konstruieren. Die Universalität der Kunstwelt sowie der Begriff der Wertfreiheit ermöglichen es, zugleich Abstand vom persönlichen Leiden zu gewinnen und auf neue Weise an das eigene Dasein und die eigene und einzigartige Lebensgeschichte anzuknüpfen.

Die Begegnung zwischen Theater und Psychotherapie hat dann in Ihnen den Wunsch geweckt, eine Doktorarbeit über die Beziehungen zwischen beiden zu schreiben. Was haben Sie im Rahmen dieser Arbeit erforscht und zu welchen (vorläufigen) Schlüssen sind Sie gelangt?

Es hat lange gedauert, ehe meine Doktorarbeit sich in ihrer endgültigen Form herauskristallisiert hat. Ich bin von der Idee ausgegangen, mich auf einer rein theoretischen Ebene mit

den Beziehungen zwischen den beiden Bereichen auseinanderzusetzen. Ich habe mich für den Schamanismus interessiert, der meines Erachtens eine Form von «Prä-Theater» darstellt, worin die Vorstellungen der Betreuung, des Spiels und des Rituals sich miteinander verbinden, um eine sehr körperbetonte, symbolische Darstellung hervorzubringen, die eine Veränderung herbeiführt. Ich habe mich daher gefragt, warum das Theater, genau wie andere Künste, in den gegenwärtigen Psychotherapien noch relativ wenig eingesetzt wurde. Die Veränderungskraft des Theaters, die ich als Schauspielerin erleben konnte, faszinierte mich sehr, so dass die Verbindung mir offensichtlich und durchaus auf den psychotherapeutischen Rahmen übertragbar zu sein schien.

Doch als ich als Klinikerin mit Kindern zu arbeiten begann, gerieten meine Gewissheiten bald ins Wanken. Mir wurde klar, dass es sich hier um ein ganz anderes Theater handelte und die therapeutische Bühne derjenigen, an die ich gewöhnt war, überhaupt nicht glich. Die Logen waren von Geistern aus mehreren Generationen besetzt, im Bühnenhintergrund spielten sich nicht aufführbare Familiendramen ab, die Figuren starben oft, bevor sie eine reale Gestalt annehmen konnten, und all dies ohne ein begeistert applaudierendes Publikum. So habe ich den Gesamtaufbau meiner Doktorarbeit neu durchdacht und beschlossen, die klinische Wirklichkeit hineinzubringen, indem ich das «therapeutische Theater» anhand von sechs mit Kindern durchgeführten Therapien erzähle. Hervorgegangen ist daraus eine klinisch-theoretische Arbeit über den Übergang von einer archaischen, chaotischen und formlosen Welt zu einer symbolischen Welt, die das Spiel und die Darstellung fördert.

Ohne voreilige Schlüsse ziehen zu wollen, scheint mir, dass das Theater – und seine Illusion «ebenso wirklich wie die Wirklichkeit und doch fiktiv» – ein Mittel ist, um die Formen der nicht verarbeiteten Instanzen und Bewegungen der Psyche, die vorher formlos und ohne Verbalisierung sind, zu «fixieren». Dank der gelebten Rolle und der wahren Verkörperung der «Dämonen», die ebenfalls in Rollen auftauchen, zeichnet sich ein neues Erleben in der Körperlichkeit ab. Die Rolle garantiert die Sicherheit für die Auseinandersetzung, da sie ein Nicht-Ich repräsentiert, das den Abstieg ins Archaische ohne eine echte Regression ermöglicht. Durch diese Verlagerung

entfaltet sich das Spiel auf einem «Nebenschauplatz», der es erlaubt, die schmerzlichen Erlebnisse durch eine reale Dramatisierung zu entdramatisieren.

In dieser parallelen Welt des Theaters ist die Gefahr nicht mehr lebensbedrohend und die Wiederholung fungiert als Zählung. Die Gefahr eines psychischen Zusammenbruchs macht so der Öffnung für ein denkbare Anderswo Platz. Die im Spiel der Figuren verkörperte Fantasie schafft eine neue Beziehung zu den hier und jetzt entstehenden Gefühlen. Ein anderer Schauplatz gegenüber der dumpfen Dialektik der pathogenen Wiederholungen bietet nunmehr einen zu konstruierenden bzw. neu zu konstruierenden Raum, indem er neue lebbare und Kraft spendende Formen schafft. Durch die stark verkörperte Vorstellung und die Macht der symbolischen Konstruktion beginnt das Wirkliche einen Weg zu nie zuvor erprobten Lösungen und weckt die Hoffnung auf eine weitere Veränderung.

Das Paradox und die Illusion des Theaters verleihen der Hilflosigkeit, dem Wahnsinn oder der Schande ein anderes Bild und verwandeln sich in Träger von Poesie und Träumerei, selbst wenn sie bisweilen grausam sind. Auf die Psychotherapie übertragen, machen dieses Paradox und die Theaterillusion die von ihrem pathologischen Sinn entkoppelte Symptomatik erträglich bzw. tragbar und bringen einen poetischen, schöpferischen Schwung der Veränderung mit. In die Haut und in den Charakter einer fiktiven Gestalt zu schlüpfen, um sie zu verkörpern und zu bewohnen, verweist überraschend auf eine Möglichkeit, man selbst zu sein und sich als solches Selbst zu erkennen.

Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten bestehen zwischen Ihrer Technik und der des Psychodramas? Als Anhaltspunkt erinnere ich hier an die Definition des Psychodramas in seinem allgemeinsten Sinn als einer theatralischen Inszenierung innerer Konflikte, die das Subjekt in seiner Beziehung zu den anderen Schauspielern auf der Bühne in einem therapeutischen Rahmen externalisiert.

Der erste Unterschied scheint mir im Körpererleben zu bestehen, das bei der Sitzung angeregt wird. Ich halte die körperliche Dimension für grundlegend, damit eine vollständige Figur entstehen kann. Wir sind aus Fleisch und Blut, wir sind Materie und zwar sich verändernde Mate-

rie. Der Körper steht im Mittelpunkt des Lebensschauspiels, er ist sein Herz, sein Muskel und Atem, sein Rhythmus, sein Objekt und Subjekt zugleich. Der Körper existiert, um dem Unbewussten, das heisst dem Unsichtbaren und Unsagbaren, Gelegenheit zu geben, sich zu verkörpern. Doch damit dies geschehen kann, scheint mir eine Vorbereitung notwendig zu sein. Ich habe mich daher auf gewisse Techniken gestützt, die ich aus der Schauspielerei kannte und die beim Schauspielunterricht oft verwendet werden. In meinen Sitzungen schlage ich eine Art *Verkörperung* vor, bevor ich zum eigentlichen Spiel übergehe. Diese besteht aus verschiedenen spielerischen Übungen, die eine Arbeit an der Stimme, den Bewegungen und Körperhaltungen, dem Atmen und dem Körperbewusstsein insgesamt einschliessen. Meiner Ansicht nach funktioniert diese *Verkörperung* auch als ritualisierter Übergang, der es dem «Körper des Alltags» ermöglicht, ein «modellierfähiger Körper» zu werden, der bereit ist, eine zu spielende Rolle aufzunehmen. Ich wage sogar, mir vorzustellen, dass es sich hier um eine gewollte Dekonstruktion von Körpermustern bzw. um eine Rückkehr zur archaischen Welt handelt, wobei dem Körper seine primäre Funktion zurückgewonnen wird, welche die sensomotorischen Empfindungen ohne Eingreifen der Sprache oder des Verstandes betrifft. Dieses verstärkte Körpererleben in einem Teil der Sitzung wirkt in meinen Augen dem Denksystem entgegen und verwandelt den Körper in ein Gefäss für die Aufnahme anderer unbewusster Formen, ohne die «Konflikte» unbedingt direkt anzugehen. Dies ist ein erster wichtiger Unterschied.

Der zweite Aspekt, den ich erwähnen möchte, betrifft den Ort, der in der Therapie der Vorstellungskraft zukommt. In meinem Ansatz steht die Vorstellungskraft, welche die Kreativität unmittelbar anregt, im Mittelpunkt. Sie bringt eine nicht reale, exzentrische und dennoch für die inneren Bewegungen bedeutsame Seite ein. Die zu spielenden Geschichten sind also rein fiktiv, sie werden von den Teilnehmern an der Gruppentherapie gemeinsam geschaffen bzw. gehen sie im Fall von Einzelsitzungen direkt aus der persönlichen Vorstellungskraft des Patienten hervor. Zunächst nehmen diese Geschichten die Form einer Erzählung an, die oft einem Märchen oder einer erfundenen Legende gleicht. Nichts ist darin wirklich und dennoch dreht sich alles um sehr reale Wesen. Ich stelle mir diese Phase gern als *Imaginieren* eines zu spielenden Drehbuchs vor. Mittels der Erzählung können die Personen in ihren Charakterzügen und ihrer Persönlichkeit, ihren Fehlern, Eigenschaften und Vermögen und auch in ihren körperlichen

Merkmale fantasiert oder erdacht werden. Anhand dieser Vorstellungen lässt sich eine Inszenierung mit szenischen Ereignissen entwerfen, die den Ablauf einer aufzuführenden Geschichte und die reale Schaffung der Personen sicherstellt, die sich in den zu spielenden Rollen zwischen «hier» und «anderswo» bewegen. Erwähnenswert ist, dass wir bei unseren Sitzungen auch Kostüme und anderes Zubehör benutzen. Ich stelle mir das therapeutische Theaterstück immer wie eines vor, das tatsächlich aufgeführt werden könnte.

An dritter Stelle unterscheidet sich meines Erachtens das szenische Spiel selbst vom Psychodrama. Ich versuche dieses Spiel – gewiss aus meiner «wirklichen Theatererfahrung» – in die Therapien einzubringen, und diejenigen Aspekte, die Therapie und wahren Theater gemeinsam sind, zu vermitteln. Die Vorstellung von der Straflosigkeit des Schauspielers bei dem, was er spielt, hat dieselbe Bedeutung wie die Wertfreiheit in der Therapie. Genau wie der Schauspieler stützt sich der Patient bei seinem Spiel auf die Bedeutung des Scheins, so dass das Spiel in einem privilegierten, von der Wirklichkeit unterschiedenen Raum stattfinden kann. Ich erinnere mich an Aufführungen, bei denen ich als Zuschauerin schrecklichen Szenen beigewohnt habe, ohne mir indes das Geringste entgehen zu lassen. Ich empfand sogar Freude daran. Was im Leben unerträglich ist, wurde auf der Bühne erträglich, vorausgesetzt, alle spielen das Spiel mit.

Eine der besten Theaterstunden, die ich jemals erhalten habe, fand in einem sehr besonderen Umfeld statt: einem Park mit Kindern, die Piraten spielten. Aufgefordert mitzuspielen, wurde ich ein feindlicher Pirat. Sehr bald wurde ich von einem Säbel mitten in den Bauch getroffen und stürzte zu Tode verletzt zu Boden, kleine Schreie ausstossend – nicht zu furchterregend, um meinem jungen Publikum nicht *wirklich* Angst einzujagen – und mit grossen Gesten mein Leiden mimend. Ich wand mich komisch, verzog das Gesicht und zögerte so den Moment meines Todes hinaus. Schliesslich täuschte ich mit einer überzogenen und wenig realistischen Theatralität meinen Tod vor, mit einem kleinen inneren Lächeln der Zufriedenheit, das besagte: Ja, es war alles dabei, um mein junges Publikum zu befriedigen. Da schreit ein kleiner Junge wütend: «Halt! Du sollst nicht so tun, als würdest du sterben, mach so, als wärst du wirklich tot». Verblüfft über seine Bemerkung, halte ich abrupt inne. Wir fangen wieder von vorne an und ich spiele meinen Tod nochmals, *wirklich als ob*, ohne grossen Lärm und grosses Aufheben, mit dem kleinen Satz dieses Kindes im Sinn, das von

mir verlangte, ein Stück von meinem wahren Selbst in mein Spiel einzubringen.

Wir sind alle gleich, wenn wir spielen. Die einzige Regel ist in diesem Moment, «so zu tun als ob», sich von der Theaterillusion tragen zu lassen und den Personen sowie der Geschichte zu erlauben, sich im «Hier und Jetzt» wirklich zu verkörpern. Die Rolle des Therapeuten und die des Patienten werden durch ein «anderes Theater» abgelöst, in das wir alle verwickelt sind. Aus dieser Einverleibung des Imaginären in der das wahre Theater seinen Sinn gewinnt, kann keiner sich heraushalten. Wir stellen uns derselben Welt, der des Fiktiven und dennoch Wirklichen, die wir durch unser Wesen verkörpern. Wir spielen zusammen, begegnen einander und konfrontieren uns in der Freude unseres Wesens wie in unseren tiefsten Ängsten miteinander. Es ist ein ausserhalb der Zeit zwischen uns erstarrter Moment, in dem die Raumzeit sich verdichtet und das Unausprechliche einen Weg zur Ausdruckbarkeit findet. Die Frage der Interpretation im psychotherapeutischen Sinn des Wortes wird mithin überflüssig, denn die Personen haben sich bereits interpretiert, gespielt und ihre Geschichten unter Befragung von Leben und Tod aufgerollt. Wie im Theater gehen die Patienten von der Bühne ab. Der Vorhang fällt, es bleibt nur diese unfassbare Spur unserer Patienten wie unserer selbst, die sich in unser Inneres einprägt.

Warum haben Sie sich entschieden, Mitglied der ASP statt der FSP zu werden? Wissen Sie, dass die Psychiater in Genf es ablehnen, mit Psychologen zusammenzuarbeiten, die keine FSP-Mitglieder sind?

In erster Linie habe ich mich für die Mitgliedschaft in der ASP entschieden, weil ich dem Beruf der Psychotherapeutin näherstehe als dem der Psychologin. Ausserdem finde ich, dass die ASP sehr aktiv für die Rechte der Psychotherapeuten eintritt und regelmässig mit internationalen Stellen zusammenarbeitet, so dass vielfältige Öffnungen ins Ausland entstehen. Doch möchte ich nicht verbergen, dass meine Entscheidung nach der Konfrontation mit dem sehr starren System der FSP radikal zugunsten der ASP ausgeschlagen ist. Konkret gesprochen, könnte ich der FSP zufolge meine Ausbildung in expressiver Psychotherapie nicht als Hauptrichtung anerkennen lassen. Sicher könnte ich meine parallel durchlaufene psychoanalytische Ausbildung geltend machen, aber ich verstand nicht, warum meine Spezialisierung in expressiver Psychotherapie auf diese Weise ignoriert oder sogar verachtet wurde. Die Ausbildung von *l'Atelier* basiert auf post-Bion'schen Modellen und ist von der Schweizer Charta für Psychotherapie

anerkannt. Trotz meiner Argumentationen und meiner Bitte um eine vertiefende Diskussion über das Thema bin ich bei der Verwaltung gegen eine Wand des Dogmatismus gestossen. Ich finde es auch bedauerlich, dass manche Psychiater in Genf den Mitgliedern der FSP den Vorzug geben, obwohl auf Bundesebene beide Verbände in Bezug auf Kriterien und Anerkennungen gleichgestellt sind.

In unserem Fach ist es offiziell notwendig, den Status eines freiberuflichen Psychotherapeuten zu haben und über eine Berechtigung zur freiberuflichen Ausübung zu verfügen. In Wirklichkeit wird die freiberufliche Ausübung der Psychotherapie erschwert und wir hängen von der Zusammenarbeit mit einem Psychiater und den daraus erwachsenden Zwängen ab. Was halten Sie von dieser Pseudo-Freiberuflichkeit und ihren Folgen für die Betreuungsbeziehung und den Zugang zur Psychotherapie?

Das ist wirklich eine schwierige Frage. Man empfindet es tatsächlich als Ungerechtigkeit und verspürt auch Verärgerung darüber, dass man nach jahrelangem Studium, Ausbildungen, Supervisionen und klinischer Arbeit, die verlangt werden, um unseren unabhängigen Fachtitel in Psychotherapie zu erhalten, von der Grundversicherung kein Geld bekommt ohne Überweisung eines Psychiaters und mit der Pflicht, mit ihm unter einem Dach zu arbeiten. Und mehr noch als Verärgerung möchte ich sagen: Man verspürt Ohnmacht. Wer von uns kann es sich leisten, eine unabhängige Praxis zu eröffnen, ohne darauf zu zählen, direkt mit den Grundversicherungen zusammenzuarbeiten? Soll das heissen, dass wir als freiberufliche Psychotherapeut/innen nur mit Personen arbeiten können, die reich genug sind, um die Beratung allein aus eigenen Mitteln bestreiten zu können? Oder dass wir die ganze Nachfrage befriedigen, aber wenn die Mittel der Zusatzversicherungen erschöpft sind, den Patient/innen verkünden sollen, dass sie aus eigener Tasche bezahlen müssen oder «vielen Dank und auf Wiedersehen, die Psychotherapie ist zu Ende, weil wir keine Anerkennung haben, um Ihnen bis zu Ende zu helfen»? In welchem Zusammenhang steht unsere Ethik als Therapiefachkräfte zu dieser Finanzfalle?

Ich persönlich begleite in meiner Tätigkeit häufig Patient/innen mit schweren Erkrankungen. Auf dieser Ebene ist die Zusammenarbeit mit einem Psychiater oft notwendig und je nach Fall finde ich sie sehr wertvoll und nützlich, um den Patient/innen eine umfassende Hilfe zu bieten. Doch dies sollte eine freie Entscheidung und keine Verpflichtung sein. Vor allem bin ich fest davon überzeugt, dass ein echter Austausch über

eine/n Patienten/in zwischen den verschiedenen Therapieberufen ein noch umfassenderes, unvergleichlich reiches Bild ergibt. Damit dies jedoch tatsächlich funktionieren kann, müssen wir in unserer ärztlich-rechtlichen Anerkennung gleichgestellt sein. Es geht dabei nicht um Konkurrenz, sondern um eine korrekte Aufteilung zum Wohl der Patient/innen, die im Mittelpunkt unseres Interesses stehen und stehen müssen.

Glauben Sie nicht, dass es weniger um eine Wahl als um eine Verpflichtung zu Folgemaßnahmen gehen sollte, insbesondere für Erkrankungen, die eine psychiatrische Behandlung erfordern? Ich meine Verpflichtung auch im Sinn einer Pflicht zur Annäherung an die Krankheit aus zweierlei Blickwinkeln, solange wir unterschiedliche Ausbildungen und Kompetenzen haben (obgleich die Verwirrung sich aus dem gleichen Präfix *Psy-* ergibt, das unglücklicherweise beide Berufe begleitet).

Ich denke tatsächlich, dass die beiden Bereiche, die Psychologie und die Psychiatrie, unterschiedliche Kompetenzen umfassen und ihre Verbindung in einer Behandlung mit zweifachem Fokus für bestimmte Patient/innen eine vollständige Begleitung darstellt. Allerdings möchte ich den Sinn des zweifachen Fokus unterstreichen, denn die Definition selbst besagt, dass der Fokus nicht gleich ist. Auf Seiten der Psychologie versuchen wir eine Psyche in Not zu betreuen und es ihr durch unsere Begleitung zu ermöglichen, sich auf verschiedene psychologische Schritte zu stützen, die ein menschliches Wesen in der Komplexität seiner inneren Bewegungen wie in seinen Aussenbeziehungen konstituieren. In unserem Studium lernen wir den Aufbau der psychischen Struktur kennen, wir studieren ihre festen Grundlagen, die das Identitätsgerüst bilden, die subtilen Bewegungen des Gefühlsflusses, die unterbewusste Triebentladung sowie die vielfältigen Verknüpfungen der Gedanken über uns selbst und die anderen. Damit eine psychologische Betreuung einen günstigen Verlauf nehmen kann, muss der/die Patient/in zu einer psychischen Arbeit an sich selbst imstande sein. Bei bestimmten schweren Erkrankungen wird diese innere Verbindung zu

sich selbst aufgrund massiver Ängste vermeiden, die das Denken verhindern. Genau in solchen Fällen bitten wir die Psychiater hinzu, damit der/die Patient/in mit Hilfe von Medikamenten die Denkfähigkeit bewahren und in der begonnenen Psychotherapie vorankommen kann. Es ist klar, dass dieser Weg im gegenwärtigen System völlig einfach und leicht realisierbar ist, da die Mehrzahl der freiberuflichen Psychologen/Psychotherapeuten in ein und derselben Praxis mit einem Psychiater zusammenarbeitet.

Ich erlaube mir, auch den Blickwinkel der Psychiater kurz aufzugreifen. Freilich ist es nicht derselbe Beruf und ich kann daher nur als Beobachterin bzw. in meinem eigenen Namen sprechen. Ich habe auf meinem Weg stets ein gutes Einvernehmen und eine gute Zusammenarbeit mit meinen Kolleg/innen aus der Psychiatrie gehabt. Doch ich muss sagen – und dies tatsächlich in Kenntnis der Sachlage – das nur wenige privat niedergelassene Psychiater uns um eine psychologische und psychotherapeutische Betreuung zusätzlich zur medikamentösen Behandlung bitten, die zu Recht aufgrund psychischer Störungen durchgeführt wird. Ich frage mich daher, warum diese in meinen Augen sehr wichtige Zusammenarbeit immer noch durch eine Art von Nicht-Anerkennung der verschiedenen Berufe und den Glauben, dass Medikamente wie mit dem Zauberstab psychische Leiden definitiv beheben können, beeinträchtigt ist.

Ich komme sofort zum gordischen Knoten. Wenn wir innerhalb unserer Betreuungsberufe unfähig sind, uns anzuerkennen, mit unseren unterschiedlichen Fähigkeiten miteinander zu kommunizieren und uns zu achten, gereicht das niemandem zum Vorteil. Die Ersten, die darunter leiden, werden unsere Patient/innen sein, weil es unsere Betreuung schwächt. Eine wirklich traurige Feststellung.

Dr. phil. Jasna Sevcikova ist Psychotherapeutin ASP und praktiziert in Genf.
Mitglied der ASP seit 2013

Das Gespräch führte Liviu Poenaru

Skizze psychoanalytischer Arbeit in ostafrikanischen islamischen Städten ¹

Islamische religiös-weltliche Gesetze und Normen als Basis für Widerstand und Abwehrbewegungen von PatientInnen im Rahmen (situativ angepasster) psychoanalytischer Arbeit ²

Barbara Saegesser

Ende 2005 flog ich nach Alexandria (Ägypten), um mich ein paar Tage auszuruhen und umzusehen. Gleich am ersten Tag, auf meinem Spaziergang durch einen herrlichen, am Meer gelegenen, beinahe menschenleeren Park, fiel mir ein spazierendes Paar auf, Mann und Frau, Schritt für Schritt begleitet von einer roten Katze, die mit erhobenem Schwanz, dem Paar sozusagen stolz an ihrer Seite gehend, gemeinsam mit ihnen spazierte. Dieser seltene Anblick, dieses Bild erschien mir so heiter, dass ich das Paar ansprach und sie fragte, ob sie öfters zusammen mit ihrer Katze spazieren gehen würden. (Es ist ja nicht alltäglich, dass eine Katze ihre spazierende «Herrschaft» gesittet und stolz wie ein Hündchen begleitet.) Nein, antworteten sie und erklärten mir, wie aussergewöhnlich grad dieser Morgen für sie sei. Sie waren, eben aus Europa zurückkommend, in den allerfrühesten Morgenstunden in Alexandria gelandet.

Der Mann, ein Arzt, ist hier beheimatet. Seine Frau in England. Schnell kommen wir ins Gespräch, tauschen im Stehen uns aus, bis ein Anruf uns unterbricht. Der Arzt M. wird gebeten, einen Konvoi in ein Waisenhaus zu begleiten. Dieses Gespräch bildete für mich den Anfang einiger Freundschaften und Arbeitsbeziehungen in Alexandria, einer Stadt, in der ich zuvor keinen Menschen kannte. Dank des neu gewonnenen Bekannten und Arztes, der um Hilfe für den geplanten Konvoi gebeten wurde, konnte ich be-

reits am nächsten Tag ein alexandrinisches Waisenhaus besuchen, und zwar mit eben diesem Konvoi, der Kleider und Spielzeug, Weihnachtsgeschenke, bezahlt aus dem Erlös des jährlichen Bazars der reicheren Damen Alexandrias, hinbrachte. Nie vorher hätte ich daran gedacht, in Alexandria Waisenhäuser aufzusuchen. Nein, ich wollte dort die Stadt voller Künstler suchen und kennen lernen, die Lawrence Durrell in seinem 1957-1960 geschriebenen «Alexandria Quartett» ³ lebendig werden lässt. Der Konvoi dünkt mich eher seltsam: vier grosse Autos, vollgepackt mit Schuhschachteln, in welchen Geschenke für die Waisenkinder lagern. Die originellen und auch extravaganten Initiatorinnen des erwähnten Bazars haben zum Teil ein höheres Alter und es sieht so aus, als seien sie vielleicht Gattinnen ehemaliger englischer kolonialistischer Generäle. Im Heim nun werden die ungefähr 100 Schuhschachteln, die jeweils für spezifische Altersklassen gedacht und zusammengestellt sind, Waisenkindern mit etwa entsprechendem Alter gegeben, und zwar nach Geschlechtern differenziert. Und wie reagieren die Waisenkinder? Es gibt welche, die sich freuen und sich bedanken, andere, die die Schuhschachtelspende entgegennehmen und dann grad wieder weg fliehen, und dann gibt es welche, die gar nicht zu den Damen und deren Schuhschachtelspenden kommen. Diese sind schwerst depressiv, kleinste bis grössere – 3- bis ca. 16- jährige – und ihr Gesicht, vor lauter Elend, Kummer und Schmerz ganz alt und verkümmert. Sie bleiben halb versteckt zuhinterst stehen oder in der Hocke an einer Wand, die sie im Rücken ein wenig stützt, angelehnt. Andere drehen sich um und rennen weg. Sie erwarten offensichtlich nichts mehr von erwachsenen Menschen, ihre Hoffnungslosigkeit scheint bodenlos zu sein. Im Moment, wo ich die völlig verzweifelten, innerlich abgewandten und



1 Saegesser, B.: «Un travail psychothérapeutique...» Vgl. Bibliographie.

2 Mit „situativ angepasst“ meine ich folgendes: ich arbeite hier psychoanalytisch ohne Couch. In der Regel ohne festgelegtes äusseres Setting (Raum, Ruhe, Austausch in Zweiersituation). Mein psychoanalytischer Rahmen ist mein innerer psychoanalytischer Rahmen. Psychoanalyse entsteht im inneren psychoanalytischen Prozess, der von Raum und Zeit- dies nicht philosophisch, sondern konkret verstanden- mehr oder weniger unabhängig verlaufen kann

3 Durrell, Lawrence, Alexandria Quartett. Justine, Balthasar, Mountolive, Clea. 1956 -1959. Neuaufgaben Rowohlt. Reinbek 1997/98

wohl völlig vereinsamten Waisenkinder sehe, die sich von den Erwachsenen wegdrehen und sie flüchten, wird's für mich augenblicklich evident, in Waisenhäusern⁴ dieser Stadt psychotherapeutisch zu arbeiten. Im aktuellen Heim kann dies, aus verschiedenen Gründen, nicht geschehen und ich erkundige mich nach anderen Waisenhäusern. Es gebe sehr viele, sagt man mir. Zwei Tage später nehme ich meine Arbeit im «Dar el X» in Alexandria auf. So beginnt meine nunmehr 11-jährige psychoanalytische und Ausbildungsarbeit in ostafrikanischen muslimischen Städten und Ländern.

Die rote Katze im alten herrlichen Park am Meer, die neben ihrer Herrschaft spaziert, führte zu einer neuen überaus wichtigen Facette meines Lebens und Arbeitslebens.

Während eines Teils meiner Ferienzeit arbeite ich seitdem humanitär in verschiedensten ostafrikanischen Städten in Waisenhäusern und Spitälern. Begonnen habe ich in Alexandria (Waisenhäuser), daraufhin war ich in Khartum (Heim für Street - Boys), danach insgesamt drei Mal in Addis Abeba und Hawassa (Waisenhäuser und internationale Organisationen, etwa «SOS Infants», «Save the Children», «MSF» u.a sowie rudimentäre Ausbildungsfunktionen und Vorträge), daraufhin in der Nähe von Kampala (Uganda), in einer grossen, diesmal christlichen Waisen-Organisation (mit Waisenhaus, Schule und Ausbildungsplätzen für handwerkliche Berufe) und danach neunmal in Djibouti. Zuerst im damaligen, von katholischen Schwestern aufgebauten und geleiteten christlichen Waisenhaus, das Babys nach Europa und USA «verkauft». Das existiert nicht mehr, da die «Première Dame»⁵ des Landes alle Waisen adoptiert hat und damit bedeutet: in meinem Land gibt es keine Waisenkinder.⁶ Daraufhin wechselte ich dort ins Spital für die Allerärmsten und in Maternité und Neonatologie.

Ich bewege mich in all diesen Institutionen jeweils dort, wo grad grösste Not herrscht - jedenfalls soweit ich das abschätzen kann. Ich wähle, etwa in der Maternité, meinen Arbeitsort selbst: Schwangere in der Chambre du travail, kritische Geburten, Operationssaal, Wachraum, Krankenzimmer oder Neonatologie.

4 Nach einer gewissen Zeit hatte ich mir einigermassen ein Bild über die Art und die Anzahl dieser Waisenhäuser verschafft. Es waren zum damaligen Zeitpunkt 30-40, teils private, teils halbstaatliche und ein grosses staatliches.

5 I. e. die Frau des Präsidenten

6 Waisenkinder gibt es nicht eigentlich, bestimmt der Koran, denn diese werden sogleich in das noch bestehende Familiengefüge aufgenommen und so integriert, dass sie fortan keine Waisen mehr sind.

Seit ca. 2 Jahren arbeite ich nun psychoanalytisch-psychotherapeutisch und ausbildnerisch auf einer Insel im Indischen Ozean, und da im staatlichen Spital und in der staatlichen Psychiatrie. Aktuell, in Psychiatrie und Spital, werde ich, sobald ich hinkomme, auf «schwierige Patienten» hingewiesen und gebeten, mit diesen «etwas zu machen». Die Patienten sind Kinder, Waisenkinder mit Tante oder Großmutter, Frauen, Männer, Drogensüchtige, von Drogen⁷, von Unterernährung und täglichem Elend psychosomatisch zerstörte. Ihr jeweiliger Krankheitszustand ist im Vergleich mit Patienten westeuropäischer psychiatrischer Kliniken und Spitäler um vieles elender und dramatischer. Im Spital bewege ich mich momentan auf der allgemeinen Medizin und in der Pädiatrie. Mit den jungen ÄrztInnen bildete ich eine Balintgruppe und begleite sie, wenn immer möglich, auf ihren Visiten, um u.a. über die Basis der Beziehung Arzt-Patient und über psychosomatische Fragen zu sprechen.

Im grossen psycho-somatischen Kinder-Elend, dem psycho-somatischen Elend der Erwachsenen sowie dem psycho-somatischen Elend der Betreuerinnen der diversen Waisenhäuser und Spitäler habe ich viel an kulturellen und kulturell-religiösen Eigenheiten ostafrikanischer Städte und Ethnien und über kleine Waisen, über erwachsenere Kriegswaisen und von Hunger und Angst bedrohte, vom psychosomatischen Elend gekennzeichnete Menschen, gerade auch Flüchtlinge (vor allem aus Somalia, Sudan, Eritrea und Äthiopien) erfahren, und zugleich meine psychoanalytischen Konzepte und klinischen Erfahrungen als unentbehrliche Grundlage für mein neues Arbeitsgebiet auf neue Art schätzen gelernt. Ich sehe mich mitunter mit höchst besorgniserregenden Formen psychischer und psychosomatischer Krankheits- und Todes-naher Zustände konfrontiert.

Erst nach einer gewissen Arbeitszeit merke ich nach und nach, dass Psychologie mancherorts kaum gekannt oder ausgeübt wird, und Psychotherapie natürlich noch weit weniger. Ich gewöhne mich daran, mit meiner psychoanalytischen Haltung und meinem psychoanalytischen Denken und Einschätzen von Konfigurationen etwas Fremdes in die jeweiligen Kulturen bzw. Ethnien und ins Verständnis, ins Selbstverständnis des Individuums oder einer familiären Struktur zu bringen. So bin ich nicht allein mit dem Misstrauen, das man gegenüber Weißen, die etwas Unbekanntes «applizieren» wollen – das kann an das Vorgehen der Kolons erinnern – kon-

7 Die Insel ist ein Drogenumschlagplatz. Sie liegt auf einer internationalen Drogenstrasse. Drogen kosten dort ungefähr 90 % weniger als in Westeuropa.

frontiert, sondern zugleich mit dem Misstrauen in Hinsicht auf meine Art, auf Babys, Kinder und Erwachsene, vorwiegend Frauen, einzugehen und mit ihnen psychoanalytisch zu arbeiten. Der Begriff Psychotherapie ist selbst im medizinischen oder Heim- Umfeld gar nicht bekannt, auch nicht in der Psychiatrie.

Generell erfahre ich hier in ostafrikanischen Gegenden, wie ich, trotz kultureller Unterschiede und Schwierigkeiten, aber natürlich im Bewusstsein dieser Schwierigkeiten und auch im genauen Abwägen dessen, was ich von meinen Gedanken mitteile oder eben nicht, wie die Menschen/Patienten beginnen, sich auf neue Art für sich selbst zu interessieren. Es kommt etwas in Bewegung.

Das individuelle, subjektiv Psychische wird in vielen ostafrikanischen Kulturen und Ethnien vorwiegend ignoriert. Das eigene psychische Geschehen ist dem Koran entsprechend normiert, der anscheinend alle menschlichen individuell-subjektiven und «objektiven» Bedürfnisse, also auch die psychischen, regeln und erfüllen soll und scheinbar kann. Durch meine Arbeit geschieht etwas «fundamental» Anderes. Ich repräsentiere - jedenfalls nach aussen hin - keine Ideologie. Mit meiner Besetzung, gerade auch der dringlichsten subjektiven und narzisstischen Nöte und individuellen Bedürfnisse, der intensiven therapeutischen Spiegelung, meiner Rêverie der PatientInnen, meiner persönlichen psychoanalytischen Hypothesen über die psychischen Konfigurationen der PatientInnen, kann sich möglicherweise in deren Denken eine «kleine Freiheit», etwas winziges Neues, etwas Wiedergefundenes entwickeln und entfalten. So etwa die Fähigkeit, zu diskriminieren oder neues Altbekanntes in sich selbst wahrzunehmen, scheinbar «unbekannte» Sehnsüchte und Wünsche zu entfalten. Und diese neuen, eigentlich aus dem Fundus der nicht islamisch normierten Kinderwelt und dem Unbewussten wiedergefundene psychischen Qualitäten entsprechen nicht den koranischen Normen hinsichtlich Denken und Fühlen eines (muslimischen) Menschen.⁸

Ich arbeite im geschilderten Umfeld ähnlich einer Ambulanz und dies scheint zeitlich und im jeweiligen Moment qualitativ zu genügen.

Ich begegne in meiner Arbeit hauptsächlich muslimischen Menschen, die keine Ahnung haben von dem, was ich psychoanalytisch «tue», weil sie's gar nicht wissen sollen. Dies gilt nicht allein für PatientInnen, sondern auch für deren Umfeld. Für meine psychotherapeutische Arbeit ist

kein Basis - Teppich gleichsam bereits gelegt. Ich betrete Neuland und die PatientInnen mit mir.

So gesehen ist es mir besonders wichtig, einige Überlegungen, die sich auf das Zusammenspiel vom Einflussbereich des Korans und dem Einflussbereich psychoanalytischer Gedanken und Konzepte beziehen, zu entwickeln. Der Koran gilt, in welcher Abfassung oder Interpretation auch immer, in den Ländern und Städten, in welchen ich arbeite, als die Lebensfibel, als die Glaubens- und Lebensanleitung schlechthin, und zwar für sämtliche Lebensbelange, ganz konkret für alles und jedes im menschlichen Alltag. Diese religiös-weltlichen Normen sind sozial verbindlich. Sie beanspruchen eine Gültigkeit und eine Steuerung des Lebenswandels der Betroffenen, wie dies in den meisten europäischen Gesellschaften, wohl vor hunderten von Jahren, der Fall gewesen sein dürfte. Abweichler werden, je nach Ethnie, aus der Gesellschaft, der Ethnie verstossen; und in radikaleren, dem Salafismus sowie dem islamisierten Terror nahen Segmenten des Islam (über welche ich hier nicht spreche) zum Teil auf grausige und grausamste Art bestraft: Hände oder Füße werden ihnen abgehackt; sie werden gefoltert, gequält, gesteinigt, enthauptet, getötet. Diese religiösen und sozial gültigen Normen erinnern mich jeweils an Sektennormen, wie sie sich in westeuropäischen Gegenden fanden und immer noch finden. Ein wichtiger Teil des Glaubensinhaltes besagt, dass derjenige, der einen anderen Glauben glaubt, also derjenige, der ausserhalb der einen «ausgewählten» religiösen Gemeinschaft lebt, ausserhalb des islamischen Glaubens oder eines bestimmten Sekten - Glaubens, ein schlechter, will heissen böser, Mensch ist, der auf keine Weise kontaktiert werden soll. Da herrscht manichäisches Denken, Handeln und Verurteilen.

Nun, gleich zu Beginn meiner psychoanalytisch-psychotherapeutischen Gespräche, stosse ich jeweils auf dieses starre Normengefüge. Etwa in der Form, dass auch schwer kranke Patienten mir sagen: es geht mir gut, heute geht es mir sehr gut, Gott will es so usw. Wenn es nicht gut geht, so sind das Leid und das Unglück gottgewollt und insofern ebenfalls gut. Wer kein Geld hat zum Leben, kein Geld, um seine Familie zu ernähren, muss deshalb nicht verzweifeln, denn dies ist Gott gewollt, und Gott wird einen Hinweis geben oder einen Weg zeigen, auf dem ein bisschen Geld oder Essen für die Familie gefunden werden kann. Zugleich verbietet der Koran Lebensfreude, die sich nicht konkret an die Regeln des Korans anlehnt. Ich meine damit eine Form von Lebensfreude, die in vielen westlichen Ländern positiver Weise zum Lebensinhalt gehören kann: Freude, zum Beispiel an Musik (von Klassik bis Rock usw.), an Theater, an Kultur ins-

⁸ Vgl.: Saegesser, B.: Psychoanalytische Feldarbeit in ostafrikanischen Städten. 2015 und 2016. Vgl. Bibliographie

gesamt, an Liebe, an Sexualität, ohne dass diese mit der Religion im engeren Sinne zu tun haben würden. Freude per se wird möglicherweise Babys und Kindern zugestanden, vielleicht sogar auch Männern. Ich gehe davon aus, dass das Diskutieren, Palavern in den Männerräumen den Beteiligten Freude und auch Lust bereitet, sowie etwa der Genuss, von Frauen bedient zu werden oder die Lust an der Sexualität, welche den genital verstümmelten Frauen gezielt verunmöglicht wird, und anderes mehr.

Psychoanalytisch gesehen und verstanden konfiguriert diese normierte menschliche - auch innere - Haltung, diese „seelische Armatur des verinnerlichten Korans« einen intensiven Widerstand, der individuelle und subjektive Emotionen, Wünsche und Gedanken gleichsam in der Fülle der koranischen Gebote erstickt, psychoanalytisch verstanden nicht allein verdrängt, sondern tendenziell abspaltet. Ich spreche von einem über Jahrhunderte gewachsenen und verfestigten religiösen, ethnischen und sozialen Widerstand gegen das subjektive eigene Sehen, Verstehen, Aufdecken und Entfalten individuellen psycho-somatischen Lebens und Leidens. Und ein Abbau dieses religiös verankerten Widerstandes und die Pflege freierer (befreiterer) Gedanken und Handlungen kann lebensgefährlich werden. Allein, wenn es mir gelingt, mit diesen Abwehren – etwa auch im Bearbeiten von Scham- und Schuldgefühlen - mitzugehen, sie nicht zu verkleinern, den religiösen Wert gleichsam zu bewahren, kann ich den leidenden Menschen, sein Selbst und sein subjektives psychisches Leben, die er sozusagen hinter der islamisch-religiösen, ethnischen «Armatur» eingeschlossen - kryptisiert - geheim hält, erreichen. Dieser normativ-religiös-soziale Widerstand hat mehr Kraft als etwa soziale Normen in den meisten westlichen Gesellschaften. Gelingt es dank meiner psychotherapeutischen Arbeit, einen kleinen Korridor und Faden durch dieses Bollwerk, das einer Subjektivierung entgegensteht, hindurch zu legen, öffnet sich häufig ein Einblick in enormes menschliches Leid. Dies Leid hat oft mit seelischem Darben, das sich in Todesnähe ansiedelt, zu tun. So, als ob die Menschen – häufiger sind es Frauen, Kinder und Babys, mit denen ich arbeite - lebenslänglich einen grundsätzlichen fundamentalen Mangel an narzisstischer Zuwendung in sich und mit sich tragen würden. Natürlich gilt das von mir so benannte Widerstandsbollwerk für Babys und Kinder weniger als für Erwachsene. Das erleichtert die entsprechende psychoanalytische Arbeit. Narzisstische Zuwendung soll, korangemäss, bei älteren Kindern und Erwachsenen - psychoanalytisch gesehen – Gott, Mohammed dem

Propheten oder dem Mann (Vater) gelten. Dies zum einen. Zum anderen sind die Mütter, durch ihre grosse Kinderzahl und häufig zugleich auch ihre Verantwortung fürs tägliche Brot, praktisch 24 Stunden pro Tag rundherum überfordert. Sie selbst erhalten kaum narzisstische Zuwendung, ganz besonders keine ab ihrer von den eigenen Eltern, eigentlich dem Vater, geschmiedeten Verheiratung, und sind dadurch auch kaum in der Lage, ihren Kindern genügend narzisstische Zuwendung zu geben. Im Gegenteil: von den Kindern, besonders von den Mädchen, da die Jungen sozial erwünschter und angesehener sind, wird von früh an sehr viel gefordert. Wenn überhaupt, finden Kinder ein Minimum an narzisstischer Zuwendung bei ihren Geschwistern oder bei Tanten, die selbst wenig oder keine Kinder haben, und bei Grossmüttern. Auch die älteren Geschwister geben den jüngeren eine gewisse Zuwendung, die Dankbarkeit der jüngeren wiederum kann rückwirkend den Narzissmus der älteren ein wenig stärken. In meiner psychoanalytischen Arbeit spielt vor allem die narzisstische Zuwendung, das narzisstische Gewicht, das ich den Patientinnen und den Kinderpatienten, den Babys gebe, im Anschauen, im Zuhören, im Riechen, in meinem Phantasieren über die Patienten und meiner Reverie derselben und je nach Situation auch in einem leichten körperlichen Kontakt (körperliche Kontakte gehören in diesen Ethnien zum sozialen Austausch; deren Verweigerung kann ein Gegenüber, vor allem ein krankes Gegenüber, kaum verkraften) wahrscheinlich die wichtigste Rolle.

Nun zum besseren Verständnis dessen, was ich als religiös – islamischen Widerstand bezeichne, drei Vignetten aus meiner klinischen Arbeit in Ostafrika.

Im Männertrakt der Psychiatrie ist ein Patient, Herr M, der dauernd weint und die Pflege ratlos macht. Man bittet mich, mit ihm zu sprechen. Zuvor teilt mir der Pfleger mit, der Mann sei schwer havariert, es fehle ihm ein Bein. Seine Schwiegerfamilie habe ihn ins Spital gebracht, weil sie und seine Frau ihn nicht mehr ertragen. Ich warte in einem dunklen kleinen schmutzigen Raum an einem wackligen, alten und dreckigen Tisch, zusammen mit einem Pfleger, auf den Patienten. Herr M kommt. Er ist ein körperlich sehr schwerer, ca. 45-50 Jahre alter Mann⁹, der, auf- Krücken gestützt, nur stark humpelnd zu gehen vermag.

Sein Kleid bzw. sein Hemd, das vorschriftsgemäss bis über die Knie reicht, ist schmutzig, be-

⁹ Oft habe ich keine Einsicht in die Krankengeschichte, weil das Heraussuchen derselben aus sehr hohen Aktenstapeln - man kennt die Informatik hier nicht – bei Notfällen zu lange dauern würde.

kleckert. Dies fällt mir auf, weil Muslime - jedenfalls ab einem gewissen Alter - oft sehr sauber gekleidet sind, denn das ist eine Vorschrift des Propheten. Herr M weint, sozusagen anfallsweise, heftig. Mir scheint, sein heftiges Weinen sei von ohnmächtiger Wut genährt. Ohnmächtige Wut wohl über all die Ungerechtigkeiten, die ihm in seinem Leben widerfahren sind und scheinbar immer noch widerfahren. Ich frage ihn zuerst, wie er sein Bein verloren habe. Er berichtet: In einem Nachbarland, seinem effektiven Heimatland, habe er sein eigenes Auto repariert und sich deshalb mit dem Oberkörper unter sein Auto gelegt und ein anderes Auto hätte in dem Moment seine Beine überfahren. Eines seiner Beine war nicht mehr zu retten. In jenem Land lebte er mit seiner ungefähr gleichaltrigen Frau und den gemeinsamen Kindern. Nach dem Verlust seines Beines verlässt er seine Heimat und kommt auf die hiesige Insel und besucht Verwandte und lebt bei ihnen¹⁰. Frau und Kinder lässt er zurück. Nun lebt er mit seiner zweiten, etwa 20 Jahre jüngeren Frau zusammen, die er wiederum geheiratet hat. Und er klagt mir, er sei hier in der Klinik, weil er so schwere und schlimme Auseinandersetzungen mit seiner Frau habe und sich über sie aufrege. Nach meiner Frage, worum es denn gehe, erklärt er mir immer wieder aufs Neue, seine Frau trage die Ärmel ihres Kleides nicht so, wie es sich nach religiöser Vorschrift gehöre. Ihre Ärmel seien zu kurz, man könne einen Teil ihres Handgelenkes sehen. Zudem denke sie ans Tanzen. Er erklärt mir mehrmals, dass das Verhalten seiner Frau überhaupt nicht korangerecht, also eine Sünde sei, und dass er das verbieten resp. sie das ändern müsse. Er verlangt Gehorsam von seiner Frau.

Bei der zweiten Sitzung begrüsst er mich jovial mit «Sister». Er versucht, die Distanz und die Asymmetrie zwischen ihm und mir, einer Frau, die hier, kulturell und religiös, ganz besonders unüblich ist, gleichsam weg zu zaubern, zu banalisieren. Ich erkläre ihm sachlich, dass wir nicht Geschwister seien, dass ich nicht seine «Sister», sondern seine Ärztin sei. «Psychotherapeutin» ist hier ein unbekannter Begriff und ein unbekannter Beruf.

Herr M beginnt wiederum über die Sünden seiner dem Koran nicht genügend untertanen Frau zu klagen und lässt kaum davon ab. Nun versuche ich, ihm zu zeigen, dass er eine sehr junge Frau geheiratet hat, die möglicherweise etwas andere Ansprüche ans Leben hat als dies seine ältere Frau wohl hatte, und dass sich ja tatsächlich, gerade bei jüngeren Menschen, die

¹⁰ Ohne grosses Hin und Her die eigene Familie zu verlassen, zu Verwandten zu gehen und dort zu leben, ist für einen Mann in diesem Umfeld, ethnisch und religiös gesehen, natürlich.

Sitten manchmal etwas lockern. Und ich frage ihn, ob er vielleicht befürchte, seine Frau zu verlieren? Ja, sagt er, sie habe schon überlegt und angedeutet, dass sie so nicht weiterhin mit ihm zusammenleben wolle. Nun, da der Koran und das dagegen Verstossen in den Hintergrund treten, also der Widerstand, der zur Abwehr des ihn extrem beschämenden und angsterregenden Problems dient, zeigt sich der vorbewusstere Teil seines chronischen Weinens und Unglücklichseins, nämlich die Befürchtung und wohl auch Angst und ohnmächtige Wut, seine junge Frau könnte ihn verlassen. Er realisiert, dass er in seiner jetzigen Ehe nicht ohne weiteres alle Fäden in der Hand hat.

In der dritten Sitzung berichtet er mir, seine Frau und seine Schwiegermutter hätten ihn besucht und er habe sich bei seiner Frau für sein Benehmen und seine Sturheit entschuldigt. Ich bin enorm erstaunt, dass er sich entschuldigt, weil dies nicht eigentlich den koranischen Gegebenheiten entspricht. Die übliche religiös-gesellschaftliche Norm, nämlich, dass sich die Frau beim Mann entschuldigen soll, wird durch sein Handeln auf den Kopf gestellt, also umgekehrt, was natürlich ein grosser psychisch emanzipatorischer Schritt, wohl hauptsächlich die Einsicht in die eigene subjektive Abhängigkeit und die eigenen Verlustängste, dieses Patienten sein dürfte. Die Regeln des Korans - der Widerstand bzw. die Abwehr - treten nun weitgehend in den Hintergrund und die Angst vor Liebesverlust kann bearbeitet werden.

Als ich mich verabschiede, meint er, es sei schade, dass er nicht länger mit mir arbeiten könne. Er hoffe, dass ich aus Europa als Muslimin zurückkehren werde.

Die nun folgende Vignette zeigt – anfänglich – wiederum «koranischen Widerstand» respektive Abwehr gegen einen tieferen therapeutischen Kontakt zu Gunsten des Einhaltens islamischer Vorschriften.¹¹

Y ist 15-jährig, vom Vater mit einem ca. 25 Jahre älteren Mann zwangsverheiratet und die jüngste Klinikbewohnerin. Die anderen Frauen sind bis zu 60 Jahre alt und häufig psychosomatisch, gerade auch durch Drogenkonsum, völlig abgebaut. Y kann, wie alle Mädchen und jungen Frauen, dank ihrer Verheiratung mit einem (älteren) Mann ihren kulturellen und sozialen Status verändern. «Frau» ist sie ja bereits per definitionem ab und seit ihrer Genitalverstümmelung. Durch ihre Heirat mit einem älteren Mann wird sie zu einer Frau mit Mann, präziser umschrieben, zur Frau unter der Regie eines/ ihres Mannes. Die-

¹¹ Über diese Patientin berichtete ich bereits ausführlicher in einem anderen Zusammenhang. 2015. Vgl. Bibliografie.

se Vormundschaft soll die Frau, häufig mittels Strafandrohung, dazu anhalten oder bringen, korangerecht zu leben.

In den kurzen psychotherapeutischen Gesprächen mit Y sagt sie mir stets, ihr Mann sei sehr gut zu ihr, über ihren Vater schweigt sie sich aus. Über den eigenen Vater und den eigenen Mann nichts Kritisches, sondern allein Positives zu bemerken, ist eine dem Koran entsprechende und zugleich auch eine Selbstschutz ermöglichende Aussage, die ich von vielen Frauen verschiedener Ethnien, etwa Somali und Ifar und von Frauen aus Äthiopien, dem Sudan und Eritrea hörte. Sie «brauchen» dringend Männer für Ihre eigene «Sicherheit» (die leider oftmals nicht per se gegeben ist bzw. wird) und soziale Integration.

Y kommt dies zweite Mal freiwillig in die Klinik zurück, nachts, wohl als sie merkte - d. i. meine Interpretation -, dass sie Schutz braucht. Vielleicht vor ihrem Ehemann? Die Klinik diagnostiziert ihr Kommen, nachts, barfuss, ohne Geld, als psychotisches Handeln. Psychoanalytisch verstehe ich ihr Vorgehen als einen wohl den Umständen angemessenen psycho-physischen Akt, als Suche nach Schutz und Selbstschutz in Form einer Flucht weg von zuhause. Y handelt zielbezogen und keineswegs realitätsfremd. Ihr alleiniger, selbständiger, weder vom Vater¹² noch vom Ehemann angeordneter oder begleiteter Eintritt ins Spital gilt offenbar im Rahmen der koranischen Vorschriften als skandalös. Denn im Prinzip ist barfuss und ohne Geld unterwegs zu sein für eine arme ostafrikanische Frau per se nichts Aussergewöhnliches.

Nach meiner diagnostischen Einschätzung ist Y nicht primär psychotisch, sondern mehrfach traumatisiert, was sie depressiv und psychisch dissozzierend und mittels Verleugnung zu «verarbeiten» versucht. Die spitalinterne Diagnose orientiert sich, so denke ich, an der islamischen Gesetzgebung für muslimische Frauen: Frauen sollen nicht eigenständig denken und sich nicht von ihrem Mann distanzieren oder gar – selbständig und allein - von ihm weg flüchten.

Im ersten psychotherapeutischen Gespräch beantwortet Y meine äusserst vorsichtig gestellten Fragen, etwa, was geschehen sei, wie sie sich fühle, wie's mit ihrem Mann gehe, wie sie sich hier im Spital fühle usw. alle mit demselben Wort und Gestus. Sie sagt stets extrem leise, sozusagen hauchend: «Nothing» - Nichts.

Beim zweiten Gespräch mit Y frage ich sie erneut Verschiedenes und ihre Antwort heisst weiterhin: «Nothing». Mir scheint, da finde sich, abgesehen von ihrer Scheu und Scham gegenüber und in der fremden Situation mit mir, viel an Verleugnung, gerade auch in Treue zu den isla-

12 Väter bewahren ihre Macht auch über die Heirat ihrer Töchter hinaus.

mischen Vorschriften. Eine Frau soll nicht über ihr Eheleben oder über eigene schmerzende Erlebnisse und Gedanken sprechen oder klagen. Ich bleibe bei meinem Interesse an ihr und dem, was geschehen ist, und lasse mich durchs «Nothing» nicht abschrecken. Weiterhin gilt meine narzisstische Besetzung – hören, sehen, riechen, phantasieren, rêverie - ganz der jungen Patientin. Ohne sie zu bedrängen, spreche ich hie und da ruhig zu ihr. So versuche ich, ihr auch zu vermitteln, dass sie einen Freiheitsspielraum hat und nicht mein Selbstobjekt ist¹³. Und ich hoffe, dass dies für sie selbst spürbar und erfahrbar wird. Ich bleibe weiterhin interessiert - in meiner Gegenübertragung sehe ich mich allerdings zunehmend hilflos und ohnmächtig – und frage sachte dies und jenes und erkläre ihr, ich sei der Meinung, dass das, was uns niederschlägt, verzweifelt, hilflos und traurig macht, Wurzeln in unserem eigenen Leben habe. So beschreibe ich ein kleines Stück psychoanalytischer Optik, die wohl das islamische Gesetz «Alles kommt und geht dank Allah» in Frage stellen könnte. Mit einem Mal nuscht sie ganz, ganz leise und so, als ob es nicht sie selbst betreffen würde, sie habe vor 6 Wochen ein totes Baby geboren. «Das ist schlimm und sehr, sehr traurig», sage ich. «Nein», sagt sie, «sie habe das vergessen, es sei überhaupt nicht schlimm. Sie wisse nichts mehr davon.» Ich: «Wie Sie denn darüber nichts mehr wissen könne?» «Ich weiss es nicht». Nun haucht sie erneut, wie beim ersten Gespräch, durchwegs das ganz leise «Nothing». Sie verleugnet und dissoziiert wohl auch. Zugleich spielen die religiös - kulturellen Normen ihre hemmende Rolle: Allah hat's so gewollt, und deshalb sind ihr Unglück und ihre Traumata gottgewollt, also «richtig» und nicht erwähnenswert, und vor allem nicht beklagenswert. Ihr Mann weiss nichts von der Totgeburt und die Klinik auch nicht.

Zu Beginn des dritten Gesprächs wirkt Y kaum angstfreier oder entspannter. Nachdem sie viele Male erneut «Nothing» flüsterte, habe ich ihr vorsichtig und sachte gespiegelt und geschildert, wie sie scheinbar in ihrem Leben gar nichts mehr möchte («Nothing»), und sie gefragt, ob es denn für sie auch einmal andere Zeiten gegeben habe, wo sie sich etwas glücklicher und lustiger fühlte, vielleicht gesungen oder getanzt habe. Da wird ihr Gesicht sogleich heller und offener und sie sagt: «Ja». Und ich frage: «Wann?» Vor ihrer Heirat habe sie jeweils zuhause gesungen oder Musik gehört und getanzt, und da sei sie glücklich gewesen. Diese neue Erinnerung scheint einen lebendigen psychischen Teil der Patientin erneut geweckt zu haben: sie war früher einmal, vor ihrer Heirat, glücklich und froh.

13 Mir scheint, strenggläubige MuslimInnen seien, psychoanalytisch gesehen, Selbstobjekte ihres Gottes.

Das vierte Mal sehe ich Y während der Zeichen- gruppe. Nachdem Y mich am Tisch entdeckt hat, verändert sich ihr Gesichtsausdruck und wird hell. Sie setzt sich in die Mitte der Bank, an die Mitte des Tischbrettes, schaut mich an und beginnt von sich aus aufgeräumt und vif mit zu organisieren. Sie reicht den Anderen Papier und Bleistifte weiter und erläutert, wenn Mitpatienten das nicht verstanden haben, was ich ihnen, mit Hilfe einer Übersetzerin, sage, und beginnt dann selbst zu zeichnen. Sobald etwas Wichtiges oder Zusätzliches gesagt oder auch gemacht werden kann, ist Y nun diejenige, die das in die Wege leitet. Sie wirkt enorm aufgeweckt, aufmerksam, und sieht sich offenbar verantwortlich für die Mitpatientinnen und unterstützt diese. Ich staune über die psychische Veränderung, die Y in den letzten paar Tagen durchlebt hat. So, als ob sich aufgrund unserer psychotherapeutischen Arbeit ein Wechsel vom depressiven, beinahe leblosen Leben, wohl gleichsam einem Gefühl des Ausgelöschtseins oder -werdens, von einer schweren depressiven Passivität und Dissoziation zu einer aufgeweckten Lebendigkeit und zugleich guten Beziehungsfähigkeit entfalten konnte. Nach dem Konzept von André Green wird ein Wechsel vom Todes- zum Lebensnarzissmus möglich.

Dieser Wechsel, so denke ich, hat auch damit zu tun, dass die junge Y wohl gemerkt hat, dass ich weder äusserlich noch innerlich von koranischen Regeln geprägt bin - ohne diese ihr gegenüber zu entwerten -, und dass ich ihr wiederum auftauchendes Begehren nach Selbständigkeit und lebendig Sein nicht unterbinde, sondern ertrage und vielleicht sogar unterstütze. Nun lässt sich auch denken, sie habe, verdeckt vom stetigen «Nothing», latent eine idealisierende Übertragung auf mich entfaltet, die sie interessanterweise von ihrem etwas paranoid-schizoiden Blick auf die Welt befreit und ihr eine depressive Position, die eine etwas andere Optik, so wie Melanie Klein das beschreibt, ermöglicht. Sie wendet sich ihren MitpatientInnen zu. Sie möchte, dass die beim gemeinsamen Zeichnen gern mitmachen und verstehen, worum es geht. Sie wird aktiv und übernimmt für sich selbst und für ihr Umfeld – auch für mich, indem sie mir beim Organisieren hilft - eine gewisse Verantwortung.

Nach diesem Zusammentreffen am Zeichentisch aus ungehobelten Holzbrettern spreche ich Y nicht mehr. Ich fliege wieder zurück nach Europa. Bei meinem nächsten Wiederkommen frage ich, ob jemand wisse, wie es Y gehe. Nun, sagt man mir, sie sei gleich nach meinem Weggehen aus dem Spital ausgetreten. Und sie habe sich von ihrem Mann scheiden lassen, sei aus dem Ort weggezogen und es gehe ihr gut. Trotz der

Scheidung gehe es ihr offenbar gut. Ich erwidere, koranisch gesehen kontrovers, aber ganz meiner diagnostischen Sicht entsprechend: «ich glaube, es geht ihr gut, gerade weil sie geschieden ist. » Meine muslimische Gesprächspartnerin reagiert befremdet auf diese meine Aussage, grad, als ob sie nicht zu verstehen wäre.

Ich hatte ja bereits zu Beginn der Gespräche mit Y die Vermutung, sie sei vor allem wegen der für sie schlechten Bedingungen in ihrer Ehe, die eine Zwangsverheiratung war, psychisch erkrankt. Aber die Patientin äusserte, wie erwähnt, kein negatives Wort zum Zustand ihrer Ehe oder über ihren Ehemann. Sie hat sich dabei an die Vorschriften des Korans gehalten.

Und ich stehe als psychoanalytisch Denkende und Arbeitende hie und da wohl in einem nicht ganz ungefährlichen Widerspruch zur aktuellen islamisch - religiösen Kultur.

Manchmal sieht es so aus, als ob, da die koranischen Normen oder die normierte Vorstellung, dass Gott alles in der Hand hat und dass das, was er tut und geschehen lässt, in Ordnung ist, für das Individuum eigentlich nichts übrig bleibt, das noch in Eigenregie veränderbar wäre. Und dies führt natürlich auch zu einer gewissen Lethargie und Passivität¹⁴. Nicht selten bin ich in Situationen, wo ich staune oder erschrecke, dass keine Hilfe gebracht wird. Wahrscheinlich wirken sich die häufig äusserst kargen, abschreckenden, für ein europäisches Auge und Gefühl lebensunmöglichen, allzu deprivierten und deprimierenden Lebensumstände und der menschlichen Existenz negativ auf die empathische Begegnung mit anderen Menschen aus. Der Blick auf PatientInnen oder allgemein bedürftige Menschen scheint in manchen ostafrikanischen Städten ein teils abgestumpfter und wenig empathischer zu sein. Vielleicht war's in früheren Zeiten anders. Angesichts der trostlosen Situation, in welcher das jeweilige Land steckt, in Verbindung mit der meist ziemlich hoffnungslosen Situation der Babys und Kinder, der überlasteten und häufig genital verstümmelten Mütter – meistens betrifft das Menschen der Unterschicht und der Mittelschicht -, und natürlich vieler anderer Menschen im grossen schwarzen Kontinent kann Hoffnungslosigkeit gleichsam zu einer ansteckenden Krankheit werden. Und natürlich können die Versprechungen der islamischen Religion da eine gewisse, vorwiegend illusionäre Linderung bringen. Selbst muss ich jeweils darauf achten,

¹⁴ Spreche ich ausführlicher mit MuslimInnen über diesen Punkt, so betonen viele, dass diese Formulierung nicht richtig sei. Gott helfe vor allem dann, wenn der Mensch Gottes Normen entsprechend lebe. Es seien durchaus auch Anstrengungen vom Gläubigen gefordert.

nicht allzu sehr von dieser mehr oder weniger allgemeinen Hoffnungslosigkeit angesteckt zu werden. Zwischendurch ein bisschen angesteckt zu werden, ist, so scheint mir, nicht vermeidbar.

Um zu verdeutlichen, was ich mit «begrenzter Empathie» meine, die nun folgende klinische Vignette über Frau A.

Ein Mitarbeiter im psychiatrischen Spital bittet mich, zu einer Patientin zu gehen, die nicht spreche. So könne er nicht für sie arbeiten¹⁵. Im Nachhinein stellt sich heraus, dass die Patientin bereits mehrere Monate im psychiatrischen Spital lag, ohne dass sich jemand intensiver um sie bemüht hätte. Sie erhält zu essen und sieht nachts- sofern sie will - die anderen Patientinnen, die sich in ihrer Nähe zum Schlafen in ihre Eisenbetten legen. Man lässt Frau A eigentlich verkümmern. Eine Pflegerin zeigt mir den Weg zu ihr und bleibt dann an meiner Seite. Ich sehe die Patientin nicht, teils, weil es in diesem langgezogenen alten Gang dunkel ist, hauptsächlich aber, weil sie ganz zugedeckt ist und auch mit ihrem Kopf unter dem schmutzigen Tuch liegt. Hingegen geht vom Bett ein intensiver und sehr unangenehmer Geruch nach Urin und Fäkalien aus. Will ich Kontakt zu Frau A herstellen, muss ich diesen aushalten. Er ist es, der sie einhüllt und so kann sie, im eigenen Geruch, etwas Geborgenheit suchen und finden. Dies zum einen. Zum anderen konzentriert sich in diesem äusserst unangenehmen Geruch auch ihre Angst vor anderen Menschen. Unbewusst lässt sich so das Zudringen Anderer kontrollieren bzw. bremsen. In den starken Eigengeruch eingebettet liegt auch ihr Widerstand, ihre Abwehr. Sie will scheinbar nichts mehr. Ich sage ihren Namen. Nichts kommt zurück und nichts regt sich. Es stinkt fürchterlich. (Später sehe ich, dass das Blech, das als Matratzenunterlage auf dem Eisengestell liegt, bereits durchgerostet ist, weil zu viel Urin durch die Plastikmatratze hindurchsickerte und liegen blieb.) Ich sage etwas zur Patientin, ein paar Worte, die auf Suaheli übersetzt werden. Sie reagiert nicht. Ich konzentriere mich weiterhin auf sie, lasse mich also nicht wegdrängen, und sage fortan nichts als sehr ruhig, rhyth-

15 Es geht bei dieser Patientin anscheinend seit langem vorwiegend darum, herauszufinden, wo die Eltern oder die Familie der Patientin sind, um Frau A dorthin wegzugeben. Die «Integration» in die Herkunftsfamilie ist meist wichtiger als ein Versuch, das individuelle Leiden einer PatientIn zu verstehen.

misch und melodiös ihren Namen¹⁶. Ich wiederhole ihn wieder und wieder. Vielleicht 10 – 20 Mal, wobei meine Sprachmelodie dabei wahrscheinlich wichtiger ist als die Buchstaben ihres Namens. Ganz, ganz langsam, sozusagen in Zeitlupe, schiebt sie die Decke ein bisschen weg von ihrem Gesicht und versucht, das auch ganz, ganz langsam, ein Auge nach dem andern zu öffnen. Und nun schaut sie mich aus auffallend grossen, bedürftigen, bittenden, flehenden Kinder-Augen stumm an. Dies Ritual, nämlich ihren Namen melodiös zu wiederholen und zu wiederholen, werde ich noch öfters brauchen, um mit ihr in Kontakt zu kommen. Eine ganze Weile weiss ich nicht, ob sie überhaupt sprechen kann. Schliesslich beginnt sie nun auf einige Fragen, die ich ihr stelle, gleichsam lallend etwas zu äussern und ich bemühe mich, zu verstehen. Was ich vor allem höre, ist das Wort «Abandoned» (verlassen) und der Name ihres Geburtsortes (auf dem Festland). Offenbar spricht sie ein bisschen Englisch und das heisst, dass sie wohl eine Schule besuchte, also ein wenig gebildet ist. Ich versuche, ihr zu erklären, dass es gut wäre, wenn sie aus dem Bett aufstehen und sich duschen würde, und dass die Pflegerin dabei helfen wird. Beim Gang zu den im europäischen Sinn kaum Dusche zu nennenden Duschen sehe ich, dass sie mit einem Bein bzw. Fuss nur auf der Fussspitze geht. Sie ist invalid und vermag nur mühsam zu humpeln. Von nun an kann ich sie jeweils mit meinem Singsang ihres Namens, meiner Anwesenheit, meinem sie Hören und sie Sehen, sie Riechen soweit berühren und sie ein wenig in Richtung des Lebensnarzissmus, zu einer gewissen Lebendigkeit verführen, dass sie von sich aus hie und da das Bett verlässt und nach draussen geht zu den anderen Patientinnen. Und wahrscheinlich darauf wartet, ob ich wohl komme. Sie bleibt im Spital-Umfeld eine Aussenseiterin und vermag kaum Kontakt zu anderen aufzunehmen. Sie verbleibt wohl in einer gewissen kindlichen Abhängigkeit von mir. Und ich kann ihre vielen und grossen Wünsche und Erwartungen nicht erfüllen.

Eben, es ist nicht so, dass die Patientin stumm oder mutistisch war, sondern dass keine Sprache gefunden wurde, die sie genügend berührt hätte. Und diese Sprache wurde vorwiegend wegen dem, was ich eben meinte, nicht gefunden: die verlorene Empathie. Vielleicht geht sie, etwa aufgrund von Gedanken wie «Elend ist ja sowieso da und ist natürlich», verloren. Wahrscheinlich

16 Das melodiös rhythmische, wiederholte Aussprechen des Namens habe ich in meiner Arbeit mit Babys und Waisenkindern entwickelt und angewendet und erfahren, dass dadurch ein menschlicher Austausch entstehen kann. Vgl. Bibliographie. Saegesser, B.: 2014.

wäre Frau A ohne meine Kontaktversuche langsam in ihrem Blechpfehl verendet. Wenn ich jetzt jeweils aus Europa wiederkomme, lebt sie erneut zurückgezogener und hauptsächlich im Bett, und beginnt dann, wenn sie mich kommen sieht, wieder aufzustehen oder auch ins Freie hinaus zu gehen.

Bei meiner letzten Arbeitsetappe frage ich sofort bei der Pflege nach Frau A, da ich sie nicht finde. Zuerst bedeutet man mir, eine solche Frau A sei nie da gewesen. Ich sage mehrmals: «Doch, ich kenne sie». Schliesslich imitiere ich, wie Frau A beim Gehen mit einem Fuss nur auf ihrer Fussspitze stehen kann, da sie wegen eines Unfalles so stark gehbehindert ist. Aha, die, ja, ist gestorben. Gestorben? Ja, während der Cholera Epidemie. (Diese setzte grad ein, nachdem ich das letzte Mal weggegangen war). Frau A sei im Bett geblieben und im Bett verstorben, und niemand habe gedacht, dass sie Cholera habe. Diese Auskunft macht mich sehr traurig. Anfang und Ende von Frau A's Geschichte - in der Psychiatrie -, nähern sich an, treffen sich, schliessen sich im Todesnarzisstischen und im Tod. Die Brücke dazu baut wohl die negative Empathie. Frau A's elend vereinsamendes cholerakrankes Lebensende verdoppelt ihr todesähnliches Vegetieren vor dem Beginn unserer psychotherapeutischen Beziehung.

Diese Vorstellung, dass es, um an einen Menschen heranzukommen, eine vielfältige und je besondere Sprache braucht und dass jeder nur so lebensnarzisstisch berührt und interessiert werden kann, fehlt in manchem, auch professionellen, Umfeld. Und eben: vielleicht hat dies negativ empathische «Wegschauen» auch damit zu tun, dass die häufig ebenfalls bedürftigen Helfer und Verantwortlichen sich sagen: ich habe schon zu viel Arbeit (und bin beruflich zu schlecht bezahlt), wenn Gott nicht schaut und nicht eingreift, kann ich auch nichts machen.

Autorin

Dr. phil. Barbara Saegesser, geboren in Bern, Studium in Basel. Philosophie, Psychologie, Germanistik, Soziologie, Graphologie. Promotion in Philosophie/ Erkenntnistheorie

1981 Eigene Praxis für Graphologie und Psychoanalyse in Basel

1985 Ordentliches Mitglied VPB / ASP

1990 Mitglied SGPSa / IPA

Ab 1990 Dozentin und Supervisorin an folgenden Institutionen:

Psychoanalytisches Seminar Basel; Psychoanalytische Arbeitsgruppe Bern; Freud – Institut Zürich; Szondi – Institut Zürich; MAP München.

Vorträge und Seminare im In- und Ausland

1997 Ausbildungsanalytikerin SGPSa / IPA

1997 - heute Mitglied des FU-Gerichtes Basel – Stadt Dozentin, Supervisorin und Lehranalytikerin im Ausbildungskreis für Psychoanalytische Psychotherapie. Heute: AZPP.

2005 - heute: Psychoanalytische und ausbildnerische humanitäre Arbeit in ostafrikanischen Städten (Waisenhäuser, Streetboys, Internationale Organisationen - SOS Children villages, Save the Children, MSF usw. -, Spitäler (allgemeine Medizin, Maternité, Neonatologie, Pädiatrie, Psychiatrie)

Publikationen zur Psychoanalyse und zu ihrer psychoanalytischen und ausbildnerischen humanitären Arbeit in ostafrikanischen Städten

Korrespondenz

Dr. phil. Barbara Saegesser

Hechtliacker 15

4053 Basel

E-Mail: barbara.saegesser@bluewin.ch

Bibliographie

Freud, S. (1919): Wege der psychoanalytischen Therapie. Studienausgabe. Ergänzungsband. Fischer. Frankfurt am Main. S. 246.

Hirsi Ali, A. (2015): Reformiert euch! Warum der Islam sich ändern muss. Spez. Kap.3 und Kap. 6. München, Albrecht Knaus Verlag.

Mahrokh, Chr. (2006): Geschlechtsspezifische Entwicklung in patriarchalisch-islamischen Gesellschaften und deren Auswirkung auf den Migrationsprozess. In: Psyche-Z, Psychoanal. 60; 2006, pp 0097-0117.

Racamier, Paul-Claude (1993): Le psychanalyste sans divan. Bibliothèque Scientifique Payot. 448 p.

Saegesser, B. (2014): Psychoanalytische Arbeit mit BB's, Kleinkindern und Müttern in unterschiedlichen afrikanischen Ländern (Le travail psychanalytique avec les bébés, des petits enfants et des mères dans divers pays d'Afrique). Bulletin No 77 Frühjahr 2014. Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse (SGPSa). S. 5-13.

Saegesser, B. (2015): Psychoanalytische Feldarbeit in ostafrikanischen Städten. Hrsg: Peter Bründl und Carl E. Scheidt. Jahrbuch der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse. Bd. 4. Brandes und Aspel, S. 211-238

Saegesser, B. (2016): Psychoanalytische Feldarbeit in Ostafrikanischen Städten II. Elternschaft in ostafrikanischen Städten. Hrsg: Peter Bründl und Carl E. Scheidt. Jahrbuch der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse. Bd. 5. Brandes und Aspel, S. 269-279

Saegesser, B. (2016): Un travail psychothérapeutique en marge de ma pratique psychanalytique et de la culture islamique dans des villes d'Afrique de l'est. Traduction et adaptation de mon manuscrit originale écrit en allemand. Tribune Psychanalytique 13. CH-1003 Lausanne

Spitz, Rene A. 1996 bzw. 1945. Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 1996, auch „Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood“, in *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 1 (1945),
Spitz, Rene A. (1946): Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 1

Spitz, Rene A. (1948) *La perte de la mère par le nourrisson: troubles du développement psycho-somatique*
Wohlfahrt E. und Özbek T. (2006): Eine ethnopsychanalytische Kasuistik über das Phänomen der Besessenheit. In: *Psyche-Z, Psychoanal.* 60; 2006, pp 0118-0130.



Oh Bild, meine Liebe!

Verliert der erweiterte Mensch seine Rationalität?

Liviu Poenaru

Ein Hauptmotor der Konsumgesellschaft ist wohl die Bilderflut – aus der Werbung wie aus anderen Bereichen –, die unsere Weltsicht prägt. Sie zwingt uns zu einer fortwährenden Änderung unserer Erscheinung durch den Kauf von Objekten, die darauf abzielen, der Gesellschaft, in der wir leben, zu entsprechen und deren allgemeine Tendenzen zu imitieren¹, um sozial eingebunden zu sein. Das Bild ist eines der geläufigsten bzw. mächtigsten Kommunikationsmittel unserer Zeit geworden. Man braucht sich nur die Begeisterung für die Fernseh-, Computer-, Tablet- und Telefonbildschirme vor Augen zu führen, oder die leidenschaftliche Benutzung der Facebook-, Instagram- oder Youtube-Konten, die vorwiegend Bilder transportieren. Eine gängige Tätigkeit bei der Benutzung des Mobiltelefons ist die Aufnahme von Fotos und Videos, um sie mit Gleichgesinnten zu teilen. Mit der Möglichkeit, die eigene Umgebung und die eigenen Tätigkeiten zu filmen und in Echtzeit über die sozialen Netze zu verbreiten, droht diese Gewohnheit sich exponentiell zu verbreiten.

Diese Bilderflut wirft manche Frage auf. Ich beschränke mich für den Anfang auf eine einzige, die uns als roter Faden dient: Hat diese Flut einen Einfluss auf unsere Rationalität, unser Unterscheidungsvermögen und die Qualität unserer Gedanken? Dieser Beitrag möchte einige das Bild betreffende Erkenntnisse aus unterschiedlichen Gebieten (Psychoanalyse, Neurowissenschaften usw.) zusammentragen und versucht, sie mit der Hypothese einer Verflachung der Rationalität zu verknüpfen.

Ein französischer Bericht der Akademie der Wissenschaften mit dem Titel *L'enfant et les écrans*², der unter der Leitung von Jean-François Bach, Olivier Houdé, Pierre Lena und Serge Tisseron entstand, verdeutlicht die positiven Wirkungen, die die Verbreitung der Informatik unter dem grossen Publikum für das Lernen gehabt hat, und will vor den Folgen einer schlechten Bildschirmnutzung unter den Jüngeren warnen. Aus

1 Etymologisch kommt das Wort «Bild» von lateinisch *imago* (Bild, Porträt, Darstellung, Abbildung) und hat die indoeuropäische Wurzel *im-*, woraus lateinisch *imitari* und deutsch *imitieren* hervorgegangen ist.

2 http://liliane.chalon.free.fr/IMG/pdf/rapport_academie_des_sciences.pdf

dem Bericht ist 2013 die Publikation eines Lernmoduls³ für den Gebrauch durch verschiedene Akteure hervorgegangen. «Die Entwicklung der Gehirnfunktionen», so heisst es in dem Bericht, «hängt von Natur und Merkmalen der äusseren Einwirkungen sinnlicher, affektiver, kultureller Art usw. ab. In diesem Zusammenhang ist es wesentlich, sich mit den negativen, aber auch positiven Folgen zu befassen und die damit verknüpften Herausforderungen zu verstehen, wenn Kinder den Computerbildschirmen ausgesetzt werden.» (S. 7)

Was die Empfehlungen aufgrund wissenschaftlicher Studien angeht, unterstreicht der Bericht beispielsweise, dass nicht-interaktive Bildschirme (Fernseher und DVD-Geräte) für Kinder unter 2 Jahren keinerlei positive Wirkung haben und zu Gewichtszunahme, Sprachentwicklungsrückständen, Konzentrationsmangel und der Gefahr einer passiven Haltung gegenüber der Welt führen können. Ausserdem müssen Kinder unter zwei Jahren zunächst räumliche und zeitliche Referenzpunkte gewinnen, die sich an der Wirklichkeit und nicht an der Virtualität orientieren. Wenn Kinder unter drei Jahren Werbung ausgesetzt sind, kann dies Verwirrung in ihre Referenzpunkte bringen und zu einer tyrannischen Haltung gegenüber den Eltern führen. Ab einem Alter von drei bis vier Jahren können Spielkonsolen zu stereotypen, zwanghaften Verhaltensweisen sowie zur Flucht vor der realen Welt führen, um sich stattdessen in die Welt der Bildschirme zu flüchten. Zwischen sechs und zwölf Jahren führt die exzessive Bildschirmnutzung ohne gute Selbstregulierung zu einem Mangel an körperlicher und sozialer Tätigkeit sowie Schlafmangel und ein zunehmendes Risiko späterer Sehstörungen. Neben der Entstehung hypothetisch-deduktiver Fähigkeiten kann bei Jugendlichen eine «zu ausschliessliche Internetautzung ein zu schnelles, oberflächliches und übermässig fließendes „zapping“-Denken entstehen lassen, welches das Gedächtnis, die eigene Synthesefähigkeit und Fähigkeit zur Verinnerlichung verarmen lässt» (S. 12).

Aus diesem knappen Überblick über die beunruhigenden Folgen der nicht regulierten Bild-

3 Pasquinelli, E., Zimmermann, G., Bernard-De-lorme, A., Deschamps-Latcha, B. (2013). *Les écrans, le cerveau... et l'enfant*. Paris: Le Pommier.



schirmnutzung in frühem Alter ergibt sich die nachfolgende Frage: Welches sind die Auswirkungen bei erwachsenen Nutzern? Laufen wir nicht alle Gefahr, ein «Zapping»-Denken zu entwickeln und unsere Synthesefähigkeit verkümmern zu sehen? Werden wir vor den Bildschirmen nicht zu von Primärprozessen beherrschten Kindern? Werden wir Opfer einer Regression unserer kognitiven Funktionsebenen?

Freud hat eine seiner Grundannahmen, die gegenwärtig durch die Neurowissenschaften bestätigt wird, besonders betont: Die unbewusste Verarbeitung der (auf Erinnerungsspuren beruhenden) psychischen Inhalte, die Dingvorstellungen genannt werden, ist in erster Linie an den Gesichtssinn gebunden. Dagegen hängen die Wortvorstellungen, d.h. die Inhalte, die mit den für das Bewusstsein zugänglichen Phänomenen verknüpft sind, vor allem mit dem Hörsinn und der Verbalisierung zusammen. Sie sind also nie losgelöst von der Kommunikation mit anderen und von der Entwicklung der durch die Zivilisation und die Verdrängung herbeigeführten sekundären Funktionen. So ist Freud in *Der Wolfsmann*, 1918, der Ansicht, dass die Unterscheidung bewusst-unbewusst beim Kind nicht möglich ist, da es noch nicht alle dazu notwendigen Merkmale erworben hat, vor allem nicht die Transformation in Wortvorstellungen. Der Verfasser zeigt, wie fragil die Organisation der Wortvorstellungen bei Kindern ist, und legt nahe, dass die Dingvorstellungen Vorrang haben, wenn das Sprachsystem nicht gefestigt genug ist für einen gehobenen und bewussten Gebrauch. Die auf Bilder gestützte kognitive Verarbeitung, welche die passive, zwanghafte Bildschirmnutzung ausserhalb der verbalen Kommunikation in Gang bringt, lässt die Funktionen somit regredieren und wir nähern uns den primären Vorgängen an, die durch die Modalitäten der Entladung gemäss dem Lustprinzip auf kürzestem Weg und ausserhalb des Wirklichkeitsprinzips geprägt sind. Vergessen wir jedoch nicht, dass die Regression ein Grundbedürfnis ist, das ständig lauert, und dass sie notwendig ist als Ausgleich zu unserem progressiven Verhalten und für unser physisches und körperliches Überleben.

Freud theoretisiert zudem den Begriff der «Schaulust» (Skopophilie) als einen von den erogenen Zonen unabhängigen Sexualtrieb. Dieser

Trieb erlaubt es, sich des anderen zu bemächtigen und einen kontrollierenden Blick auszuüben, so wie das Baby sich des liebenden Blicks der Mutter bemächtigt, um sich ihrer physischen Gegenwart zu versichern. Sehen und Wissen sind für Freud Triebe der Anlehnung und Bemächtigung, wie er 1908 in seinen Briefen an C.G. Jung feststellt. Sind wir also von wachsenden Bemächtigungstrieben beherrscht oder handelt es sich einzig um eine Verschiebung (bzw. Sublimation), die durch die technischen Mittel ermöglicht wird, über die wir verfügen, und die in einer durch das Verbot organisierten Gesellschaft notwendig ist? Auf Kosten eines realen Sich-des-anderen-Bemächtigens, der sich uns mehr und mehr entzieht oder von dem wir uns abwenden?

Die Hypothese von Nico Orlandi⁴ bestätigt tendenziell den Rückgang, das heisst die Unterdrückung der kognitiven Tätigkeit innerhalb der Wahrnehmungsprozesse. Diesem Autor zufolge stehen keine mentalen Repräsentanzen zwischen dem proximalen Reiz und der Bildung von visuellen Abbildungen. Delorme und Fluckiger⁵ untersuchen die Komplexität des Wahrnehmungsprozesses und gehen davon aus, dass dieser aus drei Hauptkomponenten besteht: a) dem physikalischen Reiz; b) den physiologischen und Sinnesvorgängen; c) den Abbildungen bzw. Empfindungen, die den psychologischen Aspekt ausmachen. Das «Wirkliche» des Abbildung gewordenen Reizes hängt weitgehend von den Selektionspfaden und der Verständnisfähigkeit ab, die auf der Subjektivität des Individuums und vor allem auf seinem Gedächtnis basieren. Squire und Kandel⁶ sind der Ansicht, dass die langfristigen Erinnerungen in denselben Verteilungsstrukturen gespeichert werden wie jene, die das zu Erinnernde wahrnehmen, verarbeiten und analysieren. Es scheinen also gemeinsame Gehirnbereiche für das Gedächtnis und die Seh wahrnehmung genutzt zu werden, was die

4 Orlandi, N. (2014). *The innocent eye. Why Vision is Not a Cognitive Process*. Oxford: University Press.

5 Delorme, A., Fluckiger, M. (2003). *Perception et réalité. Une introduction à la psychologie des perceptions*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.

6 Squire, L. R., Kandel, E. R. (2005). *La mémoire. De l'esprit aux molécules*. Paris: Flammarion.

Hypothese einer Nichtunterscheidung zwischen Gedächtnis und Wahrnehmung stützt⁷.

Dieser kleine theoretische Ausflug ist hilfreich, um die Mechanismen zu erfassen, die verantwortlich sind für die mögliche Verschliessung des Subjekts in der Introversion – dank der Wiederholung von Bildern, durch die sein inneres Erleben und die daraus entstehenden Wunschvorstellungen Ausdruck finden. Doch eine solche Introversion befördert nicht unbedingt die Beweglichkeit des Denkens und die geistigen Fähigkeiten, die zu neuen Begriffs- und Vernunftkenntnissen führen.

Die sekundären Vorgänge scheinen dergestalt gefährdet zu sein, während die visuellen Hüllen des Ich⁸ immer dichter werden unter der Herrschaft einer allmächtigen Bilderwelt. Denn diese ist gleichzeitig durch die Marktlogik von Angebot und Nachfrage und die (natürliche) Notwendigkeit regiert, den Narzissmus in die Welt hinaus auszudehnen, um sie vertraut zu machen. Doch wie weit wird man gehen in dieser narzisstischen Ausdehnung, die aus der Welt unseren Spiegel macht, auf die Gefahr hin, die Welt in ihrer Wirklichkeit zu übersehen? Die Zerbrechlichkeit des Selbst muss sich mit diesem Spannungsfeld zwischen sich und der wirklichen Welt messen, dessen Abstand immer grösser zu werden scheint, was die künftigen Generationen in Gefahr bringen kann, denen niemand eine optimale Erziehung und einen vernünftigen Umgang mit Internet und mit den Bildern garantieren kann.

Doch für die Zukunft verheissen uns die transhumanistischen Programme, dass der Mensch von morgen dank künstlicher Intelligenz und Hybridisierung durch elektronische Nanokomponenten erweitert wird. Er wird nicht mehr Gefahr laufen, eine Krankheit des vegetativen Nervensystems zu entwickeln, und weder unter Mühsal leiden noch zu schnell altern, während zugleich seine Wahrnehmung und Gedächtnisleistung sich verbessern. Die transhumanistische These

7 Poenaru, L. (2015). *L'hallucinoire de déplaisir et ses fondements. Une approche neuropsychanalytique*. Saarbrücken: Editions Universitaires Européennes.

8 Lavallée, G. (1999). *L'enveloppe visuelle du moi*. Paris: Dunod.

steht offenkundig im krassen Widerspruch zur Feldbeobachtung und wahrscheinlich wird der fortschreitende Verlust von natürlichen Fähigkeiten, wie er in Studien über Kinder, die früh mit Bildschirmen konfrontiert sind, zutage tritt, langfristig gesehen zu einem vermehrten Rückgriff auf Technologien führen, um Anpassungsschwierigkeiten auszugleichen. Die Mechanismen, die hier am Werk sind, sind mit denen der Sucht vergleichbar. Die Bildschirmnutzung ist in den sozialen Interaktionen systematisch und unverzichtbar geworden, was die Beeinflussung durch Bilder auf einer sehr breiten Skala beweist. Begegnungen und Diskussionsthemen drehen sich künftig um Internetinhalte und Bilder (die eigenen oder die anderer), die fortwährend einen Bildschirm in den Austausch einbringen. Er ist ein Vermittler und eine Verlängerung des Selbst in einem: ein unabdingbares Zubehör, das schon jetzt technologisch erweiterte Menschen aus uns macht. Wahrscheinlich vermittelt diese bereits bestehende Konstellation eine kleine Vorstellung davon, wie die künftige Gesellschaft aussehen wird.

Die absorbierende Macht der Bilder berührt auch philosophische Fragen, die über die Ethik hinausgehen und in Zukunft Diskussionen über die gesellschaftlichen und individuellen Herausforderungen eines unbegrenzten Zugangs zum Internet und den Bildern hervorrufen sollten. Patrick J. Brunet⁹, der die mit der Internetnutzung zusammenhängenden ethischen Probleme (in Bezug auf Gewalt, Identitäten usw.) erforscht, definiert Ethik als «die Gesamtheit der Grundwerte, auf deren Basis Menschen sich positionieren und im Bemühen um gegenseitige Achtung, die Garantie der Menschenwürde und des Gemeinwohls miteinander interagieren» (S. XIV). Darin geht auch der Zugang zu einem persönlichen Gebrauch der Bilder über die Moral und die Beziehung zum anderen hinaus und übersteigt die ethische Frage, doch entfernt er sich nicht völlig von ihr und wirft überdies Fragen der öffentlichen Gesundheit auf.

Sicher bleibt die hier vorgestellte Hypothese trotz der Studien, welche die Negativfolgen einer frühzeitigen und massiven Konfrontation mit Bildern bestätigen, noch in einem spekulativen

9 Brunet, P. J. (2003). *Ethique et internet*. Les Presses de l'Université Laval.

tiven Stadium. Falls sie aber richtig ist, falls also die Schaulust in der Gegenwartsgesellschaft den Wissenstrieb und die Auseinandersetzung mit der realen Welt und dem anderen überwiegt, wäre es wichtig zu erforschen, auf welche Weise einem weiteren Rückgang der kognitiven Kompetenzen und der Beziehungsfähigkeit der neuen Generationen vorgebeugt werden kann.

Wir haben hier lediglich eine Reihe von Gesichtspunkten betreffend die Bilder und die Rationalität skizziert, die verschiedene (unbeantwortet gebliebene) Fragen angesprochen haben. Es geht nicht darum, in Vergangenheitsnostalgie zu verfallen, denn niemand kann sagen, dass es früher besser war. Ebenso wenig sollte man der Versuchung erliegen zu behaupten, alles lief schlecht, obwohl das Bild der gegenwärtigen Gesellschaft insgesamt viel Besorgnis hervorruft - was ebenfalls für die These eines Verlusts an Rationalität zu sprechen scheint. Zählte aber der Kampf gegen die Unmenschlichkeit und

Barbarei nicht zum Alltag jeder Epoche? Freud schreibt in *Das Unbehagen in der Kultur* (1930), dass die Kultur alles ins Werk gesetzt hat, um unserem Leiden entgegenzutreten. Paradoxiertweise - stellt er fest - wurde die Kultur jedoch historisch stets verurteilt, weil der Mensch das Kulturideal, das er der Gesellschaft auferlegt, nicht erträgt. Unter den Enttäuschungen der Menschheitsentwicklung nennt Freud auch den technischen Fortschritt, der den Menschen trotz der beträchtlichen Errungenschaften, die namentlich im Gesundheitsbereich Grund für Stolz sind, nicht glücklicher gemacht hat.

Entgegen dem Freud'schen Pessimismus und seiner Enttäuschung ist es vielleicht nicht zu spät und auch nicht unnützlich, die an den Umgang mit Bildern geknüpften Verhaltensweisen angemessen zu bewerten und auch ihre Gefahren zu erfassen, um sich gegen die Auswüchse und Negativfolgen, die daraus erwachsen können, zu wappnen.



Wie viel Richtlinie verträgt die Psychoanalyse?

Eine kritische Bilanz nach 50 Jahren Richtlinien-Psychotherapie

Veronica Baud

**Thomas Hartung, Eike Hinze,
Detlef Schäfer**

Buchreihe: Bibliothek der Psychoanalyse,
Verlag: Psychosozial-Verlag, 139 Seiten,
Broschur, 148 x 210 mm, Erschienen im
Februar 2016, ISBN-13: 978-3-8379-2458-9,
Bestell-Nr.: 2458

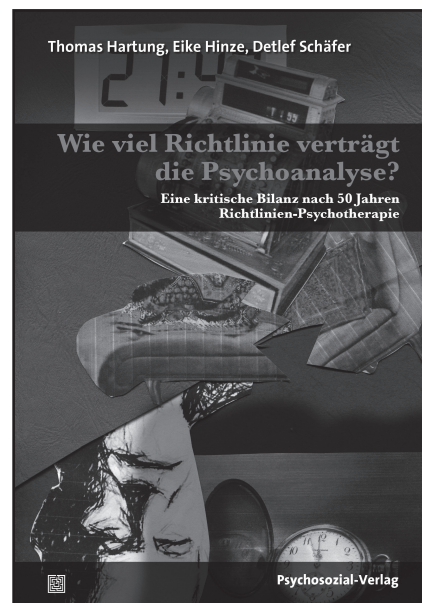
Das Autorentrio Thomas Hartung, Eike Hinze und Detlef Schäfer setzt sich in seinem Gemeinschaftswerk mit einem auch für Schweizer Psychotherapeuten/-innen sehr aktuellen Thema auseinander, wenn es das Spannungsfeld zwischen psychoanalytischer Praxis und den gesetzlichen Vorgaben durch die Krankenversicherer untersucht. Anlass dafür gibt das 50-jährige Jubiläum der Anerkennung der Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und der damit verbundenen Einführung der Psychotherapie-Richtlinien. Dabei liegt der Fokus entsprechend der psychotherapeutischen Ausrichtung der drei Autoren auf der Psychoanalyse und den tiefenpsychologisch orientierten Schulen. Dazu ist zu bemerken, dass in Deutschland ausser der Verhaltenstherapie nur noch diese beiden Psychotherapie-Ausrichtungen ihre Leistungen über die Krankenkasse verrechnen können. Da die Verhaltenstherapie ihren Schwerpunkt mehr auf Kurzzeitherapien legt, geraten die beiden anderen Orientierungen in Deutschland stärker in den Fokus der Krankenkassen und den Generalverdacht, kostspielige Langzeittherapien mit einem zweifelhaften Nutzen für die Patienten/-innen zu praktizieren. Mit diesem Vorwurf und mit dem, was dieser Vorwurf mit den Psychoanalytikern/-innen macht, setzen sich die drei Autoren auseinander. Dabei hat jedes Kapitel eine eigene Literaturliste und eine übersichtliche Struktur.

Der oben genannte Vorwurf wird bereits von Eike Hinze in seiner Einfüh-

rung entkräftet: Eine Studie von 2009 hat nämlich gezeigt, dass selbst Psychoanalytiker, denen eine hochfrequente Psychoanalyse mit einem Stundenkontingent von 160 Stunden zugesprochen wurde, dieses in 75% der Fälle nicht ausschöpften.

In seinem der Einführung folgenden Kapitel über «Das Honorar des Psychoanalytikers» setzt er sich noch differenzierter mit den Finanzierungsmodalitäten in der Psychoanalyse auseinander. Dabei geht er von Freuds Praxis aus und zeichnet die Entwicklung des Verhältnisses der Psychoanalytiker zu ihrem Honorar im Laufe der nachfolgenden Jahre nach. Hier geht er der bis heute andauernden psychoanalytischen Diskussion auf den Grund, dass es für den psychoanalytischen Prozess wichtig ist, die Analysandin bezahlt ihre Analyse selber und wird nicht durch eine Krankenkasse fremdfinanziert. Diese These hält er für nicht erwiesen und sieht Vor- und Nachteile für beide Modalitäten.

Detlef Schäfer setzt sich in dem daran anschliessenden Kapitel mit dem Verhältnis der Krankenkassenversicherung und der Psychoanalyse auseinander. Zu Beginn erläutert er einerseits die Entwicklung der Psychoanalyse und andererseits diejenige der Krankenkassenversorgung. In diesem Zusammenhang befasst er sich mit den verschiedenen Rollen, die der Psychoanalytiker in seinem berufspolitischen Umfeld einnimmt. Ein Faktor, an dem sich das Ringen der Psychoanalytiker mit den gesundheitspolitischen Veränderungen besonders deutlich zeigt, ist die Frequenz. Seit dem Inkrafttreten der Psychotherapie-Richtlinien von 1993 sind nur noch 3 Sitzungen pro Woche genehmigt, was in der Settingfrage zu grossen Differenzen geführt hat. In seinem Resümee bleibt Schäfer etwas unkonkret, wenn er fordert, dass die Psychoanalytiker sich zwar den neuen



Entwicklungen des Gesundheitssystems nicht entziehen dürfen, aber dennoch ihren eigenen Prämissen treu bleiben sollten. Hier hätte man sich etwas klarere Aussagen gewünscht, wie das aussehen könnte.

In dem darauffolgenden Kapitel zeichnet Detlef Schäfer die Entwicklung der Psychotherapie-Richtlinien nach, wobei er im Jahr 1967 beginnt, als die Psychotherapie in die Krankenkassenleistungen aufgenommen wurde. Hier setzt er sich einerseits mit dem Wandel des Krankheitsmodells und andererseits mit den Vorgaben für die verschiedenen Methoden auseinander. Auch am Ende dieses Kapitels plädiert er dafür, dass sich die Psychoanalytiker mit ihrem Behandlungskonzept ihren Platz in den Richtlinien sichern müssen, ohne sich dabei selber zu verleugnen. Auch hier klingt sein Plädoyer etwas resigniert angesichts der gesundheitspolitischen Entwicklungen, die immer stärker auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit abzielen.

In den nachfolgenden Kapiteln beschäftigt sich Thomas Hartung mit dem Einfluss und den verschiedenen Per-

spektiven der in dem Spannungsfeld zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie-Richtlinien stehenden Protagonisten wie: Analytiker, Analysand, Ausbildungskandidaten, Supervisor und Richtlinienvertreter, wobei er die jeweilige Perspektive einnimmt und teilweise mit Fallvignetten zur Veranschaulichung arbeitet. Dabei kommt er zu dem Schluss, dass zumindest seine eigene Auseinandersetzung mit den Richtlinien dazu geführt hat, eine innere Unabhängigkeit zu finden. Es besteht für ihn aber auch die Gefahr, dass die Begrenzung in der Behandlung dazu verführen könnte, unbequeme Patienten schneller los zu werden. Jedoch sieht er auch klare Vorteile für die Patienten/-innen, deren finanzielle Situation durch die Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkasse deutlich entlastet wird. Vor allem die Beschäftigung mit den Ausbildungskandidaten und Supervisoren zeigt, dass in Deutschland das Ausbildungssystem deutlich reglementierter ist als in der Schweiz. Hier werden den Ausbildungskandidaten sowie den Supervisoren genaue Stundenzahlen und deren Frequenz pro Woche vorgeschrieben. Dies führt zu einem rechten Leistungsdruck, wollen beide ihre Vorgaben im dafür angesetzten Zeitrahmen schaffen. Es liegt auf der Hand, dass dies einen nicht unerheblichen Einfluss auf die jeweilige berufliche Tätigkeit hat. Bei der Auseinandersetzung mit den Richtlinienvertretern weist Hartung auf ein erstaunliches deutsches Phänomen hin, das seinen Eingang in die Psychotherapie-Richtlinien gefunden hat: Es

darf nur eine hochfrequente Analyse begonnen werden, bei der innerhalb mindestens 160 Stunden, längstens 240 Stunden, ein Erfolg abzusehen ist; sollte dies nicht der Fall sein, darf die Analyse auch nicht in Eigenfinanzierung fortgesetzt werden. Offenbar ist dieser eigenartige Passus in den Richtlinien ein Versuch der Versicherer, eine gewisse Kostenlimitierung zu erreichen, die jedoch nicht offen ausgesprochen werden darf, da in Deutschland gemäss dem Naturleistungsprinzip dem Patienten keine ausreichende, vollständige Behandlung – was auch immer das ganz genau sein soll – versagt werden darf. In der Praxis scheint dieses Phänomen zu einem Kompromiss zwischen Analytikern und Krankenkassen zu führen, wonach vor allem niedrigfrequente psychoanalytisch orientierte Psychotherapien bewilligt werden, die letztendlich zeitlich kaum limitiert werden. Ein Phänomen, das, wie Hartung bemerkt, verständlicher Weise dazu führt, dass viele Psychoanalytiker auf ein hochfrequentes Setting verzichten und damit eine wichtige psychoanalytische Behandlungsform immer mehr aufgeben.

Im letzten Kapitel setzt sich Hinze mit dem Phänomen auseinander, dass aus den Psychotherapie-Richtlinien der Begriff «Psychoanalyse» gestrichen wurde und mit dem schwammigeren Begriff der «analytischen Psychotherapie» ersetzt wurde. Letzteres scheint zunehmend von der klassischen Psychoanalyse losgelöst zu werden, die als Negativbeispiel für endlose hochfrequente Analysen bestehen bleibt.

Am Schluss dieses Kapitels kommen endlich konkretere Forderungen: Es braucht mehr psychoanalytische Studien über die Wirksamkeit der Methode und einen öffentlichen Diskurs über psychoanalytische Verfahren, um der Skepsis der Krankenkassen und der Richtlinienvertreter zu begegnen.

Das Werk der drei Autoren ist sehr lesenswert, umso mehr, als das Thema in der aktuellen Diskussion um das schweizerische Anordnungsprinzip sehr viel Brisanz hat, auch wenn es hier um die deutsche berufspolitische Situation mit Fokus auf die Psychoanalyse geht. Die Phänomene, die dort beschrieben sind, beschränken sich ja nicht nur auf diese Therapierichtung, sondern sind wohl auch vielen anderen Psychotherapieschulen bekannt. Auch kann es hilfreich sein, hier Trends abzulesen, die auch in der Schweiz bemerkbar sind bzw. noch kommen könnten. Das Buch ist sehr gut lesbar und übersichtlich, verliert sich nicht zu stark in psychoanalytischem Fachjargon, sodass es auch von Nicht-Analytikern gut gelesen werden kann.

Teilweise wirken die Resümees etwas resigniert, wie es sich immer wieder in der psychoanalytischen Literatur finden lässt. Dann fürchtet man wieder einen beleidigten Rückzug in den Elfenbeinturm, aber gerade das Schlusswort von Eike Hinze lässt hoffen, dass ein konstruktiverer Weg angestrebt wird.

Veronica Baud
Leiterin Psychotherapie
Spital Affoltern am Albis

Dienstleistungen für Mitglieder

Praxishilfen

Patientenvermittlung

Eine Dienstleistung der ASP für die Öffentlichkeit und für ihre Mitglieder. Gegen einen Selbstkostenbeitrag können Sie sich Patienten/-innen vermitteln lassen.

IV-Vertrag

Ordentliche ASP-Mitglieder mit Praxisbewilligung und eidg. Anerkennung der Weiterbildung gemäss PsyG können dem Vertrag zwischen BSV (Bundesamt für Sozialversicherung) und ASP beitreten. Psychotherapien bei Minderjährigen, bei Geburtsgebrechen und zur beruflichen Eingliederung können unter bestimmten Voraussetzungen über die Invalidenversicherung abgerechnet werden.

Leistungen und Tarife

Tarife für Leistungen und Richtzeiten für Tests (siehe Webseite).

Honorarformulare

Eine elektronische Version kann als beschreibbare PDF-Vorlage im Sekretariat bezogen werden oder über die Webseite/Mitgliederbereich heruntergeladen werden.

Tipps bei Steuerfragen

Welche Kosten kann ich als Psychotherapeut/-in von den Steuern absetzen? (Merkblatt)

Delegierte Psychotherapie

Was muss beachtet werden? (Merkblatt)

Versicherungen

Pensionskasse (2. Säule)

Die Pro Medico Stiftung Zürich bietet als Verbandsvorsorge der 2. Säule den ASP-Mitgliedern die Möglichkeit einer flexiblen beruflichen Vorsorge. Es handelt sich um finanziell attraktive Angebote zur individuellen Altersvorsorge für selbstständig Erwerbende und deren Personal.

Krankenkasse

Kostengünstig für ASP-Mitglieder und ihre Familienangehörigen. Bei den Zusatzversicherungen profitieren Sie vom Kollektivtarif.

Berufshaftpflichtversicherung

Die Leistungen der Versicherung bestehen in der Entschädigung begründeter und in der Abwehr unbegründeter Haftpflichtansprüche.

Rechtsschutzversicherung

ASP-Mitglieder können von einem kollektiven Rechtsschutzangebot profitieren: Berufs- und Vertragsrechtsschutz sowie Privat- und Verkehrsrechtsschutz auch mit Familiendeckung möglich. Informationen und Antragsformulare sind auf der Homepage aufgeschaltet.

Sachversicherung

Gegen Feuer, Elementarschäden, Einbruchdiebstahl und Beraubung, Wasser, erweiterte Deckung für nicht genannte Gefahren und Schäden.

Zurich Connect

Vorteilhafte Versicherungskonditionen über Zurich Connect.

Lebensversicherungen

Elisp Life bietet flexible Lösungen der privaten Vorsorge bei Tod und Invalidität an.

Informationsschriften

(Zum Kopieren und Auflegen in der Praxis)

Informationen zur Psychotherapie

Wissen Ihre Patient/-innen, was Psychotherapie ist, was sie kann, wie sie funktioniert? Kennen sie den Unterschied zwischen Psychologin/-in, Psychotherapeut/-in und Psychiater/-in? Informieren Sie Ihre Patient/-innen über ihre Rechte und Pflichten: Schweigepflicht, Qualifikation der Psychotherapeuten/-innen, Honorar, Schutz der Patienten/-innen, Klagerecht, Ombudsstelle.

Krankenkassenleistungen

Welche Krankenkasse zahlt zu welchen Bedingungen wie viel für eine Psychotherapie?

Standesregeln

Zeigen Sie Ihren Patient/-innen, welche Regeln qualifizierte Psychotherapeuten/-innen einhalten müssen.

Öffentlichkeitsarbeit

Vermittlung von Interviewpartnern/-innen für Medien

Die ASP vermittelt ihre Mitglieder als kompetente Interviewpartner/-innen in Psychotherapie-Fragen an Journalisten/-innen. Wenn Sie ein Spezialgebiet haben und bereit sind, auch kurzfristig für Anfragen zur Verfügung zu stehen sowie gerne Auskunft an Medienleute geben, melden Sie sich im Sekretariat.

www.psychotherapie.ch

Mit ihrer Webseite richtet sich die ASP an die Öffentlichkeit. Wer eine Psychotherapie machen möchte, findet alle Merkblätter, Standesregeln, die Therapieplatzvermittlung, die Liste der Kassenleistungen, Angaben über die Psychotherapie und Erläuterungen zu einzelnen Krankheitsbildern. Für Journalisten/-innen oder Politiker/-innen sind die Ausbildungskonzepte sowie die gesundheits- und berufspolitischen Vorstellungen der ASP dargestellt. Für ASP-Mitglieder ist ein spezieller Bereich eingerichtet.

Inserate für «à jour! Psychotherapie-Berufsentwicklung»

Die ASP-Redaktion behält sich vor, die Annahme von Anzeigen ohne Begründung abzulehnen. Über Annahme und Ablehnung führen wir keine Korrespondenz.

1/1 Seite CHF 500.–

1/2 Seite CHF 320.–

1/4 Seite CHF 250.–

1/8 Seite CHF 200.–

Reduzierter Tarif für ASP-Mitglieder:

40% Rabatt.

Publikationen

«à jour! Psychotherapie-Berufsentwicklung»

Verbandsnachrichten, Berichte zur Berufspolitik und Berufsentwicklung im nationalen und internationalen Raum, thematische Beiträge, Praxisfragen, Veranstaltungskalender usw.

«Psychotherapie-Wissenschaft»

Schulen übergreifende wissenschaftliche Zeitschrift mit Beiträgen aus allen Bereichen der Psychotherapie: Originalarbeiten, Forschung, Falldarstellungen, interdisziplinäre Projekte, Rezensionen und Tagungsberichte.

Vorstand

Gabriela Rüttimann, Präsidentin
Nicola Gianinazzi, Berufspolitik Tessin
Veronica Baud
Bruno de Raemy, Berufspolitik Romandie
Peter Schulthess, Schweizer Charta

Geschäftsleitung

Marianne Roth

Sekretariat

Ursula Enggist | Claudia Menolfi

Impressum

Herausgeber

ASP | Riedtlistrasse 8 | 8006 Zürich
Tel.: 043 268 93 00

Redaktionsschluss | Erscheinungsweise

25. März | Mai - 25. September | November

Redaktion

Peter Schulthess | Redaktionsleitung
peter.schulthess@psychotherapie.ch
Tel.: 076 559 19 20

Marianne Roth | marianne.roth@psychotherapie.ch
Veronica Baud | veronica.baud@bluewin.ch
Livi Poenaru | liviu.poenaru@gmail.com

Die Zeitschrift «à jour! Psychotherapie-Berufsentwicklung» ist ein Informationsorgan der ASP. Gleichzeitig versteht sie sich als Forum in den Rubriken Forum, Praxis, Diverses und Literatur, in denen auch Meinungen geäußert werden, die unabhängig von der Meinung des Vorstandes und der Redaktion sind.

Bildnachweise

Titelbild: «iStock»
Artikelbilder: ASP | «CanStock» | «Fotolia» | «iStock»

Übersetzung: IBS Fachübersetzungen AG | Claudia Menolfi

Realisation: Threefaces Corp. Communications | Zürich

Inserate: Redaktion |
peter.schulthess@psychotherapie.ch

Auflage: 1000 Exemplare

Agnes von Wyl, Volker Tschuschke,
Aureliano Cramer, Margit Koemeda-Lutz,
Peter Schulthess (Hg.)

Was wirkt in der Psychotherapie?

Ergebnisse der Praxisstudie
ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren



Psychosozial-Verlag

Agnes von Wyl, Volker Tschuschke,
Aureliano Cramer, Margit Koemeda-Lutz,
Peter Schulthess (Hg.)

Was wirkt in der Psychotherapie?

Ergebnisse der Praxisstudie ambulante
Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen
Verfahren

173 Seiten, Broschur
Preis: CHF 40.00 + CHF 4.00 Versandkosten
ASP-Mitglieder: CHF 34.00 + CHF 4.00 Versandkosten
ISBN 978-3-8379-2586-9
Buchreihe: Forschung Psychosozial

Bestellmöglichkeiten:
Im Internet unter www.psychosozial-verlag.de
Per Email: bestellung@psychosozial-verlag.de
Per Email: asp@psychotherapie.ch
Telefonisch: 043 268 93 00

Das Buch ist selbstverständlich auch erhältlich in Ihrer
Lieblingsbuchhandlung.

Aus dem Vorwort

„Eine Psychotherapie-Praxisstudie durchzuführen braucht einen langen Atem! Umso befriedigender ist es, wenn nach der langen Reise der Bestimmungsort erreicht ist und - wenn wir bei dieser Metapher bleiben - die Fracht sicher am Bestimmungsort angekommen ist. Dieses Buch dokumentiert die Vorbereitungen zu dieser Reise, berichtet von der Reise selber und beschreibt schliesslich die auf der Reise angesammelte Fracht oder Güter.

Bei 81 verschiedenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die neun verschiedenen therapeutischen Schulen angehören, haben wir immer wieder Halt gemacht, um Daten von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie über 360 Patientinnen und Patienten zu sammeln.“

Agnes von Wyl

Die Praxisstudie ambulante Psychotherapie - Schweiz (PAP-S) ist eine der wenigen Studien, die Behandlungsmethoden untersuchen, die tatsächlich in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung angewandt werden. Diese naturalistische Studie bildet somit ein breites Spektrum der heutzutage in der Schweiz zugelassenen Therapiemethoden ab, wobei auch bisher wenig untersuchte Ansätze einbezogen wurden.

Die Autorinnen und Autoren präsentieren die wichtigsten Ergebnisse der von 2006 bis 2013 durchgeführten Studie zur Wirksamkeit verschiedener Psychotherapiemethoden im ambulanten Bereich. Zudem werden die Befunde dazu dargelegt, welche Faktoren das Therapieergebnis beeinflussen und inwieweit sich die Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Konzepte bzw. Psychotherapiemethoden bezüglich angewandter Interventionstechniken unterscheiden oder ähneln.

Mit der Studie konnte zudem gezeigt werden, dass der Einfluss der Schulenzugehörigkeit der Behandlerinnen und Behandler eine eher untergeordnete Rolle spielt.

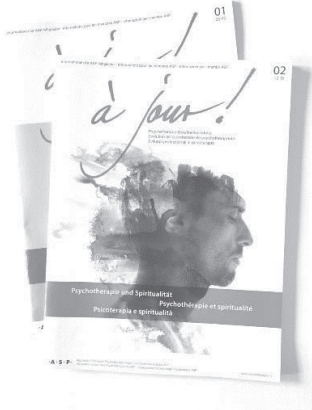
Leserinnen und Leser, die sich detaillierter für das Vorgehen, die Methodik und die Auswertung interessieren, werden auf die entsprechenden Originalbeiträge in verschiedenen wissenschaftlichen Zeitschriften verwiesen.

Alle Publikationen und Präsentationen an Kongressen zur Studie sind zudem auf der Website www.psychotherapieforschung.ch aufgelistet.

Mit Beiträgen von Aureliano Cramer, Hugo Grünwald, Margit Koemeda-Lutz, Peter Müller-Locher, Mario Schlegel, Peter Schulthess, Volker Tschuschke und Agnes von Wyl.

Wissens- und Lesenswertes über Psychotherapie in der Schweiz

**Psychotherapie-Berufsentwicklung
Informationsorgan der Assoziation
Schweizer Psychotherapeutinnen und
Psychotherapeuten ASP**



Die Zeitschrift **à jour** bildet das Bindeglied zwischen unserem Verband ASP und seinen Mitgliedern. Aber auch Nicht-Mitglieder und Personen, die sich allgemein für Psychotherapie interessieren, finden darin lesenswerte Beiträge.

Neben aktuellen Informationen zu den Aktivitäten des Verbandes und seinen Organen liefert sie Wissenswertes über die Entwicklung des Berufes Psychotherapie in der Schweiz auf politischer Ebene.

Nicht fehlen darf ein Fachbeitrag, der jeweils ein spezifisches Thema aus einer Psychotherapierichtung behandelt mit dem Ziel, Kolleginnen und Kollegen mit anderen Methoden, Sichtweisen und Theorien vertraut zu machen. Porträts von ASP-Mitgliedern, Leserbriefe, Veranstaltungstipps und Literaturhinweise in Form von Rezensionen runden das Angebot ab.

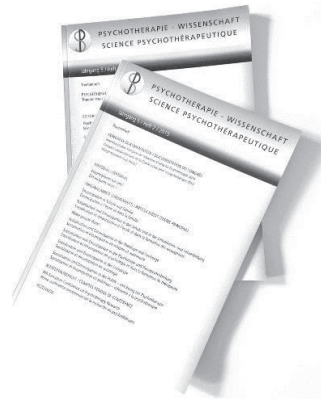
à jour ist nicht nur als Zeitschrift erhältlich, sondern kann auch kostenlos online gelesen werden, abrufbar unter www.psychotherapie-wissenschaft.info.

Die gedruckte Ausgabe ist zweisprachig in Deutsch und Französisch und erscheint halbjährlich. Sie kann über unser Sekretariat bezogen oder abonniert werden.

**PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT
ENTWICKLUNG DER PSYCHOTHERAPIE
BEITRÄGE ÜBER PRAXIS UND FORSCHUNG**

Die Zeitschrift **Psychotherapie-Wissenschaft** befasst sich mit der Entwicklung der Psychotherapie und will den interdisziplinären Austausch zu grundlegenden Fragen wie Indikation, Methodik, Effizienz usw. fördern.

Die Publikation behandelt Themen aus allen Bereichen der Psychotherapie. Die eingereichten Arbeiten durchlaufen ein Begutachtungsverfahren durch internationale Gutachter.



Die Zeitschrift ist offen für alle psychotherapeutischen Richtungen, wie Psychoanalyse, Klientenzentrierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Integrative Gestalttherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama, Systemische Familientherapie, Gruppenpsychotherapie usw.

Psychotherapie-Wissenschaft erscheint halbjährlich sowohl als Printausgabe, wie auch als kostenlose online-Ausgabe. Der freie Zugang (open access) entspricht der Grundannahme, dass dies dem wissenschaftlichen und praxisbezogenen Austausch dient.

Die gedruckte Ausgabe kann im Sekretariat bezogen oder abonniert werden. Weitere Angaben finden Sie auf der Website www.psychotherapie-wissenschaft.info.

• A • S • P •

Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ASP
Riedtlistrasse 8
CH-8006 Zürich / Schweiz
Telefon +41 (0)43 268 93 00
Email: asp@psychotherapie.ch
www.psychotherapie.ch
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Prestations offertes aux membres ASP

Pour votre cabinet

Service de médiation de places de thérapie

Une prestation ASP dont bénéficient collectivité et membres. Versez une souscription et nous communiquons votre nom aux patients qui cherchent un/e psychothérapeute.

Contrat AI

Membres ordinaires, avec autorisation de pratique et reconnaissance du titre postgrade au niveau fédéral selon la LPsy peuvent adhérer au contrat AI entre l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) et l'ASP. Les psychothérapies de mineurs souffrant d'une infirmité depuis la naissance et celles servant à la réinsertion professionnelle peuvent être remboursées par l'AI.

Prestations et tarifs

Tarifs des prestations et indications concernant la durée des tests (voir site Internet)

Formulaires pour notes d'honoraires

Une version électronique peut être commandée comme modèle pdf inscriptible auprès du secrétariat ou téléchargée sur notre site internet/domaine des membres.

« Tuyaux » pour les impôts

A quelles déductions ai-je droit? (voir site Internet)

Psychothérapie déléguée

De quoi faut-il tenir compte? (voir site Internet)

Assurances

Caisse de retraite (2ème pilier)

La fondation Pro Medico à Zurich propose aux membres ASP un deuxième pilier offrant une grande flexibilité sur le plan de la prévoyance professionnelle. Il s'agit d'une offre attrayante de prévoyance pour la retraite, permettant aux personnes travaillant à titre indépendant et à leurs employés de préparer l'avenir de manière individualisée.

Caisse maladie

Les membres ASP et leur famille peuvent profiter d'un tarif avantageux. Concernant les assurances complémentaires, vous bénéficiez d'un tarif collectif.

Assurance responsabilité civile professionnelle

Prestations de cette assurance: indemnités prestations justifiées et défense contre prestations injustifiées.

Assurance protection juridique

Les membres ASP peuvent profiter d'une offre d'assurance protection juridique collective: protection juridique professionnelle et contractuelle, ainsi que protection juridique privée et circulation, aussi possible avec couverture familiale. Les informations et formulaire d'inscription sont publiés sur notre site internet.

Assurance de choses

Contre incendie, phénomènes naturels, vol par effraction et détournement, dégâts d'eau, couverture étendue pour les risques et dégâts non mentionnés.

Zurich Connect

Conditions d'assurances avantageuses par le biais de notre partenaire Zurich Connect.

Assurances vie

Elisp Life offre des solutions flexibles pour la prévoyance privée en cas de décès et d'invalidité.

Brochures d'informations

(à copier et à placer dans votre salle d'attente)

Informations concernant la psychothérapie

Vos patients savent-ils ce qu'est la psychothérapie, ce qu'elle peut faire et comment? Connaissent-ils les différences entre psychologue, psychothérapeute et psychiatre? Fournissez-leur des renseignements sur leurs droits et obligations: devoir de discrétion, qualifications des psychothérapeutes, honoraires, protection des patients, droit de déposer plainte, office de médiation.

Prestations des caisses maladie

Quelles caisses versent combien et sous quelles conditions?

Règles de déontologie

Montrez à vos patients quelles règles doivent être respectées par les psychothérapeutes qualifiés.

Relations publiques

Médiation d'interlocuteurs pour la presse

L'ASP fournit aux médias les noms de membres compétents, aptes à participer à des interviews ou à répondre à des questions concernant la psychothérapie. Vous avez des connaissances spécialisées et vous êtes prêts à vous tenir à disposition rapidement? Faites-le savoir au secrétariat!

www.psychotherapie.ch

Sur son site internet, l'ASP s'adresse au grand public. Ceux qui veulent entreprendre une psychothérapie y trouvent toutes les informations requises (divers mémos, règles déontologiques, service de médiation, liste des prestations des caisses, données concernant la psychothérapie et indications concernant les différents troubles). Concepts de formation et manière dont l'ASP envisage la politique de la santé et la politique professionnelle y sont présentés à l'intention des journalistes et des politiciens. Un domaine spécial est réservé aux membres.

Annonces « à jour! Évolution de la profession du psychothérapeute »

La rédaction se réserve le droit de refuser une annonce sans en indiquer le motif. Aucune correspondance n'est échangée au sujet de l'acceptation ou du refus.

1/1 page CHF 500.–

1/2 page CHF 320.–

1/4 page CHF 250.–

1/8 page CHF 200.–

Tarif réduit pour les membres de l'ASP : 40%.

Publications

« à jour! Évolution de la profession du psychothérapeute »

Actualités de l'association, rapports sur la politique et l'évolution professionnelles sur le plan national et international, débats thématiques, questions pratiques, calendrier des événements, etc.

« Science psychothérapeutique »

Revue scientifique regroupant les différents courants avec des articles touchant à tous les domaines de la psychothérapie: travaux originaux, recherche, présentations de cas, projets interdisciplinaires, recensions et comptes rendus de sessions.

Comité

Gabriela Rüttimann, présidente
Nicola Gianinazzi, politique professionnelle Tessin
Veronica Baud
Bruno de Raemy, vice-président, politique prof. romandie
Peter Schulthess, Charte suisse

Directrice

Marianne Roth

Secrétariat

Ursula Enggist | Claudia Menolfi

Impressum

Editeur

ASP | Riedtlistrasse 8 | 8006 Zurich
Tél : 043 268 93 00

Date de rédaction finale | Date de parution

25 mars | Mai - 25 septembre | Novembre

Rédaction

Peter Schulthess | Directeur de rédaction
peter.schulthess@psychotherapie.ch
Tél : 076 559 19 20
Marianne Roth | marianne.roth@psychotherapie.ch
Veronica Baud | veronica.baud@bluewin.ch
Liviu Poenaru | liviu.poenaru@gmail.com

La revue « à jour! Évolution de la profession du psychothérapeute » est un organe d'information de l'ASP. En plus, c'est un forum pour les rubriques « pratique, divers et littérature », dans lequel on exprime des avis qui sont indépendants de l'avis du comité et de la rédaction.

Crédits photographiques

Couverture : «iStock»
Images d'articles: ASP | «CanStock» | «Fotolia» | «iStock»

Traduction : IBS Fachübersetzungen AG | Claudia Menolfi

Réalisation: Threefaces Corp. Communications, Zürich

Publicité : Rédaction |
peter.schulthess@psychotherapie.ch

Tirage : 1000 exemplaires

Mot de la présidente

Gabriela Rüttimann

Suite aux explications plausibles de l'OFSP sur les raisons motivant leur impossibilité de traiter la demande d'accréditation relative à la filière de formation «ASP Integral», nous avons dû nous remettre au travail. Il convenait donc de préparer les huit orientations d'«ASP Integral» séparément et de les soumettre à l'accréditation. Ces procédures n'ont pas seulement augmenté les coûts pour les instituts partenaires concernés, mais signifient également pour l'ASP une charge supplémentaire considérable (financière et en personnel). Comme huit demandes séparées sont soumises, cela implique aussi le paiement de huit procédures. Ainsi, surtout l'exercice en cours sera de nouveau déficitaire. Toutefois, il nous est possible de présenter pour 2017 un budget quasiment équilibré.

Cet automne, le congrès EAP a eu lieu au Zagreb. Les participants y ont abordé des questions relatives au lobbying et au marketing. L'EAP a en outre décidé de s'allier au Conseil Européen des Professions Libérales (CEPLIS), qui apporte son soutien à l'idée d'une identité propre aux professions libérales. Sur le plan suisse, l'ASP est membre de l'Union suisse des professions libérales (USPL), qui s'engage au niveau politique en faveur des intérêts des professionnels indépendants et dont le conseiller aux États Pirmin Bischof est le président. L'USPL est également interconnectée sur le plan européen. D'ailleurs, une rencontre de tous les membres actifs dans

le domaine sanitaire doit avoir lieu en janvier où des sujets liés à la santé seront discutés.

Le projet lancé par l'OFSP concernant le registre des professions de la psychologie (PsyReg) prend enfin forme. Les associations étaient invitées à se rendre à Berne où des informations de première main sur le sens et le but du projet ainsi que sur sa mise en œuvre ont été divulguées. L'objectif est d'enregistrer dans un registre central exclusivement les détenteurs/trices d'un titre de formation postgrade reconnu au niveau fédéral – pour l'instant uniquement en psychothérapie. Les curriculums modulaires des associations pourraient également être pris en compte jusqu'en 2018, date à partir de laquelle, suite à la mise en vigueur de la LPsy, seuls les candidat(e)s avec une formation postgrade en psychothérapie seront enregistrés. Lors d'une deuxième étape, les psychologues seront également inscrits au registre.

L'OFSP attend de la part des associations la livraison des données de leur membres devant être transcrits au registre. Nous invitons vivement les membres ne souhaitant pas figurer dans le registre à nous en informer. Cet appel sera également publié dans la newsletter. La charge de travail supplémentaire se révélera limitée, puisque nous œuvrons actuellement au remaniement de notre banque de données.

Votre présidente
Gabriela Rüttimann



Information du secrétariat

Ursula Enggist | Claudia Menolfi

Protocole de l'assemblée ordinaire des membres de l'ASP et de la Charte du 17.09.2016

Le protocole est envoyé à nos membres par voie électronique. Si vous le souhaitez, une version imprimée peut être obtenue auprès du secrétariat. C'est avec plaisir que nous vous ferons parvenir un exemplaire par la poste. Le protocole est disponible en allemand et français et peut être consulté sur notre site web.

Prochaine assemblée des membres à Berne: samedi, 18 mars 2017

Adresses e-mail pour le secrétariat

Le secrétariat peut être contacté par le biais de ces adresses e-mail:

Marianne Roth, directrice: marianne.roth@psychotherapie.ch

Ursula Enggist, secrétariat: ursula.enggist@psychotherapie.ch et asp@psychotherapie.ch

Claudia Menolfi, secrétariat: claudia.menolfi@psychotherapie.ch

L'adresse e-mail sekretariat@psychotherapie.ch a été supprimée.

Actualisation de notre banque de données

Afin de disposer d'une banque de données actuelle, nous prenons volontiers note de vos éventuels changements d'adresse privée ou professionnelle que nous transmettrons ensuite à tarifsuisse. Si vous deviez avoir un changement sur le plan méthode, symptôme ou spécialisation, nous serions également ravis de l'enregistrer dans notre banque de données. Aujourd'hui une grande partie de la communication passe par courriel: pour cette raison, nous vous prions de nous faire parvenir votre (nouvelle) adresse e-mail, afin que vous puissiez recevoir les informations importantes sans délai.

Agenda (web)

Cette rubrique consultable sur notre site web comporte les annonces actuelles de manifestations, formations continues, congrès, etc. Nous vous invitons à visiter notre site régulièrement.

Revue: PTW – Science Psychothérapeutique

Si vous souhaitez recevoir une version imprimée de cette revue, n'hésitez pas à en faire la demande au secrétariat. Si vous optez pour la version en ligne, vous pouvez vous abonner en cliquant sur le lien suivant:

<http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/>

Revue: à jour! Évolution de la profession de psychothérapeute

Cette revue est également disponible en ligne:

<http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/>

Actualités – offres tierce personne (web)

Cette rubrique consultable sur notre site web propose des offres d'emploi et publications actuelles.

Prestation de service: assurances

Vous trouverez à la rubrique «assurances» de notre site web des informations relatives aux offres en assurance collective.

Suggestions, demandes, problèmes

N'hésitez pas à nous faire parvenir un message que nous transmettrons volontiers à la directrice ou au comité. Nous nous réjouissons de lire vos réactions et commentaires.

➤ Nouveaux membres

Schenk Bohren | Barbara | Beaulieurain 15 | 3012 Bern

Deuter | Martin | Greyerzstrasse 45 | 3013 Bern

Schnellmann | Eliane | Zürcherstrasse 37 | 8852 Altendorf

Gafner | Florine | Eidmattstrasse 22 | 8032 Zürich

Khalfaoui | Marie-Claude | 4, chemin de Varmey | 1299
Crans-près-Céligny

Sezione della Svizzera Italiana

Nicola Gianinazzi

Riassumo in breve le tematiche principali che ci hanno impegnato in questo semestre:

1. Forniamo regolarmente consulenze individuali a colleghi psicologi e psicoterapeuti, nonché occasionalmente a istituti di formazione svizzeri ed esteri e ad altre istituzioni. Dalla primavera 2016 inoltre collaboriamo strettamente – in seno al comitato ASP – con la FSP nazionale sugli importanti dossiers comuni.
2. Si collabora con profitto con l'Istituto Ricerche di Gruppo per l'organizzazione della formazione continua, così da poter garantire sempre una vasta scelta di corsi di qualità. A partire da settembre 2015 l'ASP può offrire ai suoi membri il programma completo di formazione continua dell'IRG *à la carte*, con uno sconto del 30% da parte dell'IRG per tutti i membri ASP.
3. A livello di accreditamenti federali definitivi l'ASP della Svizzera italiana resta attiva sempre in stretta collaborazione con gli organi centrali dell'Associazione. Assieme a diversi altri partners svizzero tedeschi e romandi – 7 esattamente – si è costituito un «modello di accreditamento transteorico», già inoltrato all'AAQ (Agenzia federale di Accreditamento e controllo Qualità): ASP-Integral, nel nostro caso ASP-Integral-IRG.
La Sezione collabora intensamente con l'IRG nel preparare e accompagnare le varie fasi dell'accREDITamento di questo importante e innovativo dossier: colloqui con l'UFSP (Uff. Fed. della Sanità Pubblica) e con gli esperti designati dell'AAQ.
 - *Partenariato con la Zürcher Hochschule der Künste (ZHdK), SUP (Scuola Universitaria Professionale) alla quale appartiene appunto uno degli 8 Curricula transteorici: Musikpsychotherapie;*

4. L'ASP della Svizzera italiana si adopera inoltre nell'occuparsi di questioni cruciali – istituzionali, assicurative e giuridiche – legate ad es. all'ambito degli *stages* di pratica clinica e alle loro condizioni quadro. In particolare ha collaborato attivamente anche nell'elaborazione della *Tarifstruktur* (Struttura tariffaria) indispensabile per un futuro accesso alla LAMal.
 - *Consulenza e collaborazione con la Fachhochschule Nordwestschweiz (NWFH), SUP che lavora attualmente con ASP, FSP e SBAP per la relativa raccolta dati.*
5. Il progetto di «Scienza Psicoterapeutica» (SPT/PTW) – lanciato dall'ASP nel 2010 – continua a svilupparsi sul nostro territorio con collaborazioni tra il privato e il pubblico, in Svizzera e non.
 - *Collaborazione con l'Università della Svizzera Italiana (USI) e il suo Institute of Communication & Health (ICH), diretto dal prof. Peter Schulz. L'ICH ha appena lanciato un MSc interdisciplinare e internazionale in Psicologia cognitiva e Comunicazione in ambito sanitario, in partenariato con l'Università privata milanese Vita-Salute San Raffaele (UniSR – prof.ssa Clelia Di Serio). Questo avviene conformemente al modello aggiornato di Scienze psicoterapeutiche (SPT-PTW) che garantisce appunto una mobilità e una formazione di base interdisciplinare per la nostra professione.*



Nicola Gianinazzi, membro di comitato, responsabile per la politica professionale e i membri della Svizzera italiana

Section Suisse italienne

Nicola Gianinazzi



Voici un résumé des grands thèmes qui nous ont occupés ce semestre:

1. Nous proposons régulièrement des consultations individuelles à des confrères psychologues et psychothérapeutes et, occasionnellement, à des instituts de formation suisses et étrangers et à d'autres organismes. En outre, depuis le printemps 2016, nous collaborons étroitement – au sein du comité ASP – avec la FSP sur les dossiers communs importants.
2. Nous collaborons fructueusement avec l'Istituto Ricerche di Gruppo (IRG) pour l'organisation de la formation postgrade, de manière à pouvoir garantir le maintien d'un vaste éventail de cours de qualité. Depuis septembre 2015, l'ASP propose à ses membres le programme complet de formation continue de l'IRG, *à la carte*, avec une remise de 30% offerte par l'IRG à tous les membres de l'ASP.
3. Concernant les accréditations définitives au niveau fédéral, l'ASP de la Suisse italienne agit toujours en coopération étroite avec les organes centraux de l'association. Avec plusieurs autres partenaires de Suisse alémanique ou romande – au nombre de 7, précisément – nous avons constitué un «modèle d'accréditation transthéorique», qui a été transmis à l'AAQ (Agence suisse d'accréditation et d'assurance qualité): il s'agit d'ASP-Integral, dans notre cas ASP-Integral-IRG.

La Section travaille intensément avec l'IRG afin de préparer et d'accompagner les différentes phases de l'accréditation de ce dossier novateur et important: entretiens avec l'OFSP (Office fédéral de la santé publique) et avec les experts désignés de l'AAQ.

- *Partenariat avec la Zürcher Hochschule der Künste (ZHdK), haute école qui propose l'un des huit parcours transthéoriques, nommé «Musikpsychotherapie»;*

4. L'ASP de la Suisse italienne se penche également sur certaines questions cruciales – d'ordre institutionnel, juridique et d'assurance – liées par exemple aux stages de pratique clinique et à leurs conditions-cadre. En particulier, elle a participé activement à l'élaboration de la *structure tarifaire* indispensable en vue de l'accès futur à la LAMal.

- *Consultation et collaboration avec la Fachhochschule Nordwestschweiz (NWFH), haute école qui s'emploie actuellement avec les trois associations ASP, FSP et SBAP à la collecte des données afférentes à la structure tarifaire.*

5. Le projet de «Scienza Psicoterapeutica» (SPT/PTW) – lancé par l'ASP en 2010 – continue de se développer sur notre territoire avec des collaborations entre le secteur privé et le public, en Suisse comme à l'étranger.

- *Collaboration avec l'Università della Svizzera Italiana (USI) et son Institute of Communication & Health (ICH), dirigé par le professeur Peter Schulz. L'ICH vient d'ouvrir un MSc interdisciplinaire et international en Psychologie cognitive et Communication dans le milieu sanitaire, en partenariat avec l'Université privée milanaise Vita-Salute San Raffaele (UniSR – Mme Clelia Di Serio).*

Ce Master correspond au modèle actualisé de Sciences psychothérapeutiques (SPT-PTW) qui garantit la mobilité et une formation de base interdisciplinaire pour notre profession.

Nicola Gianinazzi, membre de comité, responsable pour la politique de profession et prise en charge de membres en Suisse italienne

Section Suisse romande

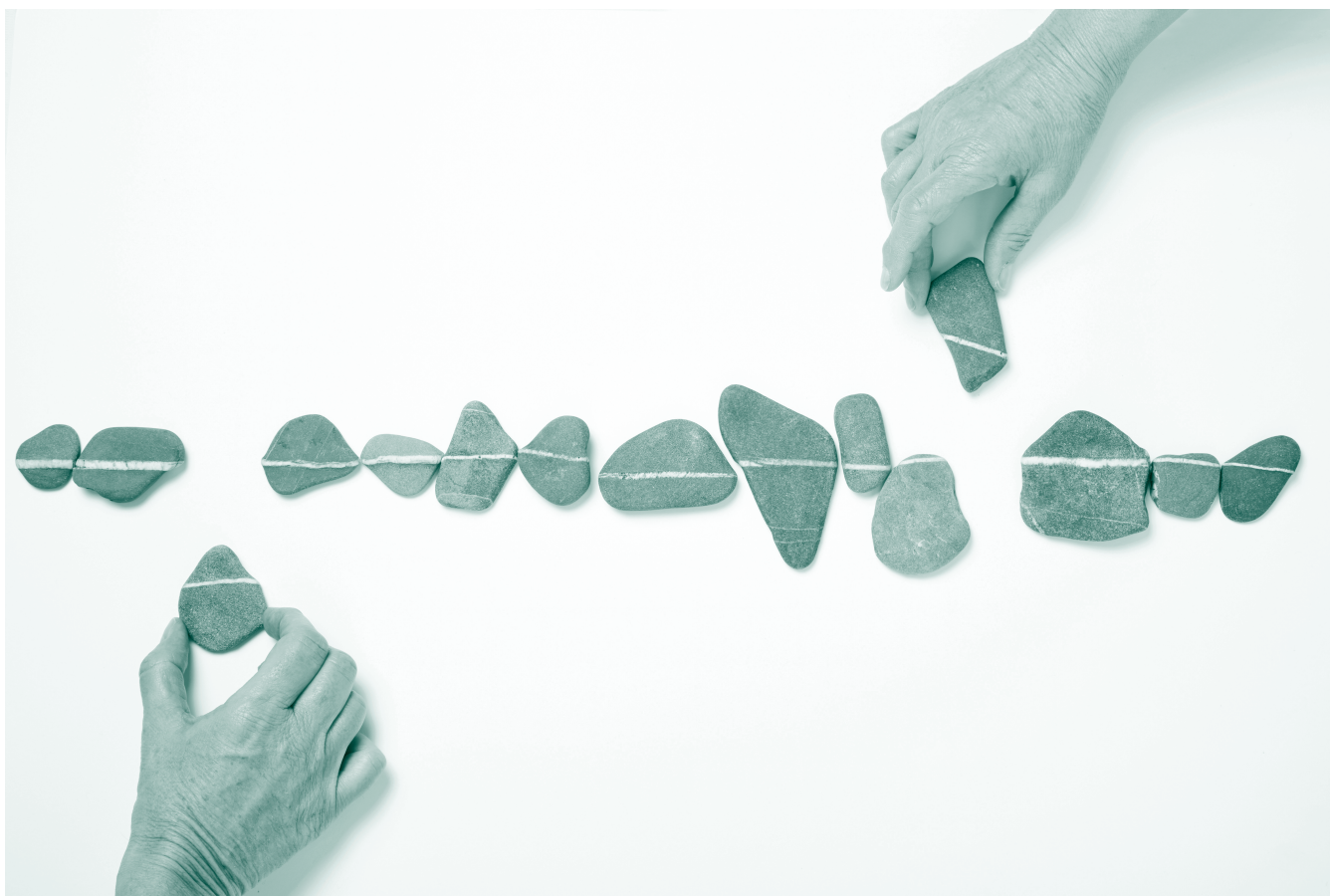
Bruno de Raemy

Peu d'activités particulières pour ce semestre. L'essentiel étant la participation aux différentes rencontres du comité à Zurich et la retraite annuelle, cette fois-ci à Unterägeri (je me remets à découvrir des endroits reculés de Suisse comme lors de mon service militaire!). La retraite a été l'occasion de riches réflexions sur les nombreux processus de l'ASP; je remercie notre nouvelle directrice Marianne Roth pour le grand travail de fond sur le plan restructuration, clarification et contrôle budgétaire qu'elle a entrepris depuis son arrivée.

L'autre part importante de mon activité pour la section Romandie est la coordination avec la Suisse alémanique de la préparation des dossiers d'accréditation des trois instituts romands qui se livrent au long et parfois douloureux processus d'accréditation. Les dossiers finaux de ces trois instituts partenaires de l'ASP Integral (l'ODeF, l'Atelier et le Centre AT Genève) sont pratiquement prêts et nul doute que nous aurons les retours de l'OFSP sur ces dossiers d'ici le prochain numéro de ce journal.



Bruno de Raemy, Vice-président, responsable pour la politique de profession et prise en charge de membres en Suisse romande



Assemblée des membres de l'ASP et de la Charte

Marianne Roth



Cette année, l'assemblée automnale a eu lieu au Volkshaus de Zurich. Nous y avons accueilli 40 membres – un nombre réjouissant pour un samedi, de surcroît par si beau temps. Le point central de la première partie était l'examen et l'adoption du budget 2017. Lors de la deuxième partie, les membres de la Charte ont adopté le texte révisé de la Charte. De plus, ils ont été informés des autres implications de l'intégration de la Charte à l'ASP.

Communiqués de la présidente

Après avoir prononcé de chaleureuses paroles de bienvenue, la présidente, Gabriela Rüttimann, informe en guise de préambule les membres présents de la situation actuelle en matière d'accréditation. Au bouclage de l'édition, quatre demandes, préparées donc séparément, ont pu être soumises. Les rétroactions sont attendues avec impatience. Le C.G. Jung Institut de Küsnacht nous en a livré une positive, puisqu'il a obtenu l'accréditation, ce dont nous le félicitons chaleureusement.

Il n'est à ce jour pas clair si et quand et surtout à quelles conditions le modèle d'ordonnance sera introduit. Le conseiller fédéral Alain Berset n'a toujours pas donné le feu vert concernant le remplacement du modèle de délégation par celui de prescription - selon lequel le transfert vers un/e psychologue relèverait toujours de la compétence du médecin, alors que le/la psychologue serait responsable du diagnostic et de la gestion du cas. Malheureusement, l'hypothèse d'une psychothérapie couverte par l'assurance de base à travers le médecin déléguant est largement répandue. Toutefois, cela ne concerne que les psychologues travaillant en délégation, mais pas les indépendants. Il importait aux membres d'entendre la présidente expliquer que l'ASP n'était pas prête à accepter à n'importe quel prix les conditions émises.

Un effet secondaire positif des négociations tarifaires est la bonne collaboration régnant entre les trois associations ASP, FSP et SBAP, dont le rapprochement a été provoqué par ce projet commun. Depuis plus de deux ans, les associations travaillent au sein du «groupe tarifaire» à la préparation des négociations tarifaires. Y sont également inclus la récolte des données sur les coûts et les prestations menée par la Fachhochschule

Nordwestschweiz (FHNW) à la demande des associations. Ces informations serviront à l'élaboration d'un «cabinet modèle» qui devrait fournir des chiffres réalistes permettant la poursuite des préparatifs. L'objectif du groupe tarifaire est d'être fin prêt sur le plan argumentatif pour mener les négociations tarifaires, qui espérons-le aura lieu bientôt, et pour parer à toute «surprise». Comme la collaboration entre les trois associations s'est révélée positive, il n'est pas exclu d'envisager une coopération pour d'autres projets.

Le site web totalement réorganisé devrait être mis en ligne d'ici la fin de l'année. Après s'être consacré lors de sa retraite effectuée en août 2016 à l'intégration de la Charte et à l'adaptation de la structure de l'association en découlant, le comité s'attellera à son prochain grand projet: le renouvellement du site web de l'ASP. La structure du contenu a été élaborée lors de diverses séances et tables rondes et est prête à être mise en œuvre. Les modifications à apporter aux statuts et autres adaptations structurelles seront soumises à l'approbation lors de l'assemblée des membres du 19 mars 2017.

Budget 2017 à nouveau stable

Diverses mesures ont dû être prises pour pallier aux coûts supplémentaires résultant de l'accréditation et à la diminution des recettes provenant des cotisations des membres. Différents ajustements et aussi coupes budgétaires ont été mis en place pour l'exercice 2017, ce qui permet de présenter aux membres un budget 2017 presque équilibré.

L'issue incertaine de l'accréditation des différentes filières de formation postgrade déstabilise beaucoup de psychologues, ce qui donne matière à réflexion et les fait hésiter à devenir membre d'une association. Un signal positif réside dans les nombreuses idées émises quant à la manière d'accroître les futures recettes.

Les membres ont adopté à l'unanimité le budget ainsi que le montant des cotisations des membres individuels et collectifs. De même, la proposition du comité de ne convoquer dorénavant plus qu'une seule assemblée par année, à savoir au printemps, comme c'était le cas autrefois, a été saluée.

Communiqués provenant de la Charte

Après la pause, Peter Schulthess a pris en charge la conduite de l'assemblée et a souhaité une chaleureuse bienvenue à toutes les personnes présentes. Dans la foulée des informations données sur la retraite du comité et l'adaptation de la structure de l'association, il annonce la décision du comité de modifier la désignation de la Charte en Commission des instituts de formation postgrade / associations professionnelles. Les commissions et groupes spécialisés sont dans la grande majorité maintenus et poursuivront leur travail dans la même lignée qu'auparavant. Ainsi, l'intégration de la Charte à l'ASP est définitivement accomplie.

C'est avec fierté que Peter Schulthess annonce la parution de l'étude PAP-S «Was wirkt in der Psychotherapie?» (Qu'est-ce qui est efficace en psychothérapie?), qui a été publiée cet automne sous forme de livre, disponible uniquement en allemand. Celui-ci comprend les résultats de l'étude de la pratique ambulatoire de la psychothérapie selon 10 approches différentes. La brochure comportant 300 pages est publiée par «Psycho-sozial-Verlag» sous le n° ISBN 978-3-8379-2586-9 et peut être commandée sur Internet à l'adresse www.psychosozial-verlag.de, par courriel à l'adresse bestellung@psychosozial-verlag.de ou auprès de notre secrétariat. Les membres ASP bénéficient d'un prix préférentiel de CHF 34.-.

Révision du texte de la Charte close

Après avoir communiqué les informations du comité de la Charte, Peter Schulthess présente le texte révisé de la Charte. Il souligne à nouveau la nécessité de remanier ce texte obsolète. Les propositions de correction formulées lors de la dernière assemblée des membres ont été intégrées. De même que d'autres améliorations proposées par le colloque des instituts de formation postgrade, lequel a eu lieu peu avant l'assemblée. Suite aux dernières corrections apportées lors de la deuxième lecture, le texte a été adopté par les membres. Il fera l'objet d'une dernière lecture corrective, sera alors traduit en français et italien, puis mis en ligne sur notre site Internet. Nos remerciements vont tout particulièrement à Katrin Hartmann, qui a rédigé le texte et l'a transformé

en une version uniformisée et cohérente sur le plan du contenu.

Ainsi, le texte retrouve la vocation originelle d'une Charte à proprement dit et reflète le contenu, la science et l'idéologie sur lesquels repose la position de l'ASP eu égard à la profession de la psychothérapie. L'ASP l'utilisera dorénavant comme texte fondateur. Lors de futurs colloques, il est également prévu d'approfondir certains aspects sur le plan du contenu.

Les instituts de formation postgrade entre eux

Tous les instituts de formation postgrade sont impliqués d'une manière ou d'une autre dans la procédure d'accréditation. Afin de tirer le plus grand profit possible des procédures, les instituts sont invités à partager leurs expériences et à en informer l'ASP. En effet, il a par exemple pu être constaté que les experts effectuent leur évaluation selon deux poids, deux mesures, ce qui crée des inégalités de traitement, car un aspect appliqué à un institut ne le sera pas à un autre.

Ces points faibles et d'autres doivent être rassemblés dans une appréciation globale, laquelle sera remise au DFI par l'ASP, en tant qu'organisation responsable au sens d'une audition juridique. Le fait que le DFI effectue une évaluation indépendante des experts et semble se conformer strictement à la législation incite à un optimisme circonspect.

La dernière partie de l'assemblée était réservée aux instituts de formation postgrade et aux membres collectifs qui ont non seulement partagé avec leurs collègues leurs expériences en matière de procédure d'accréditation, mais ont aussi présenté leurs projets, manifestations et offres de cours. Sur son site Internet, l'ASP met à la disposition des membres collectifs un agenda des manifestations, sur lequel ils peuvent publier à titre gracieux leurs manifestations, cours et événements. S'ils le souhaitent, ceux-ci peuvent également faire l'objet d'un courriel envoyé à tous les membres de l'ASP.

À l'issue de l'assemblée des membres, l'ASP a offert dans le foyer du Volkshaus un apéro-dîatoire qui invitait à l'échange et aux discussions et a contribué à une ambiance positive.

Psychothérapie internationale

Peter Schulthess

Révision de la loi en Allemagne

En Allemagne, la loi sur la psychothérapie est en cours de révision. Jusqu'à présent, la formation postgrade s'édifiait sur des études en psychologie. Le ministère fédéral de la Santé a récemment fait part des points essentiels de la loi-cadre visant à moderniser la formation des psychothérapeutes. La formation en psychothérapie s'effectuerait par le biais d'un cursus direct auprès d'une université ou d'une haute école de niveau équivalent. Celui-ci comporterait 5200 heures, réparties en formation théorique et pratique. La formation théorique comporterait deux parties. Les trois premières années académiques (2100 heures) seraient dédiées à l'acquisition de compétences de base en psychologie, psychothérapie, sciences et sciences apparentées. La deuxième partie (4^{ème} et 5^{ème} années – 800 heures) serait consacrée à l'acquisition de compétences approfondies en psychothérapie, pertinence de traitement et sciences.

La formation pratique se suivrait en parallèle, comporterait 2300 heures et comprendrait un ensemble d'activités professionnelles qualifiées ayant trait à la prise en charge psychothérapeutique. Il s'agirait ici d'acquérir des connaissances liées à toutes les approches thérapeutiques reconnues, parmi lesquelles il serait possible de choisir au moins 3 orientations reconnues scientifiquement.

Un examen d'État sanctionnerait l'aboutissement de la formation et autoriserait une demande d'approbation. En ce qui concerne la formation pratique, un accord de coopération pourrait être conclu entre les hautes écoles et les instituts de formation postgrade.

Si cette loi venait à passer, cela constituerait un bouleversement radical dans le monde de la formation, puisque le cursus direct permettrait d'aboutir au titre de psychothérapeute en 5 ans, tandis que la psychothérapie en Suisse n'est toujours pas considérée comme une profession à part entière, mais est affiliée à la psychologie et nécessite 5 ans de formation en psychologie, suivie par une formation postgrade durant plusieurs années.

Législation à Malte

Le parlement de Malte prévoit de débattre en fin d'année de la loi sur la psychothérapie et de la modifier de sorte que la psychothérapie serait reconnue en tant que profession autonome.

Conférences de l'EAP

Le Zagreb a accueilli du 29.9. au 1.10.2016 des conférences du comité élargi et de divers «committees», durant lesquelles Gabriela Rüttimann et Peter Schulthess représentaient l'ASP.

Précisons d'emblée l'essentiel: l'ASP a été ré-accreditée comme National Awarding Organisation pour une période de 7 ans.

Sur le plan du contenu, l'exposé présenté par le Prof. Dr. Thomas Wenzel de la *Medizinischen Universität Wien* en a constitué le point culminant: il a su décrire de façon remarquable la situation de crise pour les réfugiés et les possibilités dont disposeraient des organisations psychothérapeutiques telles que l'EAP pour apporter leur contribution à la gestion des problèmes. Il a plaidé en faveur d'un engagement social allant au-delà du propre cabinet. Suite à son intervention, il a été décidé de réactiver un groupe de travail de l'EAP s'occupant de ce sujet.

Les conférences se superposaient (malheureusement) avec le congrès EAP, qui a été organisé par l'*Association of Psychotherapy Societies of Croatia*. Le programme du congrès portant sur l'«Autonomy and a Sense of Belonging» comprenait de nombreuses présentations passionnantes, auxquelles les délégués de l'EAP ne pouvaient se rendre que très difficilement, en raison des collisions de dates avec les séances.

Outre les conférences intéressantes et divers ateliers, les participants se sont vu proposer des «round-tables». L'auteur de ce texte a activement participé à deux de ces événements par le biais de courtes présentations, suivies de débats avec le public sur les sujets suivants: «Science and Psychotherapy» et «Psychotherapy and Migrants»

Peter Schulthess est membre du comité de l'ASP et représente cette dernière au sein de l'EAP conjointement avec la présidente de l'ASP Gabi Rüttimann. Il est président de la Charte suisse pour la psychothérapie au sein de l'ASP et président du SARC au sein de l'EAP.



Round table «Science and Psychotherapy» lors du congrès EAP au Zagreb: d.g.à.d. Luca Malatesti (philosophe), Lea Sugman-Bohinc (psychothérapeute et chercheuse scientifique), I. Miskulin (modératrice), Peter Schulthess (ASP), Alfred Pritz (directeur de SFU)

«La psychothérapie est efficace»

Marianne Roth

Le livre «Was wirkt in der Psychotherapie?» édité sous la direction de la Charte suisse pour la psychothérapie a fait l'objet d'une présentation publique. L'intérêt suscité par cette œuvre se reflète dans les 60 personnes présentes lors de cet événement se déroulant dans l'impressionnante bibliothèque de la ZHAW de Zurich.

L'étude de la pratique ambulatoire de la psychothérapie propose une synthèse des résultats collectés sur sept ans. Les recherches portaient sur 350 thérapies de 10 différentes approches thérapeutiques en thérapie humaniste, psychodynamique et corporelle. Au cours des années, divers rapports de recherche, articles de journal et conférences ont été publiés et maintenant rassemblés dans un livre.

Lors de la présentation, les auteurs ont décrit le chemin emprunté pour l'étude des cas, dépeint dans la préface comme un long voyage. Ils ont également abordé les conclusions tirées, les obstacles, mais également l'esprit de persévérance nécessaire à la réalisation de l'ensemble du projet. En lisant les résultats de cette étude concernant le traitement de 379 patient(e)s par 86 psychothérapeutes différents, on ne peut que comprendre la complexité et la charge de telles recherches. Toute une série de facteurs clés permettent à l'étude de démontrer le rôle significatif du psychothérapeute qui influe entre autres de façon décisive sur le résultat thérapeutique du traitement.

L'étude de la pratique «Was wirkt in der Psychotherapie» (seulement disponible en allemand) peut être directement obtenue auprès de l'éditeur Psychosozial-Verlag: www.psychosozial-verlag.de. Les membres ASP peuvent également commander le livre auprès du secrétariat au prix préférentiel de Fr. 34.-, plus frais de port.



Les auteurs de l'étude PAP-S (d.g.à.d.): Peter Schulthess, Agnes von Wyl, Aureliano Cramer, Volkmar Tschuschke, Margit Koemeda-Lutz (Hg.)



Échange animé et délicieux entre les visiteuses et visiteurs après la présentation de l'étude PAP-S qui s'est déroulée à la ZHAW.

Conférence Suisse de Santé Publique 2016

Marianne Roth



Consacrée cette année au thème «Les réfugiés et personnes déplacées – un défi pour le système de santé suisse», la Conférence Suisse de Santé Publique s'est déroulée cette année le 15 novembre à Berne, à laquelle ont participé plus de 200 personnes provenant de tous les domaines de la santé publique, des autorités, des universités et de la politique. Extraits.

Après les paroles de bienvenues prononcées par le conseiller fédéral Alain Berset, le secrétaire d'État Mario Gattiker a défini le cadre de la politique suisse sur les réfugiés et le droit d'asile, et de son intégration au sein de l'accord-cadre européen. Puis Daniel Koch de l'OFSP a retracé le spectre historique, depuis la gestion par le passé des maladies transmissibles jusqu'aux mesures actuelles de prise en charge médicale des requérants d'asile à leur arrivée aux frontières ou dans les centres d'enregistrement. Le doyen de l'Université Bielefeld Oliver Razum a jeté un regard critique sur la situation en Allemagne en matière de soins sanitaires des réfugiés, qui ne devraient d'ailleurs pas tant différer de la pratique suisse. Il juge en particulier insuffisant l'accès des réfugiés aux soins sanitaires. Il a mis en évidence les barrières linguistiques et culturels, mais aussi juridiques et a rappelé le «morbus bosporus» qui ne cadrait soi-disant pas avec le système sanitaire allemand, ce qui y empêchait l'intégration des «travailleurs immigrés» d'autrefois.

La psychologue scolaire Catherine Paterson a présenté son travail «Impressionen aus 21 Jahren Gruppentherapie für kriegstraumatisierte Kinder der Stadt Zürich» (impressions puisées dans 21 années de thérapie de groupe pour les enfants traumatisés de guerre habitant en ville de Zurich). Elle explique que les thérapies de groupe ont été mises en place comme une réponse nécessaire à la guerre des Balkans. La provenance des enfants s'est fortement diversifiée et coïncide avec les lieux de conflit dans le monde: Afghanistan, Syrie, Kurdistan, Érythrée, etc. Les expériences traumatisantes ont un énorme impact sur le développement des enfants. Les écoles peuvent jouer ici un rôle significatif, ce qu'elle perçoit comme une chance. Selon Catherine Paterson, il existe non seulement une forte demande de thérapie, mais également un besoin accru de supervision pour les personnes enseignant aux réfugiés mineurs.

La médecin-chef du centre de psychiatrie infantile et juvénile pour la psychiatrie et psycho-

thérapie, Clénia, Fana Asefaw a expliqué de façon saisissante le chemin qu'a dû emprunter un jeune érythréen, non accompagné pour atteindre la Suisse. D'ailleurs, une étude, faisant l'objet d'une première présentation, démontre que 50 pourcents des réfugiés érythréens ayant trouvé le moyen d'arriver en Suisse sont traumatisés. Fana Asefaw, elle-même Érythréenne, précise que la plupart des traumatismes ne surviennent pas dans le pays d'origine, mais sur la route: la faim, les prisons libyennes, dans lesquelles échouent maints réfugiés où ils sont battus et maltraités, les agressions sexuelles survenant dans le désert, les vols, la traversée périlleuse de la Méditerranée, etc. À leur arrivée en Suisse, les jeunes sont totalement épuisés. D'abord euphoriques d'avoir atteint l'objectif rêvé, ils se retrouvent rapidement coincés dans la procédure d'asile marquée par l'incertitude et l'incompréhension. Fana Asefaw nomme ces réfugiés les champions de la survie, car ils présentent une énorme capacité d'adaptation, flexibilité et force de résistance. Pour cette raison, un traumatisme ne se manifeste pas immédiatement, mais seulement après un certain temps, lorsque le patient se comporte de façon particulière et présente une pathologie spécifique.

Lors de la session parallèle «Unterversorgung von traumatisierten Flüchtlingen» (couverture sanitaire insuffisante des réfugiés traumatisés), Christine Kopp et Carola Smolenski de la Croix-Rouge suisse CRS décrivent les défis pratiques liés au traitement de réfugiés traumatisés. En effet, ils ne doivent pas uniquement apprendre à «intégrer» le traumatisme dans leur vie, mais sont également conduits à construire leur propre existence. Comme l'explique le CRS, il importe de favoriser l'autonomie, par exemple en donnant un accès à des cours de langue ou par le biais d'un travail. Une autre difficulté existentielle réside dans le manque de respect, de reconnaissance, de contacts sociaux et de perspectives d'avenir qu'ils endurent ici. Selon le CRS, l'état doit agir et apporter des solutions à l'insuffisance de la couverture sanitaire, afin d'éviter les chronicisations et d'autres maladies supplémentaires. De plus, il existe une pénurie de traducteurs, qui rend tout traitement impossible.

La conférence a été présidée et close par Ursula Zybach, présidente de Santé Publique Suisse et députée du canton de Berne.



Le conseiller fédéral Alain Berset, entouré du conseiller d'État Hans-Jürg Käser (BE) et d'Ursula Zybach, députée du canton de Berne. Cette dernière a présidé la conférence avec éloquence.



Dr. Fana Asefaw: sa description du long chemin de fuite d'un jeune réfugié érythréen non accompagné était saisissante et a profondément touché.

Les psychothérapeutes sont-ils véritablement indépendants?

Liviu Poenaru



L'acte psychothérapeutique se situe dans l'entre-deux du soin physique et métaphysique; il a toujours été contesté, tant par les scientifiques que par les populations, ce qui a toujours mis la psychothérapie dans une position ambiguë quant à la connaissance et à la possible évolution de l'individu qu'elle peut provoquer. Elle fait clairement les frais de cette position équivoque autorisant des doutes, voire des abus. Elle est de ce fait un objet possible, en Suisse, uniquement par la médiation d'un médecin psychiatre sans lequel la prise en charge psychologique de maladies mentales ne serait pas possible; cette «régulation» implique un lien de dépendance aux conséquences multiples.

Nous savons tous que, par la LPsy, le psychologue est autorisé à évaluer, à diagnostiquer et à traiter la maladie mentale avec les outils qui sont les siens: compréhension des processus cognitifs en jeu et mise en place de nouvelles stratégies qui visent la modification des mécanismes responsables de la maladie. Le psychologue est formé principalement à la dimension psychologique de la maladie, tandis que le psychiatre est formé prioritairement à la dimension sémiologique, pharmacologique et psychothérapeutique. En réalité, les médecins n'apprennent jamais les modèles psychologiques et les psychologues ne sont jamais formés aux modèles médicaux psychiatriques (voir le programme de formation en psychiatrie), ce qui rend indispensable la mise en commun des compétences pour une prise en charge adéquate de la maladie mentale; c'est aussi la raison pour laquelle la psychothérapie déléguée pratiquée par des psychologues a été admise dans l'assurance de base (LAMal) qui garantit à toute personne des soins et des traitements de qualité.

Le débat concernant le statut de la psychothérapie déléguée et l'obsolescence de son modèle est en cours et il est probable qu'il entraîne, à l'avenir, des remaniements. Il n'en demeure pas

moins que les psychothérapies restent, en réalité, un service conditionnel et non pas une opportunité offerte aux patients pour une prise en charge optimale des causes bio-psycho-sociales de leur souffrance. Lorsqu'un médecin généraliste envoie un patient à un dermatologue, par exemple, la démarche va de soi, puisque l'un ne possède pas les connaissances de l'autre. Lorsqu'un psychiatre adresse un patient à un psychologue, il peut s'agir d'un commerce qui nuit à la qualité de la prise en charge et à la rencontre patient-psychothérapeute, tous les deux soumis aux contraintes induites par la relation psychologue-psychiatre. Je parle ici de commerce car, à Genève notamment, cette relation peut être payante (pouvant aller jusqu'à 70% de la facturation du psychologue). Le modèle appliqué est celui des institutions médicales privées dont les frais de fonctionnement (matériel médical, assistantes, etc.) sont couverts par les médecins y exerçant. Sauf qu'un cabinet psychiatrique, en général de petite taille, n'est pas confronté aux mêmes frais. Mais ce n'est pas le revenu des uns et des autres qui est le plus préoccupant; ce qui est embarrassant et inquiétant du point de vue de l'offre de prestations offerte aux patients, c'est la position du psychologue au sein du processus.

A Genève, nous dit-on, les psychothérapeutes indépendants exercent leur métier dans leur propre cabinet sous leur propre responsabilité. Ils ne sont pas pris en charge par l'assurance de base, mais uniquement par les assurances complémentaires, accident, etc. Nous savons, d'expérience, que le nombre de séances remboursé par les assurances complémentaires est souvent très limité et n'autorise pas le traitement de patients aux troubles psychiatriques sévères ou chroniques. Le psychothérapeute véritablement indépendant n'est alors pas supposé traiter des maladies mentales? Pourquoi alors se faire délivrer une autorisation de pratique indépendante soumise à la loi sur la santé dans le canton de Genève par exemple?

Le psychothérapeute est alors, dans la majorité des cas, dans une position de dépendance vis-à-vis du psychiatre qui impose ses propres contraintes à cette relation qui devrait se déployer selon les principes de l'interdisciplinarité. Cela est d'autant plus frappant que d'autres professions paramédicales peuvent pratiquer et facturer leurs services de manière indépendante; nous avons l'exemple des physiothérapeutes, des pédicuristes, etc.

Aussi, du point de vue légal, dès l'instant où il y a un contrat de travail, c'est-à-dire qu'on est payé par quelqu'un (en l'occurrence le médecin qui a facturé), nous sommes automatiquement dans un lien de dépendance. Il reste d'ailleurs une énigme pour moi les raisons pour lesquelles le point pour la facturation "psychothérapie déléguée" existe dans la LAMal de manière indépendante, mais ne peut être facturé que par un médecin - c'est à cet endroit-là que se maintient la dépendance.

Les torsions du système de soins psychologiques et psychiatriques positionnent la psychothérapie dans un angle mort aux répercussions sur la santé des populations. L'on constate, à la base, les difficultés que nous rencontrons tous dans la prise en charge des pathologies psychiatriques sévères. À cela s'ajoute l'organisation d'un système de soins qui refusent, pourrait-on dire, pour des raisons conscientes ou inconscientes, la mise en place d'une régulation cohérente dont devrait bénéficier prioritairement les patients. Au stade actuel des connaissances théoriques et pratiques, il devrait être obligatoire pour nous tous que la prise en charge des maladies psychiatriques qui nécessitent une intervention médicale se compose d'une complémentarité psychothérapie-psychiatrie sans que personne ne délègue à l'autre quoi que ce soit. Il n'y a rien à déléguer aussi longtemps que nous admettons cette vérité fondamentale: nous n'avons pas la même forma-

tion, bien que les deux professions commencent, à tort, par le préfixe *psy*.

Il se dégage de ces constats que:

1. L'exercice de la psychothérapie est difficilement possible dans des conditions d'indépendance et est, de ce fait, contraire à la loi sur les professions de la psychologie (LPsy).
2. Les autorisations de pratique indépendantes sont, dans les conditions actuelles des pratiques, inutiles voire absurdes.
3. La facturation de la psychothérapie au sein de la LAMal semble corrompue par l'utilisation qui en est faite.
4. La spécificité de la psychothérapie n'est pas reconnue, dans la réalité du terrain, comme une pratique à part entière, ayant son code déontologique et ses outils de traitement tels qu'ils sont indiqués dans la LPsy.
5. Ce déséquilibre risque d'avoir un effet de chronicisation des maladies par manque d'accès à la psychothérapie prodiguée par des professionnels ayant étudié le fonctionnement psychologique de l'individu; de ce fait, la nécessaire complémentarité psychologue-psychiatre n'est pas toujours considérée dans la pratique.

La logique de la maladie mentale est au plus près des lois de la causalité psychique qui échappent à la linéarité et au calcul; elle est de ce fait soumise aux effets provoqués par des déterminismes équivoques. La logique du traitement psychologique et psychiatrique semble faire les frais de la même difficulté à démontrer et à maintenir une cohérence et une indépendance de pensée face aux autorités surmoïques ou tyranniques qui viennent toujours organiser pour mieux désorganiser une structure qui refuse, de tout temps, de se soumettre... Alors on pense à cet adage souvent rappelé (projectivement ou non) par les malades et le tout-venant quand ils qualifient les psychologues et/ou les psychiatres: *Mais vous êtes tous fous!*

Calendrier des événements

14 janvier 2017, Zurich

Sein Leben unter den Bedingungen einer Behinderung gestalten – Anregung für die Kinderpsychotherapie

Im Rahmen der Weiter- und Fortbildung in Transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis

Dozent: Prof. Barbara Jeltsch

Info: <http://www.psychotherapie.ch>

11 mars 2017, Zurich

Grundlegende Kenntnisse über andere Psychotherapeutischen Ansätze und Methoden (Gestalttherapie und integrative Therapie)

Im Rahmen der Weiter- und Fortbildung in Transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis

Dozent: Peter Schulthess, lic. phil. I

Info: <http://www.psychotherapie.ch>

12 mars 2017, Zurich

Grundlegende Kenntnisse über andere Psychotherapeutischen Ansätze und Methoden (Systemische Psychotherapie)

Im Rahmen der Weiter- und Fortbildung in Transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis

Dozent: Martin Rufer

Info: <http://www.psychotherapie.ch>

18 mars 2017, Berne

Assemblée des membres ASP et Charte

Info: <http://www.psychotherapie.ch>

23-24 mars 2017, Neuchâtel

7^{ème} congrès SSCLP 2017

Nature – culture – langue

Info: <http://www.ssclp.ch/fr>

27-30 avril 2017, Lausanne

Formation en Psycho-Sexologie Positive (FPSP)

Modules 1 à 4 par Yv Psalti

Info: <http://www.fpsp.eu/lausanne-ch>

13/14 mai 2017, Zurich

Kritische Auseinandersetzung: gesellschaftspolitische und ethische Fragen

Im Rahmen der Weiter- und Fortbildung in Transdisziplinärem Grundwissen für die Psychotherapiepraxis

Dozent: Dr. Mario Erdheim

Info: <http://www.psychotherapie.ch>

26-28 mai 2017, Bâle

Kernkompetenzen in der vielfältigen Praxis der Gestalttherapie

Tagung der Gestalttherapie Verbände aus D, A und CH

Info: www.d-a-ch-tagung-basel-2017.de

15-18 juin 2017, Lausanne

Formation en Psycho-Sexologie Positive (FPSP)

Modules 1 à 4 par Yvon Dallaire

Info: <http://www.fpsp.eu/lausanne-ch>

16-18 juin 2017, Sigtuna, Sweden

Compass and Compnion. A conference on morenian ethics and philosophy

Federation of European Psychodrama Training Organizations

Info: www.fepto.com

21-24 juin 2017, Toronto, CA, USA

48th International Annual Meeting

Society for Psychotherapy Research

Info : <http://www.sprconference.com>

09-11 juillet 2017, Genève

Congrès international de l'ESCAP 2017

Thème: transition

Info: <http://www.escap.eu/escap-congresses/2017-geneva>

24-28 juillet 2017, Paris

8th World Congress: Life and Love in the 21st Century

Organisateur: WCP – World Council of Psychotherapy

Info: www.worldpsyche.org ou headoffice@worldpsyche.org

13-15 septembre 2017, Berne

Congrès annuel de la SSPP 2017

Info: https://organizers-congress.org/frontend/index.php?folder_id=819

21-24 septembre 2017, Lausanne

Formation en Psycho-Sexologie Positive (FPSP)

Modules 5 à 8 par Yv Psalti

Info: <http://www.fpsp.eu/lausanne-ch>

26-29 octobre 2017, Lausanne

Formation en Psycho-Sexologie Positive (FPSP)

Modules 5 à 8 par Yvon Dallaire

Info: <http://www.fpsp.eu/lausanne-ch>

Entretien avec un membre ASP

Jasna Sevcikova



Vous êtes psychothérapeute à Genève et docteur en psychologie, vous travaillez avec une population constituée principalement d'enfants et, à ma connaissance, vous approchez l'inconscient de l'enfant par la médiation du jeu théâtral et de la création plastique. J'aurais aimé que vous nous donniez, pour commencer, quelques précisions sur votre orientation clinique et sur les mécanismes que vous mettez au travail dans le cadre des thérapies que vous effectuez.

Aucun art en soi n'est purement thérapeutique. En revanche, tous possèdent un grand potentiel qui, dans des circonstances bien précises, peut servir des buts thérapeutiques. Je crois que cette pensée constitue la base de ma pratique comme psychothérapeute utilisant la médiation artistique. L'art transposé dans l'espace psychothérapeutique tisse une toile sur laquelle les formes inconscientes, les esquisses de la pensée, la pré-pensée, la pensée archaïque peuvent se déployer et offrir ainsi une ouverture vers une transformation. C'est probablement pour cela que je travaille la majorité du temps avec les enfants. Leur univers, peuplé de monstres et de fantasmes à la fois tendres et terriblement cruels, est propice à la créativité qui transmet d'une manière décentrée et souvent inattendue un vécu inconscient. Le dessin, la sculpture, les marionnettes, les masques, les jeux de rôle, etc. véhiculent un fonctionnement hautement symbolique. Je suis à la recherche de cette symbolique pour développer dans les thérapies un espace qui pourrait recevoir l'imaginaire ou le non-imaginaire de chaque personne. Un espace dans lequel la notion de «jouer» et surtout celle de «jouer ensemble» est primordiale et offre la possibilité d'une rencontre menant à un changement.

Comment en êtes-vous venue à la psychologie et plus particulièrement à la psychothérapie?

Je suis née sous le régime communiste dans les entrailles de Prague et j'ai grandi dans cette ville magique aux multiples histoires. L'imaginaire et la créativité, la fine alliance entre l'art et la résistance faisaient barrage à l'angoisse de cette situation d'enfermement. Cette force dont j'ai été le témoin dès mon plus jeune âge entretenait alors le profond espoir qu'un changement, une transformation restaient possibles tant que la solidarité, la relation humaine et le partage existaient. À l'adolescence, j'ai commencé à jouer dans des pièces de théâtre, je lisais la philosophie et la psychologie puis j'ai cherché les liens les unissant avec mon grand rêve de changer le monde.

Ensuite, le régime communiste a chuté. L'ouverture du pays et les espoirs d'un futur meilleur élargissaient ma perspective d'avenir sur un espace auparavant inconnu. Alors avec l'audace de mes dix-huit ans et le cœur battant, j'ai saisi l'occasion. Je suis arrivée en Suisse avec des yeux écarquillés devant le monde qui se trouvait derrière le mur, moi l'étrangère contemplant un univers étrange. J'ai alors découvert que la Suisse m'offrait un terrain «de jeu» extraordinaire et, en parallèle à mes études, je me suis consacrée au théâtre. De par mon vécu, les deux domaines revêtaient pour moi un sens profond et avaient l'un et l'autre une très grande importance.

Puis un ami pédopsychiatre et sensible au domaine artistique m'a proposé de travailler au sein de son cabinet qu'il venait d'ouvrir. Malgré que je n'avais aucune expérience en psychothérapie, j'ai accepté en me fiant à la confiance qu'il me portait. Je me suis formée en psychothérapie poétique à l'Atelier, institut de formation en art-thérapie et psychothérapie à Genève. De vrais liens ont émergé grâce à cette formation et mon désir de pouvoir exercer à la fois dans l'art et dans la psychothérapie est devenu réel.

Je considère que dans cette pratique, nous inventons et construisons un monde supportable sur les décombres de l'insupportable. L'universalité du monde artistique ainsi que la notion de non-jugement permettent de prendre à la fois de la distance avec la souffrance personnelle et de renouer d'une manière nouvelle avec son propre être et l'histoire de vie, unique, de chacun.

La rencontre du théâtre et de la psychothérapie a donc éveillé en vous le désir d'écrire une thèse de doctorat pour en étudier les liens - qu'avez-vous exploré au sein de ce travail et quelles conclusions (provisaires) en avez-vous tirées?

Ma thèse dans sa forme finale a mis longtemps à émerger. Je suis partie de l'idée d'une polémique en questionnant les liens purement théoriques entre les deux domaines. Je me suis intéressée au chamanisme qui, à mes yeux, représente une forme de «pré-théâtre» dans lequel la notion de soins, de jeu ainsi que de rituel se lient finement afin de donner lieu à une performance hautement corporelle et symbolique apportant un changement. Je me suis alors questionnée pourquoi le théâtre, à l'instar des autres arts, était encore relativement peu utilisé dans les psychothérapies actuelles. Fascinée par le pouvoir de

transformation du jeu théâtral que je pouvais expérimenter comme comédienne, le lien me paraissait évident et tout à fait transposable dans le cadre psychothérapeutique.

Pourtant en commençant à travailler comme clinicienne avec les enfants, mes certitudes n'ont pas tardé à basculer. Je me suis rendu compte qu'il s'agissait ici d'un tout autre théâtre et que la scène thérapeutique ne ressemblait pas du tout à celle dont j'avais l'habitude. Les loges étaient peuplées des fantômes transgénérationnels, en arrière-scène se jouait des drames familiaux non représentables, les personnages se laissaient souvent mourir avant de pouvoir prendre une forme réelle et tout cela sans un public enthousiaste et applaudissant. J'ai revisité alors le scénario complet de ma thèse et j'ai décidé d'y apporter la réalité clinique en narrant «le théâtre thérapeutique» et en me basant sur six thérapies menées auprès d'enfants. Il en a émergé une élaboration clinico-théorique sur le passage entre le monde archaïque, chaotique et sans formes vers un univers symbolique propice aux jeux et à la représentation.

Sans porter de conclusions hâtives, il me semble que le théâtre - et son illusion «aussi réelle que le réel et pourtant fictive» - apporte un moyen de «fixer» les formes aux instances et aux mouvements non-élaborés du psychisme, préalablement sans forme, sans verbalisation. Grâce au rôle vécu et à l'incarnation véritable, des «démons» surgissant eux aussi dans les rôles, un nouveau vécu se dessine dans la corporalité. Le rôle garantit la sécurité d'affrontement car il représente un non-Moi permettant la descente vers l'archaïque, sans régression véritable. Par ce décentrement, le jeu se déploie alors dans un «para-cadre» permettant la dédramatisation des vécus douloureux à travers une dramatisation réelle.

Dans ce monde parallèle qu'est le théâtre, le danger n'est plus vital et la répétition fait office d'apprivoisement. Les risques d'effondrement psychique font alors place à une ouverture vers un ailleurs envisageable. La rêverie incorporée dans le jeu des personnages tisse un nouveau lien avec les émotions surgissant ici et maintenant. Une autre scène, sur la dialectique sourde des répétitions pathogènes, propose désormais un espace à construire, à reconstruire, en créant de nouvelles formes vivables et vivifiantes. À travers l'imaginaire fortement incarné et le pouvoir de

la construction symbolique, le réel entame une construction vers des solutions jamais éprouvées auparavant et ranime l'espoir d'un changement ultérieur.

Le paradoxe et l'illusion véhiculés par le théâtre allouent alors à la détresse, à la folie ou à l'infamie une autre image et se transforment en porteurs de poésie et de rêverie, même si parfois elles s'avèrent cruelles. Dans la psychothérapie, en transposant ce même paradoxe et en y introduisant l'illusion théâtrale, la symptomatologie décentrée du sens pathologique devient supportable voire portable, porteuse d'un élan poétique et créateur de changement. Entrer dans la peau et le caractère d'un personnage fictif afin de l'incarner et de l'habiter renvoie étonnamment à une possibilité d'être soi-même et se reconnaître comme tel.

Quelles sont alors les ressemblances et les différences entre votre technique et celle proposée par le psychodrame? Je rappelle ici, comme point de repère, la définition du psychodrame dans son sens le plus général: mise en scène théâtrale de conflits internes que le sujet extériorise dans sa relation avec les autres acteurs de la scène dans un cadre thérapeutique.

La première différence qui me paraît pertinente réside dans l'investissement corporel sollicité lors de la séance. Je considère la dimension corporelle comme primordiale afin qu'un personnage complet puisse «naître». Faits de chair, nous sommes matière, et matière en transformation. Le corps est au centre du spectacle vivant, il en est le cœur, le muscle, le souffle, le rythme, l'objet et le sujet à la fois. Le corps existe pour donner à l'inconscient, c'est-à-dire à l'invisible, à l'innommable, l'occasion de s'incarner. Cependant, pour que cela puisse se produire, il me semble qu'une préparation s'avère nécessaire. Je me suis alors basée sur certaines techniques que je connaissais comme comédienne et qui sont fréquemment utilisées dans le training des acteurs. Je propose lors de mes séances une sorte de *mise en corps* avant de passer au jeu proprement dit. Cette dernière est composée des différents exercices ludiques sollicitant un travail sur la voix, sur les mouvements, sur les postures, sur la respiration et sur la conscience corporelle en général. Selon moi, cette *mise en corps* fonctionne également comme un passage ritualisé permettant au «corps du quotidien» de devenir un «corps malléable» qui serait prêt à accueillir un personnage

à jouer. J'ose penser même qu'il s'agit ici d'une déconstruction voulue des patterns corporels, voir une régression vers le monde archaïque en rendant au corps sa fonction primaire qui relève de la sensation sensori-motrice sans que le langage ou l'intellect n'interviennent. Cet investissement purement corporel pendant une partie de la séance contrecarre à mes yeux le système de la pensée consciente et transforme le corps en réceptacle de toutes autres formes inconscientes, sans forcément viser directement les "conflits". Cela fait une première différence notable.

Le deuxième aspect que je souhaite relever questionne la place accordée à l'imaginaire au sein de la thérapie. Dans mon approche, l'imaginaire stimulant directement la créativité se situe au centre de l'intérêt. Il apporte un côté non-réel, décentré de soi et pourtant si significatif des mouvements intérieurs. Les histoires à jouer sont alors purement fictives, elles sont co-crées par les participants lors de la thérapie en groupe ou dans le cas des séances individuelles, elles surgissent directement de l'imaginaire personnel du patient. Ces histoires prennent d'abord la forme d'un récit qui ressemble le plus souvent à une fable, d'un conte de fée ou d'une légende inventée. Ici, rien n'est réel pourtant tout se cristallise et se concentre autour d'êtres bien réels. J'aime bien imaginer cette étape comme une *mise en imaginaire* d'un scénario à jouer. À travers la narration, les personnages peuvent être rêvés ou fantasmés dans leurs caractères, leurs personnalités, leurs défauts, leurs qualités, leurs pouvoirs et également leurs aspects physiques. Cette imagerie permettra de créer une mise en scène avec des événements scénaristiques rassurant le déroulement d'une histoire à jouer ainsi que la création réelle des personnages naviguant entre «ici» et «ailleurs» dans les rôles à interpréter. Il est à mentionner que nous utilisons également des costumes, des accessoires lors de nos séances. Le théâtre thérapeutique, je le pense toujours comme celui qui pourrait être réellement représenté.

En troisième lieu, à mes yeux distinct du psychodrame, se situe le jeu scénique lui-même. De mon côté et certainement de par l'expérience du "vrai théâtre", je tente toujours de m'en approcher dans les thérapies et de transmettre ce partage, qui rejoint le vrai théâtre. La notion d'impunité du comédien dans ce qu'il joue, endosse la même valeur de non-jugement en thérapie. Le comédien comme le patient s'appuient sur l'importance du simulacre dans son jeu qui peut alors avoir lieu dans un espace privilégié et distancié de la réalité. Je me suis souvenue de spectacles où, en tant que spectatrice, j'assistais à des scéna-

rios effroyables sans pourtant jamais perdre une miette de ce qui était joué. J'en éprouvais même du plaisir. Ce qui était insupportable dans la vie devenait supportable sur scène. À condition que tout le monde joue le jeu.

Une des meilleures leçons de théâtre que j'aie jamais reçues a pris place dans un décor tout à fait particulier: un parc avec des enfants jouant aux pirates. Invitée à partager leur jeu, je deviens un pirate ennemi. Rapidement touchée par un sabre en plein ventre, je tombe par terre en agonisant, je pousse de petits cris – pas trop effrayants pour ne pas faire vraiment peur à mon jeune public – je fais de grands gestes mimant ma souffrance, je me tords drôlement, je grimace tout en prolongeant largement le moment de ma mort. Enfin, je fais semblant de mourir avec une théâtralité exacerbée et peu réaliste, avec un petit sourire de satisfaction intérieure disant oui, oui, il y a tout pour satisfaire mon jeune public! Un petit garçon s'écrie avec colère: «Arrête! Tu ne dois pas faire semblant de mourir, fais comme si tu étais vraiment morte!». Stupéfaite par sa remarque, je m'arrête net. Nous reprenons dès le début et je refais ma mort, vraiment comme si, sans grand fracas et sans baratin, tout en pensant à la petite phrase de cet enfant me demandant finalement de mettre dans mon jeu une part de mon vrai moi.

Nous sommes tous égaux lorsque nous jouons. La seule règle existante dans ce moment est celle de «faire semblant», de se laisser porter à l'illusion théâtrale et permettre aux personnages ainsi qu'à l'histoire de s'incarner dans l'«ici et maintenant» et pour de vrai. Le rôle de thérapeute et celui de patient cèdent la place à un «autre théâtre» dans lequel nous nous retrouvons tous impliqués. Dans cette *mise en corps de l'imaginaire*, là où le vrai théâtre prend son sens, il n'y est pas question d'économie pour personne. Nous affrontons le même monde, celui du fictif et pourtant réel, incorporé et incarné par nos êtres. Nous jouons ensemble, nous nous rencontrons, nous nous confrontons aussi bien dans la joie de nos êtres que dans nos peurs les plus profondes. Un moment, figé en dehors du temps, entre nous, où l'espace-temps devient condensé de par son intensité et dans lequel l'innommable trouve une voie vers l'exprimable. La question de l'interprétation au sens psychothérapeutique du terme devient alors superflu car les personnages ont déjà été interprétés, joués, déroulant leur histoires, questionnant la vie et la mort. Les patients, comme dans le théâtre, s'en vont. Le rideau est fermé, il ne reste que cette trace palpable, inscrite à l'intérieur de nous, de nos patients ainsi que de nous-même.

Pourquoi avez-vous choisi d'être membre de l'ASP plutôt que de la FSP? Savez-vous que des psychiatres à Genève refusent de travailler avec des psychologues qui ne sont pas membres FSP? J'ai choisi d'adhérer à l'ASP principalement parce que je me considère plus proche du métier de psychothérapeute que celui de psychologue. Je trouve également que l'ASP défend d'une manière très active les droits des psychothérapeutes et collabore régulièrement avec des instances internationales créant ainsi des ouvertures diversifiées également à l'étranger. Néanmoins je ne vais pas cacher que mon choix a penché radicalement pour l'ASP suite à la confrontation au système assez rigide de la part de la FSP. Pour parler concrètement, selon la FSP je ne pouvais pas faire reconnaître ma formation en psychothérapie expressive comme une orientation principale. Certes, je pouvais faire valoir toute la formation en psychanalyse que j'ai également suivie en parallèle, mais je ne comprenais pas pourquoi cette ignorance ou la dépréciation même face à ma spécialité en psychothérapie expressive. Pourtant la formation de l'Atelier se base sur les modèles post-bionniens puis est reconnue et fait partie de la Charte Suisse pour la psychothérapie. Malgré mes argumentations et ma demande d'une discussion plus approfondie à ce sujet, je me suis heurtée à un mur administratif dogmatique. Je trouve cela regrettable aussi que certains psychiatres à Genève favorisent les membres de la FSP alors qu'au niveau fédéral les deux instances s'équivalent au niveau des critères et des reconnaissances.

Dans notre spécialité, il est officiellement nécessaire d'avoir le statut de psychothérapeute indépendant et d'avoir une autorisation de pratique indépendante. En réalité l'exercice de notre métier en tant qu'indépendant est compliqué et nous devons dépendre de la collaboration avec un psychiatre et des contraintes qui en découlent. Que pensez-vous de cette pseudo-indépendance et de ses effets dans la relation de soins comme au niveau de l'accès à la psychothérapie?

Voici une question gordonienne... Il est vrai qu'après autant d'années d'études, de formations, de supervisions et de travail clinique exigés pour l'obtention de notre titre indépendant et spécialiste en psychothérapie, se retrouver non remboursés auprès des assurances de base sans la délégation d'un psychiatre et avec l'obligation de travailler sous le même toit soulève un sentiment d'injustice et aussi la colère. Pire encore, je parlais même d'impuissance. Qui d'entre nous peut se permettre d'ouvrir un cabinet indépendant sans compter travailler directement avec les assurances de base? Or cela veut dire qu'en tant que psychothérapeutes indépendants nous pouvons travailler

seulement avec la population des personnes suffisamment riches et capables de régler les consultations uniquement de leurs propres moyens? Ou satisfaire toute demande mais une fois le crédit des assurances complémentaires épuisé annoncer au patient qu'il doit payer de sa poche ou «merci beaucoup et au revoir, la psychothérapie est finie puisque nous ne sommes pas reconnus pour vous aider jusqu'au bout»? Notre éthique, celle des professionnels de soin, s'inscrit de quelle manière dans ce piège financier?

Personnellement, dans ma pratique j'accompagne certains patients avec des pathologies lourdes et à ce niveau, une collaboration avec un psychiatre est souvent nécessaire et je la trouve, selon les cas, extrêmement précieuse et utile pour apporter une aide complète à la personne. Cependant, ceci devrait relever d'un choix et non d'une obligation. Surtout que je pense profondément qu'un réel échange entre les différents professionnels de soins autour d'un patient construit un cadre encore plus contenant et s'avère d'une richesse hors pair. Toutefois, pour que cela puisse réellement fonctionner, nous devrions être égaux dans nos reconnaissances médico-légales. Il ne s'agit pas ici de concurrence mais d'un juste partage pour le bénéfice du patient qui est et devrait rester au centre de notre intérêt.

Ne pensez-vous pas qu'il n'est pas question de choix mais d'obligation d'un suivi complémentaire, particulièrement pour les pathologies qui nécessitent une intervention psychiatrique? Obligation aussi dans le sens du devoir d'approcher la maladie avec les deux logiques aussi longtemps que nous avons des formations et des compétences différentes (bien que la confusion réside dans le préfixe *psy-* qui accompagne, malheureusement, les deux professions)?

Je pense effectivement que les deux domaines, la psychologie et la psychiatrie, véhiculent des compétences différentes et leur assemblage dans un traitement bifocal proposé à certains patients représente un accompagnement complet et rassurant. Cependant, je souhaiterais relever le sens de la bi-focalité dans sa définition même, c'est à dire que le focus n'est pas pareil. Du côté de la psychologie, nous visons à encadrer une psyché en détresse et de lui permettre, à travers de notre accompagnement, de s'étayer sur plusieurs paliers psychologiques constituant ou re-constituant un être humain dans sa complexité des mouvements intérieurs ainsi que dans ses relations extérieures. Lors de nos études, nous apprenons l'anatomie de la structure psychique, nous étudions ses bases solides formant le squelette identitaire, les palpitations subtiles du flux émotionnel, le déchargement viscéral des pulsions

ainsi que les connexions multiples des pensées liées à soi et aux autres. Pour qu'un suivi psychologique puisse évoluer d'une manière favorable, le patient doit être capable d'une élaboration psychique autour de son être. Dans certaines pathologies lourdes, cet intime lien à soi-même est biaisé par les angoisses massives empêchant la pensée de fonctionner. C'est exactement dans ces cas de figure que nous sollicitons les psychiatres afin de permettre au patient de garder sa capacité à penser, avec l'aide médicamenteuse, et de pouvoir avancer dans la psychothérapie entamée. Il est clair que dans le système actuel, cette démarche est totalement facile et accessible, vu que la majorité des psychologues-psychothérapeutes indépendants travaille en délégation avec un psychiatre au sein du même cabinet.

Du côté des psychiatres, je me permets également de revisiter le focus. Cependant, je ne parle pas du même métier donc je ne peux que me placer en tant qu'observatrice ou parler en mon nom propre. J'ai toujours eu, dans mon parcours, une entente et une collaboration précieuses avec mes collègues psychiatres. Pourtant je dois relever, et ceci est réellement en connais-

sance de cause, que peu de psychiatres installés en privé nous sollicitent pour un suivi psychologique et psychothérapeutique en plus d'un traitement médicamenteux instauré justement à cause des troubles psychiques. Je me demande alors pourquoi cette collaboration, si importante à mes yeux, s'entache encore d'une forme de non-reconnaissance des métiers différents et de la croyance que les médicaments, en guise de baguette magique, puissent régler définitivement les souffrances psychologiques?

Je reviens subitement à ce nœud gordien. Si au sein de nos professions des soins nous ne sommes pas capables de nous reconnaître et de communiquer avec nos capacités différentes et nous respecter parmi nous, personne n'en tirera le bénéfice. Puis les premiers à souffrir seront nos patients, car notre soin demeure et va demeurer défaillant. Vraiment triste constat.

Dr. phil. Jasna Sevcikova est psychothérapeute ASP et pratique à Genève.
Membre de l'ASP depuis 2013

Entretien mené par Liviu Poenaru

Esquisse de mon travail psychanalytique dans des villes islamiques d'Afrique de l'est ¹

Lois et normes religieuses islamiques à l'origine d'une résistance et de réactions de défiance chez des patient(e)s dans le cadre d'un travail psychanalytique (adapté à la situation)²

Barbara Saegesser

Fin 2005, je suis partie à Alexandrie (Égypte) pour me reposer quelques jours et voir du pays. Dès le premier jour, alors que mes pas m'avaient menée dans un joli parc quasiment vide en bord de mer, je remarquais un couple, mari et femme, qui se promenait accompagné d'un chat roux, cheminant fièrement à leur côté, la queue relevée. Cette vision m'a semblé si étrange, si joyeuse, que je me suis adressée à eux en leur demandant s'ils se promenaient souvent ainsi avec leur chat. (Il n'est pas fréquent de voir un chat accompagner dignement et fièrement ses maîtres à la façon d'un chien.) Ils me répondirent que non et m'expliquèrent que c'était tout à fait exceptionnel pour eux ce jour-là. Ils avaient atterri le matin même à Alexandrie, de retour d'un voyage en Europe. L'homme, qui était médecin, était originaire d'ici. Sa femme d'Angleterre. Nous avons entamé rapidement une discussion, échangeant tout en restant debout, jusqu'à ce qu'un appel nous interrompe. Le médecin M. était prié d'accompagner un convoi jusqu'à un orphelinat. Cette discussion a marqué pour moi le début d'un certain nombre d'amitiés et de relations professionnelles à Alexandrie, ville où je ne connaissais personne jusque-là. Faire connaissance avec ce médecin, dont l'aide a été sollicitée pour ce convoi, m'a donné l'occasion de l'accompagner dès le lendemain dans cet orphelinat alexandrin, avec le convoi même, destiné à acheminer des vêtements et des jouets, des cadeaux de Noël, payés par la recette du bazar annuel des riches dames d'Alexandrie. Je n'aurais jamais pensé

auparavant à visiter un orphelinat là-bas. Non, je voulais visiter et découvrir la ville de si nombreux artistes, où Lawrence Durrell fait vivre son «Quator d'Alexandrie» entre 1957 et 1960³. Ce convoi m'a semblé quelque peu étrange: quatre grandes voitures, remplies de boîtes de chaussures contenant les cadeaux pour les enfants de l'orphelinat. Les dames originales et extravagantes à l'initiative de ce bazar étaient en partie âgées et semblaient être les épouses d'anciens généraux anglais de l'époque coloniale. Les quelque 100 boîtes de chaussures, pensées et garnies par classes d'âge et par sexe, ont ensuite été données aux enfants de l'orphelinat de l'âge correspondant. Comment ont-ils réagi? Certains se sont réjouis et ont remercié, d'autres ont reçu les boîtes à chaussures et sont repartis aussitôt, tandis que d'autres encore ne sont pas allés vers les dames et leurs cadeaux. Il s'agissait d'enfants gravement dépressifs, petits et grands - de 3 à 16 ans environ - et leur visage était vieilli et terni par la détresse, le chagrin et la douleur. Ils restaient à demi dissimulés, debout en retrait ou accroupis contre un mur, qui leur soutenait un peu le dos. D'autres se sont retournés et se sont enfuis. Ils n'attendaient manifestement plus rien des adultes et leur désespoir semblait sans fond. À l'instant où j'ai vu ces enfants totalement découragés, intérieurement dévastés et tellement seuls, qui se détournaient des adultes et s'enfuyaient, il m'est apparu comme une évidence que je devais travailler comme psychothérapeute dans les orphelinats⁴ de cette ville. Cela n'était pas possible dans cet orphelinat, pour diverses raisons, alors je me suis renseignée sur les autres qui existent. Et il y en avait beaucoup m'a-t-on dit. Deux jours



1 Saegesser, B.: «Un travail psychothérapeutique...» Cf. bibliographie.

2 Adapté à la situation» signifie que je travaille ici sans divan. Généralement sans configuration prédéfinie (espace, calme, échange à deux). Mon cadre psychanalytique est mon cadre psychanalytique intérieur. La psychanalyse résulte d'un processus intérieur qui peut avoir lieu plus ou moins indépendamment du lieu et du temps - pas d'un point de vue philosophique mais bien concret.

3 Durrell, Lawrence, Alexandria Quartett. Justine, Balthasar, Mountolive, Clea. 1956 -1959. Neuauflegen Rowohlt. Reinbek 1997/98

4 Au bout d'un certain temps, je me suis fait une idée du nombre et du fonctionnement de ces orphelinats. Il en existait 30-40 à l'époque, certains privés, d'autres semi-privés et un gros orphelinat public.

plus tard, je commençais à travailler à «Dar el X» à Alexandrie. C'est ainsi qu'ont débuté mes 11 années de travail psychanalytique et de formation dans des villes et pays d'Afrique de l'est musulmans.

Le chat roux du vieux parc longeant la mer qui accompagnait ses maîtres a ouvert une nouvelle voie importante dans ma vie et mon activité professionnelle.

Depuis je consacre une partie de mes vacances aux missions humanitaires dans différentes villes d'Afrique de l'est, dans des orphelinats et des hôpitaux. J'ai donc commencé à Alexandrie (orphelinats), puis j'ai enchaîné avec Khartoum (foyer de garçons des rues), trois fois à Addis Abeba et Hawassa (orphelinats et organisations internationales comme «SOS Enfants», «Save the Children», «MSF», ainsi que des missions et fonctions de formation rudimentaire), puis près de Kampala (Ouganda) dans une grande organisation chrétienne (avec orphelinat, école et centre de formation pour métiers manuels) et enfin neuf fois à Djibouti. La première fois c'était dans un orphelinat chrétien fondé et tenu par des sœurs, qui «vendait» des bébés en Europe et aux États-Unis. Il n'existe plus entretemps car la Première Dame⁵ du pays a adopté tous les orphelins, signifiant ainsi qu'il n'y a pas d'enfants orphelins dans son pays.⁶ J'ai alterné ensuite là-bas entre l'hôpital pour les plus démunis et la maternité et la néonatalogie.

Je me rends dans les instituts où règne la plus grande détresse - du moins dans la mesure de mon appréciation. À la maternité par exemple, je choisis le lieu où j'interviens: femmes enceintes en salle de travail, naissances critiques, salle d'opération, salle de réveil, chambre des malades ou néonatalogie.

Depuis 2 ans environ, j'effectue un travail psychanalytique et psychologique et dispense aussi des formations sur une île de l'Océan indien, dans un hôpital public et dans un établissement public de psychiatrie. Actuellement, qu'il s'agisse de la psychiatrie ou de l'hôpital, dès que j'arrive, je suis envoyée auprès des «patients difficiles» pour essayer de «faire quelque chose avec eux». Les patients sont des enfants, des orphelins accompagnés de leur tante ou de leur grand-mère, des femmes, des hommes, des drogués, des personnes perturbées au plan psychosomatique par

5 Femme du président

6 D'après le Coran, il n'existe pas réellement d'orphelins, car dès qu'un enfant perd ses parents, il est recueilli et intégré par les membres de la famille restants.

les drogues⁷, la sous-alimentation et la détresse quotidienne. Leur état de santé est bien plus misérable et dramatique que celui des patients occidentaux que l'on rencontre en hôpitaux et en cliniques psychiatriques. À l'hôpital, j'interviens actuellement en médecine générale et en pédiatrie. J'ai formé un groupe Balint avec les jeunes médecins et je les accompagne, dans la mesure du possible, lors de leurs visites afin de discuter avec eux de la relation médecin-patient et des questions psychosomatiques.

J'ai beaucoup appris sur les particularités culturelles et religieuses des villes et ethnies d'Afrique de l'est en m'occupant de la grande détresse psychosomatique des enfants, des adultes et des soignants des divers hôpitaux et orphelinats, également sur les jeunes orphelins, les orphelins de guerre majeurs et sur les individus en détresse psychosomatique menacés par la faim et la peur, y compris les réfugiés (notamment du Soudan, de Somalie, d'Érythrée et d'Éthiopie). J'y ai aussi appris à valoriser mes concepts psychanalytiques et mes expériences cliniques, qui servent de base indispensable à ma nouvelle façon de travailler. Je suis confrontée parfois à des formes extrêmement préoccupantes d'états psychiques et psychosomatiques pathologiques, proches de la mort.

Il m'a fallu du temps pour me rendre compte que la psychologie est parfaitement inconnue et pas du tout exercée dans de nombreux endroits, donc la psychothérapie encore moins. Je m'habitue à installer quelque chose d'étranger dans chacune des cultures et ethnies, dans leur compréhension, dans la compréhension de l'individu lui-même ou d'une structure familiale, par ma posture et mon mode de pensée psychanalytique, par mon approche des différentes configurations. Je ne suis pas seulement confrontée à la défiance envers les Blancs qui veulent mettre en pratique quelque chose d'inconnu - ce qui peut rappeler la façon de faire des colons - mais aussi à une défiance qui touche ma discipline, ma façon d'approcher les bébés, les enfants et les adultes, surtout les femmes, et ma volonté de travailler avec eux au plan psychanalytique. La notion même de psychothérapie n'est pas du tout connue, qu'il s'agisse du milieu médical ou de la sphère privée, pas même en psychiatrie.

Généralement, je découvre dans ces régions d'Afrique de l'est ce que je peux partager de mes réflexions ou pas, comment les individus/patients commencent à s'intéresser à une nouvelle façon

7 L'île est une plaque tournante du trafic de drogues. Elle est située sur un axe international de ce trafic. Les drogues y sont environ 90% moins chères qu'en Europe.



de faire pour eux-mêmes, malgré les différences et difficultés culturelles et justement en ayant bien conscience qu'elles existent et en les soupesant soigneusement. Les choses commencent à bouger.

Le psychisme individuel et subjectif est largement ignoré dans de nombreuses cultures et ethnies d'Afrique de l'est. Le propre fonctionnement psychique de l'individu est normalisé dans le Coran, qui règlemente et couvre apparemment tous les besoins individuels subjectifs et «objectifs». Mon travail fait advenir quelque chose de «fondamentalement» différent. Je ne représente aucune idéologie, en tout cas vers l'extérieur. Avec mon investissement, spécialement des difficultés urgentes subjectives et narcissiques et de ses besoins individuels, l'intense réflexion thérapeutique, ma rêverie au sujet des patient(e)s, mes hypothèses psychanalytiques personnelles sur les configurations psychiques des patient(e)s, peut faire naître et se développer dans leur esprit une «petite liberté», une infime nouveauté, quelque chose avec lequel ils renouent. La capacité à discriminer ou à intégrer des éléments connus depuis longtemps, à donner corps à des désirs et aspirations en apparence «inconnus». Or ces qualités psychiques puisées dans l'inconscient et une enfance non régie par les codes islamiques ne remplissent pas les critères cora-

niques appliqués à la pensée et au ressenti d'un individu (musulman).⁸

Je travaille dans un environnement bien cadré, à la façon d'une ambulance, ce qui semble suffire qualitativement dans l'instant et dans le temps.

Dans mon travail, je rencontre essentiellement des musulmans qui n'ont aucune idée de ce que je fais au plan psychanalytique car ils ne sont pas censés savoir de quoi il s'agit. Ce n'est pas seulement le cas des patients mais aussi de leur entourage. Il n'y a aucune base pour mon travail psychothérapeutique - il y a tout à faire. J'entre dans un monde inconnu et le patient/la patiente avec moi.

Dans ce contexte, il est particulièrement important pour moi de mener certaines réflexions en rapport avec la sphère d'influence du Coran et celle des pensées et concepts psychanalytiques. Dans les pays dans lesquels je travaille, le Coran, quelle que soit sa version ou son interprétation, est la référence absolue dans la vie quotidienne. Il sert de guide pour la foi et le quotidien, dans tous les domaines, donnant des conseils concrets pour chacun. Ces normes religieuses sont impératives au plan social. Elles s'imposent comme validation et comme outil de contrôle de toute

⁸ Cf.: Saegesser, B.: Psychoanalytische Feldarbeit in ostafrikanischen Städten. 2015 et 2016. Cf. bibliographie.

évolution dans la vie des personnes concernées, comme c'était également le cas il y a plusieurs siècles dans la plupart des sociétés européennes. Ceux qui s'en écartent sont exclus de la société et parfois punis de façon cruelle, en fonction de l'ethnie, par les branches les plus extrémistes de l'Islam, proches du salafisme et du terrorisme islamiste (dont je ne parle pas ici): on leur coupe les mains ou les pieds, ils sont torturés, lapidés, décapités, tués. Ces normes sociales et religieuses en vigueur me rappellent chaque fois les règles imposées par les sectes, telles qu'on en trouvait ou qu'on en trouve encore dans les pays d'Europe occidentale. La croyance repose pour une part essentielle sur le fait que quiconque adopte une autre foi, c'est-à-dire vit en dehors des principes de la communauté religieuse qu'il «rejette», en dehors de la foi islamique ou d'une secte, est un homme vilain avec qui il ne faut plus avoir de contact. Il en découle une vision, une pensée et une façon de vivre manichéennes.

En amorçant mon discours psychanalytique-psychothérapeutique, je butte à chaque fois sur la rigidité de ces normes. Cela se traduit dans la forme par exemple, avec des patients gravement malades qui me disent: je vais bien, aujourd'hui je vais très bien, Dieu le veut, etc. Et quand cela ne va pas très bien, c'est que Dieu a voulu que la personne souffre et soit malheureuse, donc tout va bien quand même. Celui qui n'a pas d'argent pour vivre, pas d'argent pour nourrir sa famille, ne doit pas désespérer puisque c'est ce que Dieu veut et qu'il enverra un signe ou montrera la voie pour trouver un peu de nourriture ou d'argent pour la famille. Dans le même temps, le Coran est source de joies, sans pour autant que cela s'appuie concrètement sur les règles qu'il édicte. J'entends par là une forme de joie qui fait partie des aspects positifs de la vie dans de nombreux pays occidentaux: la joie ressentie envers la musique (du classique au rock), le théâtre, la culture de façon générale, l'amour, la sexualité, sans que ces domaines soient reliés à la religion au sens strict du terme. La joie elle-même est le fait des bébés et des enfants, des hommes peut-être aussi. Je pars du principe que les discussions, les palabres dans les espaces réservés aux hommes leur confèrent joie et enthousiasme, de même que la satisfaction d'être servis par les femmes ou les plaisirs de la sexualité, interdits précisément aux femmes dont les parties génitales ont été mutilées, etc.

Du point de vue psychanalytique, cette posture normative, y compris intériorisée, ce «cadre psychique du Coran intériorisé» conditionne une résistance intense, qui bloque les émotions individuelles et subjectives, les désirs et les

pensées étant au seul service des commandements coraniques, et au plan psychanalytique non seulement les refoule mais a tendance à les éliminer. Je parle d'une résistance sociale, ethnique et religieuse entretenue depuis des siècles contre une indépendance dans la façon de voir, de comprendre, de vivre et d'exploiter la vie et les souffrances psychosomatiques individuelles. Faire tomber cette résistance ancrée dans la religion et faire éclore des pensées et des actions plus libres (libérées) peut s'avérer dangereux. Quand je réussis ne serait-ce qu'à composer avec cette défiance - par exemple dans le travail sur la culpabilité et la honte -, à ne pas la minimiser et à respecter les valeurs religieuses, je parviens à atteindre la personne en souffrance, son Soi et sa vie psychique subjective, qu'elle tient caché, crypté, derrière le vernis islamique et ethnique. Cette résistance religieuse normative est plus puissante que les normes sociales de la majorité des sociétés occidentales. Lorsque je parviens, par mon travail psychothérapeutique, à ouvrir une petite brèche dans ce rempart à la subjectivation, on accède souvent à une énorme souffrance humaine. Cette dernière est souvent liée à des manques psychiques qui trouvent leur origine dans leur proximité avec la mort. Comme si ces individus, qui sont souvent les femmes, les enfants et les bébés avec lesquels je travaille, avaient toute leur vie enduré un manque fondamental d'attention narcissique et le trainaient avec eux. Bien sûr, le rempart dont je parle s'applique moins aux bébés et enfants qu'aux adultes. Cela facilite le travail psychanalytique.

Chez les enfants les plus grands et les adultes, l'attention narcissique - d'un point de vue psychanalytique - doit être accordée, d'après le Coran, à Dieu, Mahomet le prophète ou l'homme (le père). C'est la première chose. Deuxièmement, les mères sont sollicitées quasiment 24h/24 du fait du nombre élevé d'enfants qu'elles ont et souvent aussi de la responsabilité qu'elles assument pour la subsistance quotidienne. Elles ne font elles-mêmes l'objet d'aucune attention narcissique, notamment à compter de leur mariage arrangé par leurs propres parents, essentiellement les pères, et ne sont donc pas en mesure d'accorder suffisamment d'attention narcissique à leurs enfants. Au contraire même puisque les filles sont très tôt mises à contribution, les garçons étant plus désirés et mieux considérés socialement. Il arrive que les enfants trouvent un minimum de cette attention auprès de leurs sœurs ou de tantes qui n'ont pas ou peu d'enfants, ou bien auprès des grand-mères. Les grandes sœurs accordent une certaine attention aux plus jeunes, dont la gratitude peut venir en retour

renforcer le narcissisme des plus grandes. Dans mon travail psychanalytique, l'attention narcissique, l'importance que j'accorde aux femmes et aux enfants que j'ai comme patients, ainsi qu'aux bébés, en les regardant, en les écoutant, en les sentant, en leur donnant une place dans mon imagination et mes rêveries à leur égard et, en fonction des situations, par un léger contact physique (dans ces ethnies, le contact physique fait partie de l'échange social; le refuser est difficile à supporter par l'interlocuteur, notamment s'il est malade) est probablement ce qui joue le rôle le plus important.

Voici maintenant trois portraits tirés de mon travail clinique en Afrique de l'est pour mieux appréhender ce que j'entends par la résistance islamique. Dans l'aile de psychiatrie réservée aux hommes, Monsieur M. pleure continuellement, laissant les soignants perplexes. On me demande de lui parler. Prenant les devants, un soignant me prévient que le patient est sévèrement touché et qu'il lui manque une jambe. Sa belle-famille l'a amené à l'hôpital car sa femme et elle-même ne le supportent plus.

J'attends le patient dans une petite salle sombre et sale, assise à un vieux bureau bancal et crasseux, en compagnie d'un soignant. Monsieur M. arrive. Il s'agit d'un homme de 45-50 ans⁹, très corpulent, qui avance en boitant fortement, aidé de béquilles.

Ses vêtements, plus exactement sa chemise qui, règlementairement lui descend sous le genou, est sale et maculée. Je le remarque parce que les musulmans, en particulier à partir d'un certain âge, sont souvent habillés très proprement car c'est un commandement du prophète. Monsieur M. se met à pleurer soudainement et abondamment. J'ai l'impression que ses larmes intarissables se nourrissent d'une colère impuissante. Une colère envers toutes les injustices qui l'ont entravé dans sa vie et qui continuent manifestement de l'entraver. Je commence par lui demander comment il a perdu sa jambe. Il m'explique: alors qu'il était dans son pays d'origine, un pays voisin, à réparer sa voiture, le buste glissé sous celle-ci, une voiture est passée et lui a roulé sur les jambes. Il n'a été possible d'en sauver qu'une seule. Il vivait dans le pays avec sa femme, environ du même âge que lui, et leurs enfants. Après avoir perdu sa jambe, il a quitté son pays natal, est venu sur cette île pour rendre visite à des parents et est

9 Je n'ai souvent aucune possibilité de consulter le dossier du malade car le chercher dans une pile monstrueuse - on ne connaît pas l'informatique ici - durerait beaucoup trop longtemps dans les cas urgents.

resté vivre chez eux¹⁰. Il a laissé sa femme et ses enfants derrière lui. Il vit désormais avec sa seconde femme, de 20 ans sa cadette, qu'il a épousée. Il me soutient être ici à l'hôpital car il vit d'importants conflits avec sa femme et s'énerve après elle. Quand je lui demande de quoi parlent les disputes, il ne cesse d'ajouter des éléments nouveaux. Sa femme ne porte pas les manches de sa robe ainsi que l'exige le commandement religieux. Ses manches sont trop courtes, on voit une partie de ses poignets. En plus, elle voudrait danser. Il m'explique à plusieurs reprises que le comportement de sa femme est contraire au Coran, que c'est un péché et qu'il doit lui interdire ça, qu'il doit changer les choses. Il exige que sa femme lui obéisse.

Lors de la deuxième séance, il m'accueille avec un jovial «Sister». Il essaye d'effacer, de banaliser la distance et l'asymétrie entre lui et moi dont la présence, en tant que femme, est particulièrement inhabituelle dans ce contexte culturel et religieux. Je lui explique factuellement que je ne suis pas sa «sœur», mais son médecin. «Psychothérapeute» est ici une notion et une profession inconnues.

Monsieur M. recommence à se plaindre de sa femme qui ne respecte pas suffisamment le Coran et il n'en démord pas. J'essaye alors de lui expliquer que la très jeune femme qu'il a épousée attend peut-être autre chose de la vie que ce qu'en attendait sa femme plus âgée et que les coutumes sont de fait parfois moins suivies chez les jeunes. Je lui demande aussi s'il craint de perdre éventuellement sa femme? Il me répond que oui, qu'elle a déjà envisagé et indiqué ne plus vouloir vivre avec lui de cette façon-là. Puisque le Coran et son manque de respect surgissent en toile de fond, c'est-à-dire la résistance qui lui sert à se défendre contre ce problème très anxiogène qui crée chez lui une honte extrême, la partie préconsciente de ses pleurs chroniques et de son mal-être s'exprime, disant sa peur, son angoisse et sa colère impuissante à l'idée que sa jeune femme puisse le quitter. Il réalise qu'il n'a pas toutes les cartes en main dans son mariage actuel.

Lors de la troisième séance, il me raconte que sa femme et sa belle-mère lui ont rendu visite et qu'il s'est excusé auprès de son épouse pour son comportement et son obstination. Je suis extrêmement surprise qu'il s'excuse car cela ne correspond pas aux commandements coraniques. La norme religieuse et sociale habituelle qui veut que la femme s'excuse auprès de l'homme est

10 Abandonner ainsi femme et enfants sans beaucoup tergiverser, aller dans sa famille et y vivre, est considéré comme normal de la part d'un homme dans cet environnement ethnique et religieux.



ici inversée, ce qui représente évidemment une grande étape émancipatoire au plan psychique, une incursion dans la propre dépendance subjective et la propre peur d'abandon de ce patient. Les règles du Coran - c'est-à-dire la résistance ou la défense - reculent à l'arrière-plan et l'on peut travailler sur la peur de perdre l'amour. Lorsque je suis partie, il m'a dit regretter ne pas pouvoir travailler avec moi plus longtemps. Il espérait que je revienne d'Europe convertie à l'Islam.

Le portrait suivant montre - en tout cas au début - cette même «résistance coranique» ou défiance vis-à-vis du contact thérapeutique approfondi au profit du respect des commandements islamiques.¹¹

Y. a 15 ans, mariée de force par son père à un homme d'environ 25 ans de plus. Il s'agit de la plus jeune résidente du service. Les autres femmes ont jusqu'à 60 ans et sont souvent totalement détruites au plan psychosomatique, par la consommation de drogues notamment. Grâce à son mariage avec un homme (plus âgé), Y. a la possibilité, comme toutes les autres filles et jeunes femmes, de changer de statut social et culturel. Elle est déjà «femme» par définition et depuis sa mutilation génitale. Son mariage avec un homme plus âgé fait d'elle l'épouse de

¹¹ J'ai déjà évoqué le cas de cette patiente plus en détail dans un autre contexte. 2015. Cf. bibliographie.

son mari, ou pour être plus précis l'épouse régie par un/son mari. Cette tutelle pousse souvent la femme, sous peine de sanction, à vivre selon les règles coraniques.

Au cours des brefs entretiens psychothérapeutiques, Y. me dit systématiquement que son mari est bon avec elle, tandis qu'elle ne dit rien au sujet de son père. Ne jamais critiquer le mari et le père mais ne faire ressortir que le positif fait partie des promesses coraniques et constitue également une mesure d'autodéfense que j'ai entendue de la bouche de nombreuses femmes de diverses ethnies, par exemple Somalie et Ifar, ou des femmes d'Éthiopie, du Soudan ou d'Érythrée. Elles ont urgemment «besoin» d'un mari pour assurer leur «sécurité» (qui n'est souvent malheureusement pas automatique) et leur intégration sociale.

La deuxième fois, Y. est revenue volontairement à l'hôpital, de nuit, quand elle a ressenti le besoin de protection - telle est en tout cas mon interprétation. De son mari peut-être? Le service a diagnostiqué sa venue, de nuit, pieds nus et sans argent, comme un événement psychotique. Au plan psychanalytique, je comprends sa démarche comme un acte psycho-physique adapté aux circonstances, à la recherche de protection et d'autodéfense qui a pris la forme d'une fuite de son domicile. Y. agit en suivant un objectif et n'est en rien déconnectée de la réalité. Le fait

qu'elle soit venue seule, de sa propre initiative à l'hôpital, accompagnée ni de son père¹² ni de son mari, paraît scandaleux au regard des prescriptions coraniques. Par ailleurs, le fait d'aller pieds nus et sans argent n'a rien en soi d'extraordinaire pour une femme d'Afrique de l'est.

D'après mon diagnostic, Y. n'est pas principalement psychotique, elle a plutôt subi des traumatismes à répétition, ce qui la rend dépressive et dissociante au plan psychique. Ce qu'elle essaie «d'évacuer» par le déni. Le diagnostic interne à l'hôpital se fonde sur les lois islamiques appliquées aux musulmanes: les femmes ne doivent pas penser par elles-mêmes et prendre de la distance par rapport à leur époux, encore moins le fuir, seule et de leur propre initiative.

Lors de notre premier entretien psychothérapeutique, Y. a répondu par le même mot accompagné du même geste à chacune des questions que j'ai posées en prenant énormément de précautions: qu'est-il arrivé, comment elle se sent, comment ça va avec son mari, comment elle se sent ici à l'hôpital, etc. Sur un ton extrêmement bas, presque en murmurant: «nothing» - rien.

Lors du deuxième entretien, Y. a continué de répondre «nothing» à mes diverses questions. J'ai trouvé qu'au-delà de sa timidité, de sa honte et de l'étrangeté de la situation avec moi, il y avait beaucoup de déni, justement dans sa fidélité aux prescriptions coraniques. Une femme n'a pas le droit de parler de sa vie de couple, de ses expériences douloureuses ni de ses réflexions, et pas non plus de s'en plaindre. J'ai continué à manifester mon intérêt pour elle et ce qui lui arrivait et ne me suis pas laissé décourager par ses «nothing». J'ai continué à accorder toute mon attention narcissique - écouter, voir, sentir, imaginer, rêver - à cette jeune patiente. Sans la bousculer, je lui ai parlé tranquillement de temps en temps. J'ai essayé aussi de lui faire comprendre qu'elle dispose d'un espace de liberté et qu'elle n'est pas mon objet¹³. Et j'espère qu'elle le ressent et qu'elle en prend conscience. Continuant de montrer mon intérêt - malgré le fait que je me sente de plus en plus inutile et impuissante - j'ai posé doucement des questions et lui ai expliqué que, d'après moi, ce qui nous démoralise et nous décourage, nous rend impuissants et tristes, trouve ses racines dans notre propre vie. Je lui ai alors décrit un petit extrait d'une approche psychanalytique susceptible de remettre en question la loi islamique «Tout va et vient grâce à Allah». Pour une fois elle a marmonné, à voix très

basse, comme si cela ne la concernait pas, qu'elle avait eu un enfant mort-né 6 semaines auparavant. «C'est grave et très, très triste», lui ai-je dit. «Non», a-t-elle répondu, elle avait soi-disant tout oublié et ce n'était pas grave du tout. Elle ne s'en souvenait plus. Moi: «Comment pouvait-elle ne pas s'en souvenir?» «Je ne sais pas». Et elle a repris à susurrer comme lors du premier entretien, son «nothing», à voix très basse. Elle est dans le déni et elle dissocie aussi. Pendant ce temps, les normes religieuses et culturelles jouent leur rôle de frein: Allah l'a voulu ainsi, son malheur et ses traumatismes résultent donc de la volonté de Dieu, sont par conséquent «normaux» et ne valent pas la peine d'en parler, encore moins de s'en plaindre. Son mari ne sait rien de cet enfant mort-né et l'hôpital non plus.

Au début du troisième entretien, Y. m'est apparue moins apeurée ou plus détendue. Après avoir murmuré plusieurs fois à nouveau «nothing», je lui ai doucement et prudemment expliqué qu'elle ne semblait ne plus rien vouloir dans la vie («nothing») et lui ai demandé s'il avait existé une autre époque où elle s'était sentie plus heureuse et plus gaie, où elle avait peut-être chanté ou dansé. Son visage s'est aussitôt éclairé, ouvert et elle m'a répondu «oui». Alors j'ai demandé «quand?». Elle m'a dit avoir chanté, écouté de la musique et dansé chez elle avant son mariage, qu'elle était heureuse alors. Ce nouveau souvenir semble avoir réveillé une facette psychique vivante de la patiente: elle a été heureuse et gaie, avant son mariage.

La quatrième fois, j'ai vu Y. dans le cadre d'un groupe de dessin. Lorsqu'elle m'a vue à la table, l'expression de son visage a changé et s'est éclairée. Elle s'est assise au milieu du banc, attablée au centre, m'a regardée et a commencé à s'organiser de façon vive et ordonnée. Elle a passé les papiers et crayons aux autres, en leur expliquant, quand ils n'avaient pas compris, ce que je leur disais par l'intermédiaire d'une interprète, puis a commencé à dessiner. Dès qu'il fallait dire ou faire quelque chose d'important ou de supplémentaire, Y. était celle qui impulsait le mouvement. Elle a semblé très alerte, attentive, s'est sentie manifestement responsable des autres patientes et les a aidées. Je me suis étonnée du changement psychique traversé par Y. en quelques jours. C'était comme si notre travail psychothérapeutique l'avait sorti de sa dépression, de sa vie presque inanimée, de son sentiment d'inexistence ou de disparition proche, de passivité dépressive grave et de dissociation, pour lui permettre de la ramener à la vie et de développer de bonnes capacités relationnelles. Selon le concept d'André Green, il est possible de passer d'un narcissisme de mort à un narcissisme de vie.

12 Les pères gardent en partie le pouvoir en mariant leurs filles.

13 Il me semble que les musulmanes très croyantes sont les objets de leur Dieu, au plan psychanalytique.

Je crois que ce changement est dû au fait que la jeune Y. a fort bien remarqué que je n'étais absolument pas dans le respect des règles coraniques, ni extérieurement ni intérieurement - sans pour autant les dénigrer - et que je n'ai pas écrasé son envie d'autonomie ni son élan de vie quand ils ont resurgi, que je les ai supportés et même encouragés. On peut alors penser que, dissimulée derrière son sempiternel «nothing», elle a fait de façon latente un transfert sur moi en m'idéalisant, ce qui d'une façon intéressante la libère de la vision quelque peu paranoïde-schizoïde qu'elle a du monde et lui permet d'adopter une position dépressive, dans une optique un peu différente, telle que la décrivait Mélanie Klein. Elle accorde de l'attention aux autres patientes. Elle souhaite qu'elles participent avec enthousiasme aux dessins et qu'elles comprennent de quoi il s'agit. Elle devient active et assume une certaine responsabilité pour elle-même et pour son entourage - même vis-à-vis de moi dans la mesure où elle m'aide dans l'organisation.

Après cette rencontre autour de la table à dessins en planches grossières, je n'ai plus eu l'occasion de parler à Y. Je suis repartie en Europe. Lors de ma visite suivante, j'ai demandé si quelqu'un savait comment allait Y. On m'a dit qu'elle était sortie de l'hôpital peu après mon départ. Et qu'elle s'était séparée de son mari, qu'elle avait déménagé et qu'elle allait bien. Qu'on espérait qu'elle aille bien malgré la séparation. J'ai alors fait une réponse controversée d'un point de vue coranique, mais correspondant à mon diagnostic: «je crois qu'elle va bien justement parce qu'elle est séparée». Mon interlocutaire musulman a été décontenancé par mon propos, comme s'il n'était pas intelligible.

Je m'étais dit dès le début de mes entretiens avec Y. qu'elle était sans doute psychologiquement malade en raison du mauvais fonctionnement de son couple, qui résultait d'un mariage forcé. Mais la patiente névoquait rien de négatif sur son couple ni sur son mari, comme nous l'avons vu précédemment. Elle s'en est tenue aux obligations du Coran.

Avec ma façon de penser et de travailler au plan psychanalytique, je me retrouve ici et là en opposition avec la culture islamique qui peut parfois représenter un certain danger.

On en arrive là parce que c'est comme si les normes coraniques ou la représentation normative selon laquelle Dieu détient tout entre ses mains et que tout ce qu'il fait ou laisse arriver est ce qui doit être ne laisse plus aucune marge de manœuvre à l'individu pour modifier ce qui arrive. Ce qui conduit naturellement à une certaine léthargie et à de la passivité¹⁴. Il n'est pas rare que je m'étonne qu'aucune aide n'ait été appor-

tée dans telle ou telle situation. Il est probable que les conditions de vie et d'existence humaine souvent dures, effrayantes, déprimantes et très désavantagées, impossibles pour un œil et une sensibilité d'Européen, aient un impact négatif sur la rencontre empathique avec d'autres individus. Le regard jeté sur les patient(e)s ou les nécessiteux semble quelque peu insensible et peu empathique dans beaucoup de villes d'Afrique de l'est. Peut-être était-ce différent à des époques plus anciennes. À voir la situation sombre dans laquelle se trouve chaque pays, à laquelle s'ajoute le cas désespéré des bébés et des enfants, des mères sur-sollicitées, dont les parties génitales ont souvent été mutilées - cela concerne le plus souvent les couches inférieure et moyenne de la société - et bien sûr de nombreux autres individus du grand continent noir, la désespérance pourrait bien devenir une maladie contagieuse. Les promesses de la religion islamique peuvent bien sûr apporter un certain soulagement, majoritairement illusoire, dans ce contexte. Je dois moi-même me tenir sur mes gardes pour ne pas être gagnée à mon tour par ce désespoir plus ou moins généralisé. Il me semble qu'il est inévitable d'en être atteint un peu de temps en temps.

Voici maintenant le portrait de Madame A. pour illustrer «l'empathie limitée» dont je parlais.

Un collègue de l'hôpital psychiatrique me demande de me rendre auprès d'une patiente qui ne parle pas. Ce qui l'empêche de travailler pour elle¹⁵. A posteriori il s'avère que la patiente a déjà passé plusieurs mois dans cet hôpital sans que personne ne s'occupe d'elle de façon intensive. Elle reçoit à manger et peut voir, si elle le souhaite, les autres patientes qui viennent la nuit s'allonger dans leur lit en fer non loin d'elle. On laisse Madame A. dépérir. Une soignante me mène à elle et reste à mes côtés. Je ne vois pas la patiente, en partie parce que le long et vieux couloir est sombre, mais surtout parce qu'elle est entièrement couverte, tête comprise, par un linge sale. Il émane de son lit des odeurs désagréables d'urine et d'excréments. Si je veux établir un

14 Quand j'en parle de façon plus approfondie avec des musulmans, beaucoup insistent sur le fait que cette formulation est erronée. D'après eux, Dieu aide les hommes lorsqu'ils vivent dans le respect de ses lois. On attend des croyants qu'ils fassent aussi des efforts.

15 Pour cette patiente, la préoccupation semble être essentiellement depuis longtemps de trouver où sont ses parents ou sa famille pour l'y renvoyer. «L'intégration» dans la famille d'origine est généralement plus importante que d'essayer de comprendre la souffrance personnelle d'une patiente.

contact avec Madame A., je dois les supporter. Ce sont ces odeurs qui l'enveloppent, dans lesquelles elle cherche et trouve une sensation de sécurité. C'est la première chose. Deuxièmement, dans ces odeurs extrêmement désagréables se concentre sa peur des autres individus. Inconsciemment, elle contrôle et empêche ainsi toute intrusion de la part des autres. Sa résistance et sa défense transpirent dans ces fortes odeurs corporelles. Elle n'attend manifestement plus rien. Je prononce son nom. Rien en retour, pas une réaction. Cela pue horriblement. (Plus tard, je verrai que la plaque de métal qui sert de support au matelas est déjà rouillée tant la quantité d'urine qui a traversé le matelas en plastique est importante). Je dis quelques mots à la patiente qui lui sont traduits en swahili. Elle reste sans réaction. Je continue de rester centrée sur elle, ne me laisse pas décourager et ne dis plus rien d'autre que son prénom, très doucement, d'une voix rythmée et mélodieuse¹⁶. Je le répète encore et encore. Peut-être 10-20 fois, la mélodie de la langue devenant sans doute plus importante que les lettres de son prénom. Très très lentement, comme au ralenti, elle a écarté un peu la couverture de son visage et essayé, très très lentement là aussi, d'ouvrir un œil après l'autre. Puis elle m'a regardé de ses yeux d'enfant immenses, suppliants, implorants, sans rien dire. J'aurai recours à de nombreuses reprises à ce rituel qui consiste à répéter son prénom encore et encore, pour pouvoir entrer en contact avec elle. Pendant tout un temps, je n'ai pas su si elle pouvait même parler. Puis elle a commencé à exprimer quelque chose en balbutiant lorsque je lui posais des questions. Je me suis donc efforcée de comprendre. Ce que j'entends surtout c'est le mot «Abandoned» (abandonnée) et le nom de l'endroit où elle est née (sur le continent). Elle parle manifestement un peu anglais, ce qui signifie qu'elle a fréquenté l'école et qu'elle est un peu éduquée. J'essaie de lui expliquer que ce serait bien qu'elle sorte du lit et qu'elle se douche, que la soignante l'aiderait. Lorsqu'elle se rend aux douches, qui ne mériteraient pas cette appellation en Europe, je remarque qu'elle marche d'un côté en ne prenant appui que sur la pointe du pied. Elle est invalide et n'avance qu'en boitant et en redoublant d'efforts.

À partir de ce moment-là, par la répétition de son prénom, ma présence, le fait de l'écouter, la voir et la sentir, j'ai réussi à la toucher, à l'entraîner un peu en direction du narcissisme de vie

¹⁶ J'ai expérimenté cette répétition en boucle du prénom dans mon travail auprès des bébés et des orphelins et me suis rendu compte qu'elle pouvait déclencher un échange humain. Cf. bibliographie. Saegesser, B.: 2014.

et une certaine vitalité, la faisant quitter son lit de temps en temps et sortir à l'extérieur avec les autres patientes. Elle attend probablement de voir si je vais revenir. Elle reste cependant en marge dans la vie de l'hôpital et n'a quasiment pas de contact avec les autres. Elle entretient une certaine dépendance infantile envers moi. Et je ne peux combler ses désirs et ses attentes, énormes et nombreuses.

La patiente n'est ni muette ni mutique, mais on n'a pu trouver aucune langue qu'elle maîtrisait suffisamment. Et ce qui a empêché de trouver cette langue est principalement et précisément ce que j'évoquais: l'empathie perdue. Peut-être s'est-elle perdue à cause de pensées telles que: «la détresse est de toute façon bien là et est naturelle». Sans mes tentatives de contact, Madame A. aurait sans doute fini ses jours lentement dans la fange de son lit. À chaque fois que je reviens d'Europe, je la retrouve recroquevillée essentiellement dans son lit et, en me voyant, elle recommence à se lever ou à sortir à l'extérieur.

Lors de mon dernier séjour, j'ai demandé où était Madame A. car je ne la trouvais pas. On m'a d'abord soutenu que cette dame n'avait jamais séjourné ici. Alors j'ai répété: «Si, je la connais». J'ai fini par imiter sa démarche particulière en appui sur la pointe du pied, qu'un accident avait fortement handicapé. Ah oui, elle, elle est morte. Morte? Oui, pendant l'épidémie de choléra. (Celle-ci avait commencé juste après mon départ précédent). Madame A. était restée au lit et était morte dans son lit, sans que personne ne se doute qu'elle avait le choléra. Cette nouvelle m'a profondément attristée. Le début et la fin de l'histoire de Madame A. - en psychiatrie - se ressemblent et se confondent dans un même narcissisme de mort en se terminant par son décès. Le lien entre les deux est cette empathie négative. La fin qu'a connue Madame A., seule, en détresse et malade du choléra, vient faire écho à sa période morbide où elle a végété avant le début de notre relation psychothérapeutique.

L'idée qu'approcher un individu peut nécessiter divers langages particuliers et que c'est la seule façon de l'intéresser et de le toucher dans son narcissisme de vie est absente de certains environnements, y compris professionnels. Peut-être que les regards qui se détournent sous l'effet d'une empathie négative s'expliquent aussi par le fait que les aidants et les responsables, eux-mêmes dans le besoin, se disent: j'ai déjà beaucoup trop à faire (et je suis trop mal payé pour ce que je fais), si Dieu ne voit pas et n'intervient pas, je ne peux rien y faire.

Auteure

Dr. phil. Barbara Saegesser, née à Berne, a étudié à Bâle. Philosophie, psychologie, allemand, sociologie, graphologie. Promotion de philosophie/théorie de la connaissance

1981 Cabinet privé de graphologie et de psychanalyse à Bâle

1985 Membre de la VPB/ASP

1990 Membre de la SGPSa/IPA

Enseignante et superviseur dans les établissements suivants à partir de 1990:

Séminaire psychanalytique de Bâle; groupe de travail psychanalytique de Berne; Institut Freud de Zurich; Institut Szondi de Zurich; MAP de Munich.

Présentations et séminaires en Suisse et à l'étranger

1997 Analyste en formation à la SGPSa/IPA

1997 - aujourd'hui: membre du tribunal de placement de Bâle-Ville

Enseignante, superviseur et analyste didacticienne dans les centres de formation en psychanalyse et psychothérapie. Actuellement: AZPP.

2005 - aujourd'hui: travail humanitaire en psychanalyse et formation dans des villes d'Afrique de l'est (orphelinats, garçons des rues, organisations internationales, telles que SOS Children villages, Save the Children, MSF, hôpitaux: médecine générale, maternité, néonatalogie, pédiatrie, psychiatrie).

Publications en psychanalyse et sur ses missions humanitaires en formation et psychanalyse dans des villes d'Afrique de l'est

Correspondance

Dr. phil. Barbara Saegesser

Hechtliacker 15

4053 Bâle

barbara.saegesser@bluewin.ch

Bibliographie

Freud, S. (1919): Wege der psychoanalytischen Therapie. Studienausgabe. Ergänzungsband. Fischer. Frankfurt am Main. S. 246.

Hirsi Ali, A. (2015): Reformiert euch! Warum der Islam sich ändern muss. Spez. Kap.3 und Kap. 6. München, Albrecht Knaus Verlag.

Mahrokh, Chr. (2006): Geschlechtsspezifische Entwicklung in patriarchalisch-islamischen Gesellschaften und deren Auswirkung auf den Migrationsprozess. In: Psyche-Z, Psychoanal. 60; 2006, pp 0097-0117.

Racamier, Paul-Claude (1993): Le psychanalyste sans divan. Bibliothèque Scientifique Payot. 448 p.

Saegesser, B. (2014): Psychoanalytische Arbeit mit BB's, Kleinkindern und Müttern in unterschiedlichen afrikanischen Ländern (Le travail psychanalytique avec les bébés, des petits enfants et des mères dans divers pays d'Afrique). Bulletin No 77 Frühjahr 2014. Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse (SGPSa). S. 5-13.

Saegesser, B. (2015): Psychoanalytische Feldarbeit in ostafrikanischen Städten. Hrsg: Peter Bründl und Carl E. Scheidt. Jahrbuch der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse. Bd. 4. Brandes und Aspel, S. 211-238

Saegesser, B. (2016): Psychoanalytische Feldarbeit in Ostafrikanischen Städten II. Elternschaft in ostafrikanischen Städten. Hrsg: Peter Bründl und Carl E. Scheidt. Jahrbuch der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse. Bd. 5. Brandes und Aspel, S. 269-279

Saegesser, B. (2016): Un travail psychothérapeutique en marge de ma pratique psychanalytique et de la culture islamique dans des villes d'Afrique de l'est. Traduction et adaptation de mon manuscrit original écrit en allemand. Tribune Psychanalytique 13. CH-1003 Lausanne

Spitz, Rene A. 1996 bzw. 1945. Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 1996, auch „Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood“, in The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 1 (1945),

Spitz, Rene A. (1946): Anaclitic depression. Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 1

Spitz, Rene A. (1948) La perte de la mère par le nourrisson: troubles du développement psycho-somatique

Wohlfahrt E. und Özbek T. (2006): Eine ethnopsychanalytische Kasuistik über das Phänomen der Besessenheit. In: Psyche-Z, Psychoanal. 60; 2006, pp 0118-0130.

Image, mon amour

L'homme augmenté perd-t-il sa rationalité?

Liviu Poenaru

Un des principaux moteurs de la société consumériste est probablement représenté par l'invasion d'images, publicitaires ou non, qui façonnent notre vision du monde et obligent à un remaniement permanent de notre propre apparence, via l'achat d'objets, dans le but d'être adéquat avec la société dans laquelle nous vivons et d'en imiter¹ les tendances générales pour s'assurer de son insertion sociale. L'image est devenue un des moyens de communication les plus courants, voire les plus puissants de notre époque. Pour s'en rendre compte, il suffit de considérer l'engouement pour les écrans de télévision, d'ordinateurs, tablettes et téléphones, mais aussi la ferveur provoquée par l'utilisation de comptes Facebook, Instagram, Youtube, etc. qui véhiculent principalement des images. Une des pratiques les plus courantes dans l'utilisation de son téléphone portable est la prise de photos et de vidéos pour le partage avec des pairs et cette habitude risque de se répandre de manière exponentielle avec la possibilité de filmer son environnement et ses activités tout en les diffusant en direct sur les réseaux sociaux.

Des questions sont soulevées par cette épidémie d'images; je me contenterai, pour commencer, d'en poser une seule qui nous servira de fil rouge: Cette épidémie a-t-elle une influence sur notre rationalité, notre discernement et la qualité de nos pensées? Cette note tente de rappeler une série de savoirs sur l'image issue de divers champs (psychanalyse, neurosciences, etc.) et de les articuler avec l'hypothèse d'une diminution de la rationalité.

Un rapport français de l'Académie des sciences, intitulé *L'enfant et les écrans*² réalisé sous la direction de Jean-François Bach, Olivier Houdé, Pierre Lena et Serge Tisseron, révèle les effets positifs, en termes d'apprentissages, de l'irruption de l'informatique dans le grand public et a comme objectif de mettre en garde contre les conséquences du mauvais usage des écrans parmi les plus jeunes. Le rapport a occasionné la publication, en 2013,

d'un module éducatif³ à l'usage de divers intervenants. «La construction des fonctions cérébrales dépend, souligne le rapport, de la nature et des caractères des sollicitations extérieures sensorielles, affectives, culturelles... Dans ce contexte, il est essentiel de s'interroger sur les incidences négatives, mais aussi positives, de l'exposition des enfants aux écrans numériques et d'en comprendre les enjeux.» (p. 7)

En termes de recommandations sur la base d'études scientifiques, le même rapport met en avant, par exemple, qu'avant deux ans, les écrans non interactifs (TV et DVD) n'ont aucun effet positif et peuvent produire une prise de poids, un retard de langage, des déficits de concentration et d'attention, et le risque d'adopter une attitude passive face au monde. De plus, l'enfant de moins de deux ans a besoin de mettre d'abord en place des repères spatiaux et temporels articulés sur le réel et non sur le virtuel. En ce qui concerne l'enfant de moins de trois ans, l'exposition à des publicités peut brouiller ses repères et induire une attitude tyrannique vis-à-vis de ses parents. A partir de trois-quatre ans, une console de jeu peut conduire à des comportements stéréotypés et compulsifs ainsi qu'à une fuite du monde réel pour se réfugier dans le monde des écrans. Entre six et douze ans, l'usage excessif des écrans, sans une bonne autorégulation, conduit à un manque d'activités physiques et sociales, de sommeil, ainsi qu'à des risques accrus de troubles ultérieurs de la vision. Chez l'adolescent, outre la mise en place de capacités hypothético-déductives, «un usage trop exclusif d'Internet peut créer une pensée „zapping“ trop rapide, superficielle et excessivement fluide, appauvrissant la mémoire, les capacités de synthèse personnelle et d'intériorité» (p. 12).

Cet aperçu rapide des conséquences inquiétantes liées à l'utilisation non régulée des écrans aux âges précoces suscite une autre question: Quels sont les effets chez les utilisateurs adultes? Ne sommes-nous pas tous à risque de développer une pensée «zapping» et un appauvrissement de nos capacités de synthèse? Ne devenons-nous pas des enfants dominés par des processus primaires face à des écrans? Sommes-nous victimes



1 Étymologiquement, le mot «image» vient du latin *imago* (image, portrait, représentation, effigie), avec la racine indo-européenne *im-* qui a donné *imitari* en latin et *imiter* en français.

2 http://liliane.chalon.free.fr/IMG/pdf/rapport_academie_des_sciences.pdf

3 Pasquinelli, E., Zimmermann, G., Bernard-Delorme, A., Deschamps-Latcha, B. (2013). *Les écrans, le cerveau... et l'enfant*. Paris: Le Pommier.

d'une régression de nos niveaux de fonctionnement cognitif?

Freud avait beaucoup insisté sur une de ses hypothèses fondamentales, confirmée actuellement par les neurosciences: le traitement inconscient des contenus psychiques (basés sur des traces mnésiques), appelés représentations de choses, est essentiellement du registre visuel. En revanche les représentations de mots, contenus reliés aux phénomènes accessibles à la conscience, seraient notamment du registre auditif et de la verbalisation, donc non sans lien avec la communication avec autrui et le développement des fonctionnements secondaires amenés par la civilisation et le refoulement. Ainsi, Freud (*L'homme aux loups*, 1918) est d'avis que la distinction conscient-inconscient n'est pas valable chez l'enfant, puisqu'il n'a pas encore acquis tous ses caractères, notamment de se convertir en représentations verbales. L'auteur montre ici la fragilité des représentations de mots dans le registre infantile et suggère la prééminence des représentations de choses lorsque le système verbal n'est pas suffisamment solide pour un usage soutenu et conscient. Le traitement cognitif fondé sur des images qu'active l'utilisation des écrans de façon passive, compulsive et en dehors de la communication verbale engendre, de ce fait, un fonctionnement régressif proche des processus primaires régis par des modalités de décharge selon le principe de plaisir, par les voies les plus courtes et en dehors du principe de réalité. N'oublions toutefois pas que la régression est un besoin fondamental qui nous guette en permanence et qu'elle est un état nécessaire à notre progression et à notre survie psychique et psychique.

Freud théorise par ailleurs la notion de «pulsion scopique» (scopophilie) comme une pulsion sexuelle indépendante des zones érogènes; cette pulsion permet de s'emparer de l'autre et d'exercer un regard contrôlant, comme le bébé qui s'empare du regard (amoureux) de la mère pour s'assurer de sa présence psychique. Regarder et savoir sont pour Freud des pulsions d'étayage et d'emprise, note-t-il en 1908 dans la correspondance adressée à C. G. Jung. Sommes-nous alors en proie à des pulsions d'emprise croissantes ou s'agit-il uniquement d'un déplacement (voire une sublimation) autorisé par les moyens techniques dont nous disposons et nécessaire dans une so-

ciété organisée par l'interdit? Au détriment de l'emprise réelle sur autrui qui nous échappe de plus en plus ou dont nous nous détournons?

L'hypothèse de Nico Orlandi⁴ tend à confirmer la diminution, voire la suppression de l'activité cognitive au sein des processus perceptifs; selon cette auteure, il n'y aurait pas de représentations mentales entre la stimulation sensorielle proximale et la constitution de percepts visuels. Delorme et Fluckiger⁵, en étudiant la complexité du processus perceptif, considèrent que ce dernier est constitué de trois composantes principales: a) le stimulus physique; b) les processus sensoriels et physiologiques; c) les percepts ou les sensations qui en représentent le volet psychologique. Le «réel» du stimulus qui devient un percept dépend largement des biais de sélection et de compréhension selon une intelligibilité qui repose sur la subjectivité de l'individu et principalement sur sa mémoire. Squire et Kandel⁶ sont d'avis que les souvenirs à long terme sont stockés dans les mêmes structures distribuées qui perçoivent, traitent et analysent ce qui doit être rappelé; donc des aires cérébrales communes semblent être utilisées pour la mémoire et pour la perception visuelle, ce qui alimente l'hypothèse d'une indistinction mémoire-perception⁷.

Ce détour théorique nous sert à mieux saisir les mécanismes responsables du possible verrouillage du sujet – via la répétition d'images qui permettent l'expression de son propre vécu intérieur et des fantasmes qui s'en dégagent – dans une introversion qui ne favorise pas forcément la mobilisation de la pensée et de facultés mentales aboutissant à de nouvelles connaissances conceptuelles et rationnelles.

Les processus secondaires semblent de ce fait mis à mal, tandis que les enveloppes visuelles

4 Orlandi, N. (2014). *The innocent eye. Why Vision is Not a Cognitive Process*. Oxford: University Press.

5 Delorme, A., Fluckiger, M. (2003). *Perception et réalité. Une introduction à la psychologie des perceptions*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.

6 Squire, L. R., Kandel, E. R. (2005). *La mémoire. De l'esprit aux molécules*. Paris: Flammarion.

7 Poenaru, L. (2015). *L'hallucinoire de déplaisir et ses fondements. Une approche neuropsychanalytique*. Saarbrücken: Editions Universitaires Européennes.

du moi⁸ s'épaississent sous la domination d'un monde visuel tout-puissant régi à la fois par la logique commerciale de l'offre et de la demande et par la nécessité (naturelle) de prolonger le narcissisme dans le monde afin de le rendre familier. Mais jusqu'où ira-t-on dans cette prolongation narcissique qui fait du monde notre miroir au risque d'oublier le monde lui-même dans sa réalité? La fragilité du moi est à interroger dans cet entre-deux qui signifie l'écart entre soi et le monde réel, et qui semble se creuser de plus en plus, pouvant mettre en péril les générations futures dont personne ne peut garantir une éducation optimale et un accès raisonnable à Internet et à l'utilisation des images.

Mais, pour le futur, les programmes transhumanistes nous promettent que l'homme de demain sera augmenté par l'intelligence artificielle et l'hybridation grâce à des nano-composants électroniques; il ne risquera pas de développer une maladie neuro-végétative, ni de ressentir de la fatigue, ni de vieillir trop vite, tout en améliorant sa perception et ses capacités mnésiques. La thèse transhumaniste est, de toute évidence, en totale contradiction avec les observations du terrain et probablement que la perte progressive des compétences naturelles (que l'on constate dans les études sur les enfants confrontés tôt à des écrans) entraînera, à long terme, un recours accru aux technologies afin de compenser les difficultés d'adaptation. Les mécanismes à l'œuvre sont proches de ceux signalés dans l'addiction. Notons que l'utilisation des écrans dans les interactions sociales est devenue systématique et incontournable, ce qui démontre la contamination par les images à une très large échelle; les rencontres et les sujets de discussion abordés sont dorénavant basés sur des contenus Internet et des images (personnelles ou celles d'autrui) qui introduisent en permanence un écran dans l'échange. L'écran est à la fois un médiateur et une prolongation de soi, accessoire indispensable qui fait de nous déjà des humains augmentés par la technologie; cette configuration déjà en place nous donne probablement un aperçu, minimal, de ce à quoi ressemblera la société future.

Le pouvoir absorbant des images pose également des questions philosophiques qui vont

8 Lavallée, G. (1999). *L'enveloppe visuelle du moi*. Paris: Dunod.

au-delà de l'éthique et devrait, à l'avenir, susciter de véritables débats quant aux enjeux sociétaux et individuels d'un accès illimité aux images et à Internet. Pour Patrick J. Brunet⁹, qui étudie les problèmes éthiques (liés à la violence, aux identités, etc.) soulevés par l'utilisation d'Internet, l'éthique pourrait se définir comme «l'ensemble des valeurs fondamentales à partir desquelles les êtres humains se positionnent et interagissent les uns par rapport aux autres dans le souci du respect mutuel, de la garantie de la dignité humaine et du bien commun» (p. XIV). En cela, l'accès à un usage personnel des images va également au-delà de la morale et du rapport à autrui et dépasse la question éthique tout à restant à ses marges et en posant conjointement des questions de santé publique.

Si l'hypothèse est juste – bien qu'elle reste à un stade spéculatif malgré des études qui confirment les effets négatifs d'une confrontation précoce et accrue aux images – c'est-à-dire que si la prééminence de la pulsion scopique l'emporte, dans la société actuelle, sur la pulsion de savoir et de se confronter au monde réel comme à autrui, il serait important d'étudier les moyens pouvant prévenir une dégradation plus générale des compétences cognitives et relationnelles des nouvelles générations.

Nous n'avons fait qu'esquisser ici une série de points de vue reliant images et rationalité qui ont soulevé de plus en plus d'interrogations (restées sans réponse). Il n'est pas question de sombrer dans une vision passéiste, puisque personne ne peut dire qu'avant, c'était mieux. Ni de céder à la tentation de dire que tout va mal, bien que, dans l'ensemble, le tableau de la société actuelle suscite beaucoup d'inquiétudes, ce qui tend à confirmer la thèse d'une perte de rationalité. Mais la lutte contre l'inhumanité et la barbarie n'a-t-elle pas toujours été le quotidien de toutes les époques? Freud avertit, dans *Malaise dans la culture* (1930) que tout a été mis en œuvre, par la civilisation, pour remédier à nos souffrances; paradoxalement, constate-t-il, la civilisation, historiquement, a toujours été condamnée puisque l'homme ne peut pas supporter l'idéal culturel que lui impose la société. Parmi les désillusions provoquées par l'évolution des humains, Freud

9 Brunet, P. J. (2003). *Ethique et internet*. Les Presses de l'Université Laval.

situe le progrès technique qui, malgré les avancées considérables qui sont source de fierté notamment dans le domaine de la santé, n'a pas rendu l'homme plus heureux.

En dépit de la déception et du pessimisme freudiens, il n'est peut-être pas trop tard ni inutile d'apprécier à leur juste valeur les comportements reliés aux managements des images et aussi d'en saisir les périls afin de se prémunir des dérives et des conséquences négatives que cela peut provoquer.



Le besoin de croire

Métapsychologie du fait religieux

Liviu Poenaru

Sophie de Mijolla-Mellor

Collection: Psychismes, Dunod, 2004, 312 pages, 155x240mm, EAN13: 9782100082124

La question du religieux a été abordée dans les numéros précédents de notre journal, d'abord à travers un article proposé par Peter Schulthess qui s'intéressait à la place de la spiritualité individuelle dans la thérapie; cet écrit a suscité une série de réactions parmi nos lecteurs dont les commentaires ont été ultérieurement publiés. Cette note de lecture reprend le thème de la croyance et du religieux sous un angle métapsychologique, en examinant la dynamique du besoin de croire, qui semble aussi fondamental que celui d'exister.

L'actualité met le fait religieux au cœur des phénomènes internationaux du moment. Parallèlement, on nous apprend que les jeunes se tournent de plus en plus vers la religion (en 8 ans, le nombre de jeunes se rattachant à une religion est passé de 34 à 53%, annonce le quotidien le Figaro¹). Entre phénomènes scientifiques, technologie et religion, la recherche d'une approche qui convienne au bien-être personnel devient compliquée et les questionnements quant à leurs relations se multiplient, au même titre que les déceptions induites par le rêve techno-scientifique moderniste ayant promis un avenir radieux à l'humanité. En dehors du fait religieux, le besoin de croire semble triompher dans tous les domaines et attire l'attention sur une composante anthropologique essentielle qui mérite d'être étudiée à travers ses motivations inconscientes.

Freud effectue ses propres recherches afin de comprendre la puissance, l'origine et le rôle du fait religieux dans l'organisation sociale. *Totem et tabou*, paru

1 <http://etudiant.lefigaro.fr/bac/bac-actu/detail/article/les-jeunes-se-tournent-de-plus-en-plus-vers-la-religion-21271/>

en 1913, s'intéresse à la prohibition de l'inceste et à la formation du tabou ainsi qu'à leur relation avec la névrose obsessionnelle et l'ambivalence affective. Dans *L'avenir d'une illusion* (1927), il étudie les frustrations, les privations et les contraintes provoquées, au sein des sociétés, par la civilisation qui oblige les individus à se tourner vers des satisfactions secondaires substitutives (idéaux, réalisations artistiques, illusions, etc.) qui naissent du refoulement. Les idées religieuses et la figure du père auraient alors pour fonction de compenser les frustrations. *Malaise dans la culture* (1930), traduit souvent par *Malaise dans la civilisation*, questionne la possibilité de la civilisation de tendre vers un progrès suffisant pour permettre à l'humanité de surmonter les pulsions destructrices qui l'animent; la religion est conçue ici comme l'un des remèdes pour supporter une vie trop dure pour nous. Avec la religion, l'idée d'une finalité de la vie se maintient et s'effondre en même temps que le système religieux. Son dernier ouvrage de 1939, *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, achevé durant son exil à Londres, expose une théorie nouvelle sur les origines de Moïse et de la religion juive.

Sophie de Mijolla-Mellor part de l'hypothèse que la récurrence freudienne de la préoccupation concernant le fait religieux tient à une insatisfaction permanente menant Freud à poursuivre inlassablement son enquête. Mijolla-Mellor formule alors une deuxième hypothèse: l'élément affectif, qui fait le fond et non la forme de la croyance, reste toujours disjoint de l'argumentation intellectuelle. L'auteure examine la même hypothèse dans les processus de construction théorique, mus en partie par la passion intellectuelle qui est, elle aussi, d'essence affective donc inconsciente et pouvant conduire à des variations et des dérives de la raison: «La régression théorisante



implique une plongée dans l'intime d'où seule pourra naître la certitude qui étaye la théorie, au moins dans le moment de construction.» (p. 3) Mais analyser la dimension inconsciente inhérente n'implique pas la perte de sa valeur épistémologique, alors que le mouvement affectif de l'adhésion qui accompagne la certitude obtenue relève lui aussi du croire.

Ce livre explore, à partir des propositions théoriques freudiennes et de leur construction, le besoin de croire et ses diverses manifestations: l'aliénation idéologique, la conviction délirante, l'art, la croyance religieuse, la croyance en une théorie, etc. Au-delà de la clinique du fait religieux, c'est son approche théorique telle que Freud l'a laissée qui entraîne l'auteure vers un réexamen rendu nécessaire par l'évolution historique actuelle.

L'ouvrage de Sophie de Mijolla-Mellor est divisé en trois parties. La première, intitulée *Source et genèse du besoin de croire*, part de Dieu comme représentation et comme affect; c'est de ce dernier que relève la religion. Sans méconnaître

la dimension théologique, Freud formule une approche spécifique dont les principaux éléments sont la nostalgie (vécu névrotique) et le sentiment océanique (réduit à un désir nostalgique pour le père et plus anciennement pour la mère); l'auteure confronte ces deux éléments à la notion de raison mystique et d'ivresse transcendante.

La genèse du besoin de croire ne tient pas à une représentation de chose issue d'images mnésiques, mais à une construction à partir d'une nécessité de représentation et d'un vide représentatif correspondant auquel le terme de Dieu a été apposé: «Nous situerons l'origine de cette représentation dans l'énigme par excellence, celle de la mort et dans les modalités de sa représentation telles que Freud les examine, qui se présentent comme autant de tentatives de déni de la nihilisation que comporte l'expérience de la mort, celle d'autrui étant toujours par anticipation celle du sujet lui-même» (p. 35). La culpabilité est proposée par Freud, dans *Totem et tabou*, comme une des origines du besoin de croire; elle est induite par le repas totémique. La genèse du besoin de croire est étudiée aussi à travers le déni de l'expérience de la mort par le rachat et la résurrection ainsi que par le progrès dans la spiritualité.

Dans la deuxième partie, *Les issues profanes et sacrées du besoin de croire*, Sophie de Mijolla-Mellor s'intéresse, toujours à partir des interrogations de Freud, aux issues du besoin de croire lorsque la religion n'offre plus soutien et consolation à l'individu. Freud propose, en 1930, les remèdes sédatifs comme issues à une vie trop dure, qui apporte

trop de douleurs, de déceptions et de tâches insolubles. Dans cette partie sont examinés, parmi les solutions profanes, les diversions, les substitutions ou les dérivations possibles, l'exigence éthique et épistémologique, le dogme et la réalisation de désir, la pathologisation du fait religieux, les idéaux et les phénomènes passionnels. Les ivresses sacrées sont proposées par Freud parmi les méthodes que l'individu peut utiliser pour supporter la réalité; elles sont appréhendées ici à partir de la fusion avec le divin, la mystagogie², l'immanence du sacré dans l'art, l'extase et le délire. L'objectif de Mijolla-Mellor est de développer l'hypothèse originale selon laquelle «l'une des plus importantes sources du besoin de croire n'est ni la culpabilité à l'égard du père, ni le désir d'être protégé par lui, mais le besoin d'établir une contre-force opposable à la mélancolie, née de la perte des illusions à la fois sur l'omnipotence narcissique infantile et sur les capacités parentales de réaliser un tel idéal» (p. 120).

Cette partie se termine par l'étude du besoin de croire jusqu'à la théorie délirante; l'auteure analyse la conviction délirante issue d'un doute insupportable et destructeur qui opère dans la psyché une «prothèse de certitude, faute de pouvoir tolérer les demi-teintes du relatif et la dialectique des opinions» (p. 163).

La troisième partie, *Le besoin de croire dans la théorie*, raconte les relations passionnées, les colères, les espoirs et les souffrances d'individus dont le point commun était la recherche du fonctionnement de la psyché. Sans faire œuvre d'historienne, l'auteure part de la certitude que la recherche intellectuelle et

les affects qui s'y attachent inévitablement, met en jeu autre chose que l'intellect au sens d'un raisonnement froid auquel on veut bien croire. Puisque ces passions de la raison sont toujours accompagnées d'angoisses, de découragements, de doutes, de méfiance à l'égard des risques de vol de connaissances, de l'envie de provoquer des progrès plus rapides, etc. C'est notamment dans la correspondance de Freud, plus proche de l'intime, que Sophie de Mijolla-Mellor part à la recherche des mouvements affectifs qui colorent la recherche freudienne, en étudiant le besoin du théoricien d'être cru et les relations qu'entretiennent dogme, découverte et théorie.

En résumé, cet ouvrage m'a semblé important non seulement pour ses apports quant à la compréhension du fait religieux, dont l'actualité nous imprègne tous les jours, mais essentiellement en raison des clés de compréhension qu'il propose afin de comprendre un besoin partagé par nous tous et qui semble être l'essence même du psychisme. Pour ceux qui s'intéressent au processus de construction théorique tant en sciences qu'en psychanalyse et dans les autres disciplines à vocation théorisante, il est intéressant d'en saisir la part de croyance et de subjectivité qui mobilise l'assemblage et l'architecture de la connaissance.

Sophie de Mijolla-Mellor est philosophe de formation, psychanalyste et professeure émérite de psychopathologie et psychanalyse de l'Université Paris-Diderot. Elle est l'auteure notamment du *Plaisir de penser* (1992), *Le besoin de savoir* (2002) et *La mort donnée. Essai de psychanalyse sur le meurtre et la guerre* (2011).

2 Étymologiquement, initiation aux mystères (de la foi).