



Forum Österreich

AUS DEM ÖBVP

- S 125 Brief des Präsidenten
- S 126 Fastenbauer, D.: „Die Seele zum Lächeln bringen“
- S 127 Gerontopsychotherapie
- S 127 Leserbriefe

AUSBILDUNG – FORTBILDUNG – WEITERBILDUNG

- S 130 „Arbeit mit Blinden und Sehschwachen“

AUS DEM PSYCHOTHERAPIEBERAT –
GESUNDHEITSMINISTERIUM

- S 132 Ethik-Rubrik: Neubauer, C.: Berufsethisches Gremium des ÖBVP (BEG)
- S 135 Erkinger, I.: Beschwerdestelle und Schlichtungskommission des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie



SCHWEIZER CHARTA
FÜR PSYCHOTHERAPIE

A S P V

Forum Schweiz/Suisse

- S 137 Editorial: Leserbriefe
- S 138 Editorial: Courrier des lecteurs
- S 139 Leserbriefe
- S 142 Courrier des lecteurs
- S 146 Bericht aus der Schweizer Charta für Psychotherapie
- S 147 Die Frage nach der Wissenschaftlichkeit der Verfahren wird angegangen

- S 148 www.psychotherapie.ch: Die Charta auf dem Internet
- S 148 Nouvelles de la Charte suisse pour la psychothérapie
- S 148 La Charte aborde la question du fondement scientifique des méthodes
- S 149 www.psychotherapie.ch: La Charte sur le Web
- S 150 Bericht aus dem SPV: Psychotherapie in der Gesellschaft verankern
- S 150 Nouvelles ASP: Etablir la psychothérapie dans la société



Forum Deutschland

- S 153 Editorial
- S 154 Mitgliederversammlung des DVP vom 25. 9. 1999. Kurzer persönlicher Bericht
- S 155 ECP jetzt beantragen
- S 155 Kammer, D.: Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000
- S 156 Kassenpsychotherapeutische Praxen in ihrer Existenz bedroht
- S 156 Gefährdung der Psychotherapie durch ICD-10
- S 157 Resolution zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie
- S 158 Körperpsychotherapeuten sehen ihre Methode diffamiert
- S 158 Vier Psychologieprofessoren fordern breite Offensive gegen Esoterikboom
- S 159 Schreiben an den BDP-Präsidenten L. Hellfritsch

Fortsetzung umseitig

- S 160 Gemeinsame Erklärung der deutschen
Ausbildungsinstitute für Bioenergetische
Analyse und des Deutschen Verbands für
Bioenergetische Analyse
S 160 Kriz, J.: Stellungnahme zum
„Report Psychologie“-Beitrag:
„Vier Psychologieprofessoren fordern
breite Offensive gegen Esoterikboom“
S 161 Thielen, M.: Presseerklärung

Psychotherapie International

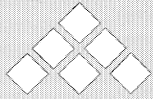
- S 165 Vitzthum, M.: Systemvariablen von
Psychotherapie – ein Kulturvergleich
S 168 VERANSTALTUNGSKALENDER

Beiträge für das Supplement sind zu richten an:

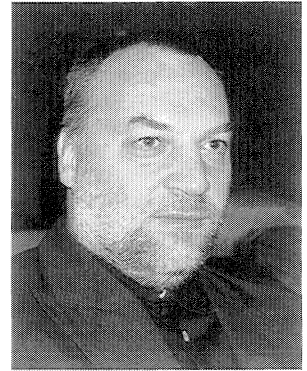
*Frau Eva Kutschera, ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/7, A-1010 Wien, bzw. an Herrn Dr. Mario Schlegel,
Scheuchzerstrasse 197, CH-8057 Zürich, bzw. an Frau Gisela Steinecke, Rathausgasse 10,
D-63739 Aschaffenburg*

Anfragen an den nationalen Verband sind zu richten an:

*Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), Rosenbursenstraße 8/7, A-1010 Wien,
Fax 0043/1/512 70 914, bzw. Schweizer Psychotherapeuten-Verband (SPV/ASP), Weinbergstrasse 31,
CH-8006 Zürich, Fax 0041/1/262 29 96, Schweizer Charta für Psychotherapie, Guggeienhof 23,
CH-9016 St. Gallen, Tel./Fax 0041/71/2800524, bzw. Deutscher Dachverband für Psychotherapie,
c/o VAS Verlag, Kurfürstenstraße 18, D-60486 Frankfurt/M., Fax 0049/69/707 39 67*



Aus dem ÖBVP



Brief des Präsidenten

Kassenvertrag ante Portas?

Nun ist das wahrscheinlich letzte Verhandlungskapitel mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger vor der Abstimmung in der Bundeskonferenz am 22. 1. 2000 aufgeschlagen.

Die Wogen gingen hoch in den letzten Monaten, Initiativen für und gegen den Vertrag haben sich gebildet, so wurden buchstäblich alle Argumente in der Fachöffentlichkeit diskutiert. Natürlich soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass diese vielen Papiere – und deren Versendung, meist österreichweit – den ÖBVP auch eine Stange Geld gekostet haben. Doch ich denke, dies ist es wert, geht es doch darum, eine Entscheidung zu treffen, die wesentlich für die Zukunft unseres Berufes ist.

Interessanterweise waren die Stimmen, die sich prinzipiell gegen einen Vertrag richteten, ziemlich leise, das Getöse gab es um die Höhe der Zugangskriterien bzw. wie weit solche überhaupt akzeptabel sind. Der öffentliche Proteststurm half dem Verhandlungsteam zweifelsohne, entsprechende Verbesserungen zu erzielen. Nun ist die letzte Nachverhandlungsrunde im Gange, wenn Sie diese Zeilen lesen, wird schon entschieden sein, ob das Verhandlungsteam unsere Ziele der Verminderung möglicher Einstiegshärten erreicht hat.

Es ist ja nicht unbekannt, dass ich für den Gesamtvertrag eintrete, auch nicht mit allem glücklich, aber pragmatisch angesichts der derzeit existierenden Möglichkeiten der Krankenkassen, die derzeit wieder einem

strukturellen Defizit entgegenschlitern. Die zuständigen Direktoren der Krankenkassen haben auch unmissverständlich erklärt, dass sie einer Neuverhandlung, wie es sich viele in unseren Reihen wünschen, nicht mehr nähertreten wollen.

So stehen wir zwischen Ideal und Wirklichkeit, einerseits lockt uns das Geld und die volle Mitwirkung im Gesamtgesundheitswesen – manche auch die soziale Verantwortung –, andererseits haben aber auch Enthaltsamkeit und „Armut“ eine Attraktion. Es ist offen, ob sich eine Zweidrittelmehrheit (eine einfache Mehrheit existiert bereit) für die Annahme des Kassenvertrages entscheiden wird (nicht unwesentlich wird der Erfolg bei den Nachverhandlungen sein). Klar ist jedenfalls, dass die Diskussion um den Kassenvertrag uns allen insofern sehr gut getan hat, als wir erfahren mussten, dass es unterschiedliche Ansichten derselben Sache gibt, die alle ihre Berechtigung haben, und dass die Identität der Psychotherapie weder von der Annahme noch von der Ablehnung des Kassenvertrages abhängt.

Und noch etwas hat sich erstmals gezeigt: dass das Internet nicht nur im Kommerz seine propagandistische und diskursive Wirkung entfalten kann, sondern auch unter Psychotherapeuten/innen ein brauchbares Kommunikationsinstrument darstellt. Und ist es brauchbar für uns, so darf gefragt werden, ob es nicht auch ein brauchbares Werkzeug zur Gesundung unserer Patienten in der Zukunft sein wird?

Wien, am 2. 12. 1999
Alfred Pritz

D. Fastenbauer

„Die Seele zum Lächeln bringen“

1. Symposium der Arbeitsgruppe Gerontopsychotherapie (ÖBVP)

Am 1. und 2. Oktober 1999 veranstaltete die Arbeitsgruppe Gerontopsychotherapie im Hörsaal A des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) in Wien ihr 1. Symposium.

Ziel sollte sein, auf das Thema „Psychotherapie mit älteren Menschen und deren Angehörige“ aufmerksam zu machen und zu sensibilisieren. Psychotherapeuten/innen sollten ermuntert werden, sich mit dieser wichtigen Thematik auseinanderzusetzen und mehr über die (leider noch immer oft bestrittene) Sinnhaftigkeit von Gerontopsychotherapie zu erfahren.

Überhaupt sollten im Altenbereich Tätige mehr über die Möglichkeiten und Ziele der Gerontopsychotherapie informiert werden.

Weiters wollten wir die neue „Gerontopsychotherapeuten/innen-Liste des ÖBVP“ präsentieren, einer Liste von in der Arbeit mit älteren Menschen und deren Angehörigen erfahrenen Psychotherapeuten/innen. In diese Liste können sich Psychotherapeuten/innen eintragen lassen, wenn sie gewisse Kriterien erfüllen, u.a. den Nachweis von mindestens 250 Stunden psychotherapeutischer Arbeit mit älteren Menschen, mindestens 50 Stunden Supervision und einschlägige Fortbildung.

Mit diesen Zielen vor Augen begannen wir mit der Planung des Symposiums.

Zu unserer Freude fand die Idee rasch große Zustimmung, und international renommierte Referenten/innen (aus den USA, Deutschland und Österreich) waren bereit mitzukommen.

Die große Anzahl der Teilnehmer (u.a. Psychotherapeuten/innen, Leiter/innen von Alten- und Pflegeheimen und geriatrischen Abteilungen von Spitälern, Pflegepersonal) aus ganz Österreich bestätigte dann auch das rege Interesse an der Thematik und an den Vortragenden.

Prof. Dr. Alfred Pritz, Präsident des ÖBVP, sprach „Über die Zukunft der Gerontopsychotherapie.“ Die Möglichkeiten, Ziele und auch die Notwendigkeit der Versorgung von bald

einem Drittel der österreichischen Bevölkerung wurden angesprochen, aber auch die Schwierigkeit der Finanzierung für viele ältere Patienten/innen und deren Angehörigen. Daher ist Psychotherapie auf Krankenschein gerade für diesen Personenkreis besonders notwendig und dringend.

OA Dr. Michael Rainer, SMZ-Ost Wien, Gerontopsychotherapie und Leiter der Memory Clinic, sprach über „Die Welt der Psychopharmaka für ältere und alte Menschen“.

Er erwähnte die überproportional hohe Anzahl von ärztlichen Verschreibungen von Psychopharmaka bei älteren Menschen und machte aufmerksam, wie wichtig es sei, sorgfältig zu dosieren und zu bedenken, dass der Abbau von Medikamenten bei älteren Menschen langsamer erfolgt als bei jüngeren. Durch den langsameren Abbau der Medikamente kommt es zu einer deutlich erhöhten Empfindlichkeit für therapeutische Wirkung, aber auch zu deutlich erhöhten unerwünschten Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Medikamenten.

Neue Medikamente, auf die große Hoffnungen gesetzt werden, wurden in Hinblick auf ihre Wichtigkeit in der Behandlung der Alzheimer-Krankheit erwähnt.

Primaria Dr. Marion Kalousek, Psychiatrisches Krankenhaus der Stadt Wien, Baumgartner Höhe, strich die Wichtigkeit der Kooperation von Psychiatrie und Psychotherapie heraus. In ihrem Vortrag betonte Frau Dr. Kalousek, dass es zu den vordringlichen gesundheitspolitischen Aufgaben gehöre, älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zu modernen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten sowie Psychotherapie und soziotherapeutischen Hilfen zu ermöglichen.

Prof. Dr. Erich H. Loewy, University of California, sprach über „Ethische Probleme am Lebensende“.

Prof. DDr. Peter Fischer, AKH Wien, Psychiatrie, sprach über „Depression im Alter“, und dass das Alter an sich

schon aus verschiedenen Gründen depressiogen sei, besonders durch die Vielzahl an verschiedenen Veränderungen wie z. B. durch Pensionierung, Wegziehen der Kinder, körperliche Einschränkungen und soziale Verluste. Prof. Fischer betonte, dass Psychotherapie im Alter besonders wirksam sei, bedauerte aber, dass diese aus welchen Gründen auch immer noch viel zu selten durchgeführt werde.

Dr. R. Niki Harramach, Unternehmensberater in Wien, sprach über „Kosten- und Nutzen-Analyse, Psychotherapie im Alter“.

Doz. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden, beleuchtete die „Transkulturellen Aspekte im Umgang mit älteren und alten Menschen“, wobei er die Vorteile von Großfamilien für den älteren Menschen in manchen Kulturen betonte. Zum Vergleich stellte er die Vorteile, aber auch Nachteile der modernen Sozialgesetzgebung gegenüber, deren soziale Einrichtungen viele Aufgaben der Großfamilie übernehmen müssen.

Prof. Dr. med. Marianne Springer-Kremser, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, AKH Wien, sprach über das Tabuthema „Sexualität im Alter“, wobei sie über das Vorurteil vom asexuellen Alter und das Nichtwissen und Nichtdürfen durch die Gesellschaft sprach. Wichtig sei es, über die körperlichen Veränderungen beim älteren Menschen Bescheid zu wissen, die jedoch die Fähigkeit, Sexualität zu genießen, nicht beeinflussen sollten.

Prof. DDr. Rolf D. Hirsch, Abt. für Gerontopsychotherapie, Rheinische Kliniken Bonn, referierte zum Thema „Psychotherapie im Alter – geht das noch?“. Prof. Hirsch wies darauf hin, dass längst nachgewiesen ist, dass Psychotherapie bei älteren Menschen erfolgsversprechend und ökonomisch ist, obwohl noch immer das Denken „im Alter lohnt sich das nicht“ oder „Ältere wollen keine Psychotherapie“ vorherrscht. Dazu kommen noch viele andere Barrieren, die den Zugang einschränken oder gar unmöglich machen.

Prof. Hirsch erörterte sehr ausführlich die häufigsten Indikationen für Psychotherapie für ältere Menschen und zeigte auf, welche Aspekte besonders berücksichtigt werden sollten.

Inzwischen sind erfreulicherweise sehr positive Rückmeldungen von den

Zuhörern eingelangt und das verantwortliche Team (Doris Fastenbauer, Efrat Karlitzky, Hans Mauder, Elisabeth Töpel) kann mit dem Erfolg sehr zufrieden sein. Was nicht heißen soll, dass wir es beim nächsten Mal nicht noch besser machen wollen.

*Doris Fastenbauer
Leiterin d. Arbeitsgruppe
Gerontopsychotherapie (ÖBVP)
Seilerstätte 10III/217
A-1010 Wien
Tel./Fax: 01/513-32-26 od.
0664-513-32-26*

Gerontopsychotherapie

„Psychotherapeutische Begleitung für älter werdende und alte Menschen wird *dringend* benötigt“

Das war die sichere Aussage der Teilnehmer/innen und Vortragenden des ÖBVP-Symposiums Anfang Oktober 1999 in Wien, AKH, „Die Seele zum Lächeln bringen“ (siehe auch Bericht Fastenbauer).

Über 140 Teilnehmer/innen aus ganz Österreich, Leiter/innen von Pflegeheimen, Psychotherapeuten/innen, Krankenschwestern, Pfleger, Altenbetreuer/innen und Ärzte/innen und andere in diesen Berufsfeld Arbeitende nahmen sich 2 Tage Zeit, um zu aktuellen Themen der Gerontopsychotherapie und Gerontopsychiatrie Wichtiges zu erfahren und zu diskutieren. Psychotherapie als wichtige Ergänzung zur medikamentösen, psychiatrischen Behandlung älterer und alter Menschen bekannt zu machen war das Ziel, und es wurde mit sehr gutem Erfolg erreicht.

Die Nachfrage im Bundesbüro nach der ÖBVP-Gerontopsychotherapeuten/innenliste ist nach der Pressekonferenz vor der Veranstaltung und den daraus folgenden sehr guten Pressemeldungen vehement gestiegen, auch wollen viele Kollegen/innen in der nächsten Liste aufscheinen.

Spezielle Nachfrage gibt es von den Alten- und Pflegeheimen, auch die Möglichkeit eines Hausbesuches der/s Psychotherapeuten/in wird von pflegenden Angehörigen und Klienten/innen mit großem Interesse aufgenommen. Die behindertengerechte Einrichtung der Praxis ist von Vorteil, barrierefreier Zugang (Rampen für Rollstuhl etc.) sowie behindertengerechtes WC (für Rollstuhlfahrer) ist gewünscht.

Somit konnte mit der Informationsveranstaltung ein erster Schritt in ein neues/altes Behandlungsfeld gestartet werden. Es sind weitere Veranstaltungen zu diesem Thema für 2000 geplant, wir werden Sie zeitgerecht informieren.

Elisabeth Töpel, Präsidium

Leserbriefe

Betreff: Bilek, H. P. et al. (1999) Erhebung über die aktuelle Situation der psychosozialen Betreuung von Krebspatienten an Institutionen in Österreich. Psychotherapie Forum 7 [Suppl]: S46ff

Mit den Autoren/innen bin auch in der festen Überzeugung, dass die psychosoziale Unterstützung von Krebspatienten fast überall zu kurz kommt. Die positive Entwicklung, die die Psychoonkologie mit ihren Bemühungen, sich im wissenschaftlichen Bereich zu etablieren, nimmt, zeitigt gerade in den letzten Jahren durch

vielfältige engagierte Arbeit den unbedingt notwendigen Erfolg.

Gerade deshalb halte ich es auch für dringend notwendig, Studienergebnisse angemessen wiederzugeben und nicht unter dem Aspekt der eigenen Arbeitsplatzsicherung zu interpretieren und unkritisch verkürzend darzustellen. Im Einzelnen:

- Nach derzeitigem wissenschaftlichen Stand kann davon ausgegangen werden, dass ca. 30% der Krebspatienten/innen einen psychosozialen Behandlungsbedarf¹ haben. Also *nicht* alle!
- Die Ergebnisse der Spiegel-Studie sind bisher nicht reproduzierbar gewesen, Spiegel und Mitarbeiter arbeiten an einer zweiten Studie. Die überwältigende Wirkung, die in der ersten Studie gefunden wurde, schlägt so ziemlich alles, was bisher über psychologische Einflussfaktoren auf Krankheiten Konsens ist.² Es bleibt abzuwarten, ob die Ergebnisse replizierbar sind.
- In der Kuchler-Studie, bisher eine der aussagekräftigsten, wurde in der psychosozial betreuten Gruppe phasengerechter und radikaler operiert als in der Vergleichsgruppe. Die Forschungsgruppe arbeitet noch an einer entsprechenden Auswertung, die abzuwarten wäre, bevor man so weitreichende Schlüsse zieht wie Ihre Autoren. Phasengerechtere und radikalere Operation gilt im Bereich der Kolonkarzinome gemeinhin als wichtigster Einflussfaktor auf die Überlebenszeit.
- Dem Gießkannenprinzip der „ganz einfach gestalteten Unterstützung z. B. über Selbsthilfegruppen“ steht die Erkenntnis gegenüber, dass gerade „Interventionen, die speziell den individuellen Bedürfnissen der Patienten angepasst sind, größeren Einfluss auf den Grad des Leidens / der Verzweiflung, Fatigue, Sexualprobleme, Selbstkonzepte und gesundheitliche Kontrollüberzeugung haben als hochgradig strukturierte Beratungsinterventionen oder verhaltenstherapeutische Interventionen“.³
- In diesen Zusammenhang gehören auch Konzepte wie das des „fighting spirit“, der meines Wissens von Greer und nicht von Goodare geprägt wurde, die aber vor allem in diesen verhaltenstherapeutischen Bereich zielen. Wer diesen „spirit“ nicht hat oder nicht

¹ Koch/Weis (1998).

² Vgl. z. B. zum Bereich Psychoimmunologie: Klosterhalfen/Klosterhalfen in: Uexküll (1996).

³ Spencer/Carver/Price in: Holland (1998).

erreichen kann, unterschreibt quasi sein frühzeitiges Todesurteil. Nicht besonders hilfreich in Situationen, die häufig von Angst und Depression gekennzeichnet sind. Auch die Professionals, die unter diesem Diktum (wie auch dem des allgemein positiven Einflusses psychosozialer Intervention) agieren, setzen sich unter enormen Erfolgsdruck! Was passiert, wenn die Intervention das Leben NICHT verlängert? Wäre es nicht heilsamer, die Dimension der Endlichkeit des Lebens und des Scheiterns von Lebensentwürfen wieder in ihr Recht zu setzen und den Umgang damit zu erlernen?

- Fast zuletzt (ich möchte mich beschränken) bleibt noch anzumerken, dass die phasengerechte Intervention in dem vorgestellten Konzept gar keine Rolle spielt. So wie die Krankheit i. d. R. verschiedene Phasen durchläuft, so ist auch der Interventionsbedarf nicht zu allen Zeitpunkten und für alle Personen gleich.
- Und last not least ist auch bekannt, dass grundsätzlich unabhängig vom individuellen Gesundheitszustand die Qualität des sozialen Umfeldes die Überlebenszeit maßgeblich beeinflusst. So liegt die „relative alterskorrigierte Sterblichkeit der sozial am meisten isolierten (...) gegenüber sozial am besten integrierten Personen bei 2,3 (für Männer) bzw. 2,8 (für Frauen)“.⁴ So können, bei entsprechender Gruppenzusammensetzung, lange Überlebenszeiten aus ganz anderen Gründen vorliegen. Ganz abgesehen davon, dass durch diese Studie der Einfluss psychosozialer Interventionen deutlich relativiert wird.

Interessant ist doch auch, dass z. B. Konzepte des Patiententrainings⁵ vor allem im Kommunikationsbereich recht erfolgversprechende Ergebnisse zeigen. Also die geförderte Selbstständigkeit von Patienten möglicherweise wichtiger ist als das professionelle „An die Hand nehmen“. Viele Patienten/innen können ganz gut allein, sie haben es vielleicht manchmal einen Augenblick lang vergessen.

⁴ Pauli in: Uexküll (1996).

⁵ Roter Fallowfield in: Holland (1998).

Aus den insgesamt recht vorsichtigen Tönen, die im Bereich der Interventionsstudien angeschlagen werden,⁶ und den unübersichtlich vielen Variablen, die zu berücksichtigen wären, scheint es mir sinnvoll, nicht in Richtung professioneller Intervention zu denken, wenn es um Patientenunterstützung geht, sondern in Richtung Weiterbildung der Health-Professionals im Bereich Psychoonkologie und Weiterbildung der Patienten/innen in Richtung salutogenetischer Konzepte und Kommunikationsfähigkeit im Umgang mit Professionals und sozialem Umfeld.

Schade, dass Sie in einem so wichtigen Feld wie dem der psychosozialen Unterstützung von Krebspatienten so kurz greifende Darstellungen veröffentlichten.

⁶ Vgl. fast alle entsprechenden Artikel in Holland (1998).

Literatur

- Holland J (1998) Psychooncology. Oxford University Press, New York Oxford
 Koch U, Weis J (1998) Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Der Förderschwerpunkt „Rehabilitation von Krebskranken“. Schattauer, Stuttgart
 Strittmatter G (1997) Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten. Waxmann (Intern. Hochschulschriften 228)
 Uexküll T von, Adler RH et al (1996) Psychosomatische Medizin, 5. neubearb. u. erw. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore

Ralf Müller-Kind
 Hermannstraße 20, D-33824 Werther
 Tel. +49 5203 3350, Fax 7971
 Kaisermannstraße 411
 A-6900 Bregenz
 Tel. +43 5574 65506

Betreff: Bilek, H. P. et al. (1999) Erhebung über die aktuelle Situation der psychosozialen Betreuung von Krebspatienten an Institutionen in Österreich. Psychotherapie Forum 7 [Suppl]: S46ff

Ich habe Ihren Artikel mit Interesse gelesen und möchte mich in meiner Wortmeldung auf zwei Punkte Ihrer Einleitung beziehen:

Sie schreiben einmal, dass mehrere Studienergebnisse gezeigt haben, dass psychosoziale Betreuung lebensverlängernd wirkt. Meines Erachtens ist dies eine verkürzte und vereinfachte Aussage, die so nicht stimmt. Eine Reihe von Untersuchungen belegt die Effektivität von psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen zur Reduktion von Distress und zur Erhöhung von Lebensqualität. Aber zur Frage der Lebensverlängerung durch psychosoziale Betreuung zeigen die Studien sehr widersprüchliche Ergebnisse. Und auch jene Studien, die Lebensverlängerung zeigen, sind auf dem Hintergrund dieser Frage genauer anzuschauen. Die Studie von Küchler z. B. zeigte, dass der Hintergrund der Lebensverlängerung phasengerechtere Operationen waren; dass durch psychosoziale Interventionen die Kommunikation mit den Behandlern verbessert werden konnte und dies sich auf die medizinische Behandlung auswirkte.

Meines Wissens lässt der Forschungsstand bezüglich der Auswirkung von Coping und sozialer Unterstützung auf den Krankheitsverlauf bislang keine zuverlässigen Schlussfolgerungen zu.

Zum zweiten Punkt: Die Aussage „Ein fighting spirit erhöht die Chancen, die Krankheit zu bewältigen“ ist für mich ebenso eine vereinfachte und verkürzte Aussage und kann bei Krebsbetroffenen und ihren Angehörigen Druck und Schuldgefühle verstärken. Ich denke, dass maßgeblich die Persönlichkeit und die Phase der Erkrankung mit zu sehen sind. Bewältigungsstrategien, die in einer Phase wichtig und effizient sind, können in einer nächsten Phase eher nachteilig sein. Auch dazu gibt es in der Literatur widersprüchliche und unterschiedliche Angaben. Meines Erachtens besteht die Gefahr, dass bestimmte individuelle Bewältigungsmuster abgewertet werden und dass Betroffenen vermittelt wird, dass emotionelles Verhalten eine ungeeignete Form der Bewältigung sei. Ich denke dabei an Angst, Trauer, Depression oder Regression. Es ist

offen, ob in einer krisenhaften Situation dieses Verhalten nicht vielleicht doch vorteilhafter sein könnte. Die Coping-Forschung kann noch keine klaren Erkenntnisse über die „ideale“ Bewältigungsstrategie bieten. So denke ich, dass erkrankte Menschen

darin bestärkt und unterstützt werden sollten, ihren individuell gangbaren Weg zu gehen. Vielleicht ist die Aufforderung des „fighting spirit“ an den Erkrankten auch eine Frage an die Begleiter und an deren Ohnmacht und Hilflosigkeit.

*Dietlinde Baldauf
Psychotherapeutin und
Dipl. Sozialarbeiterin
Leiterin der Beratungsstelle der
Vorarlberger Krebshilfe
Ang.-Kaufmann-Straße 8/7/27
A-6845 Hohenems*

Ausbildung – Fortbildung – Weiterbildung

„Arbeit mit Blinden und Sehschwachen“

Bericht über ein Seminar in Bad Mitterndorf, Steiermark

Dieses Seminar, das vom Österreichischen Verband der Blinden und Sehschwachen veranstaltet und geleitet wurde, habe ich besucht. Auf dem Seminar konnten wir, eine kleine Gruppe von Psychotherapeuten, einiges von der Welt der Menschen ohne Augenlicht kennen lernen.

Dargestellt durch sogenannte Mobilitätslehrer, die den betroffenen Menschen wieder in ihren Alltag zurückkehren helfen. Auch durch anwesende Blinde und Menschen mit wenig Sehkapazität konnten wir erfahren, wie es ihnen in ihrem Alltag geht, und wie es ihnen in ihrem Alltag ging, als sie in unterschiedlichem Zeitraum (von plötzlich bis über mehrere Jahre) ihr Augenlicht einbüßten. Angefangen vom „Dschungel durch die unterschiedlichen Institutionen“ (Ärzte, Operationen, Ämter) über die Reaktionen durch die Angehörigen und Umwelt konnten wir viel hören. Dass solch ein Anlass auch Angehörige zu (Mit)Betroffenen macht, wurde auch klar. Um Unterstützung wurden wir Psychotherapeuten/innen aufgerufen von den beiden Ministerialrätinnen Fr. Dr. Helga Wanecek – seit 20 Jahren blind, vom BMin. f. Gesundheit, Arbeit und Soziales; Fr. Dipl. Ing. Gloria Petrovic – sehend, vom BMin. f. Land- und Forstwirtschaft. Zur herzerwärmenden Auflockerung sorgten die anwesende Schar von Hunden, tw. geprüfte Blindenhunde, die man nicht berühren darf, wenn sie „arbeiten“, erst, wenn sie das „Geschirr“ nicht tragen; es würde sie sonst verwirren. Auch für den Hund ist hohe

Konzentration beim Führen eines Blinden oder Sehschwachen erforderlich.

Nach der Theorie und dem Anhören durften wir dann die Welt ohne Augenlicht in der Praxis vor Ort kennen lernen: Jede und jeder bekam eine Augenbinde, wurde im Raum herumgeführt; erst zum „Arzt“, dann zum „Bundessozialamt“, schließlich noch zum „Blindenverband“ – man war gnädig zu uns und begnügte sich mit drei verschiedenen „Ämtern“. Natürlich klang das seltsam in den Ohren, was ich zu hören bekam; z. B. wie viele Formulare ich ausfüllen sollte! „Wie?“ habe ich mir nur gedacht!!!

Danach gab's endlich das Mittagessen, mit Augenbinde, versteht sich! Zum Glück saß an jedem Tisch ein im Essen ohne Augen kundiger Mensch und half uns mit guten Tipps. Es ist gut wenn man weiß, was auf seinem Teller alles liegt, prophylaktisch immer wieder mit der Gabel vom Teller rand zur Mitte streicht (Essensstücke wieder einsammelt), sich merkt, wo man das Glas plziert, usw. ... parallel zum lockeren „Essen in den Mund schieben“ etc. ... Zivilisiertes Konversieren ... gelingt wirklich nur Geübten!

Nach dem Essen wurde der „Gang zum Gemeindeamt“ geprobt. Wir bekamen Blindenstöcke, und los ging es. Die Hunde wurden leider nicht verliehen. Wir wiederholten nun die Runde, die wir vormittags mit den Blinden und den Hunden gemacht hatten und bei der uns sehr anschaulich die Arbeit mit den Hunden vorgeführt wor-

den war. Die Runde dauerte ca. 15 Min. Für den selben Weg brauchten wir mehr als eine Stunde, der Regen war heftiger geworden, die Lacken größer, die Geräusche lauter, und die „Helfer“, die uns zusammenhielten und wieder einsammelten, gerieten sicher ein wenig in Stress.

Was nun ein wenig humorvoll klingt, ist mit einer Augenbinde vor den Augen nicht so toll. Wobei wir sicher den Vorteil hatten, die Augenbinde wieder entfernen zu können. Desorientierung und Unsicherheit stellten sich sofort ein. Wie wir hörten, sind die Autofahrer in Bad Mitterndorf an solche „Ausgänge“ gewöhnt und besonders vorsichtig.

Es wurde uns in der Evaluierungsrunde auch mitgeteilt, dass kein Blinder so plötzlich mit einem Stock versehen auf die Straße geschickt wird, sondern dass zuerst im Haus geübt wird. Dennoch finde ich es sehr eindrucksvoll, so eine „andere Welt“ vermittelt bekommen zu haben, und diese Art der Erfahrung ist durch rationales Denken und Verstehen nicht einholbar.

Auch die Gespräche mit den betroffenen Blinden und Sehschwachen waren sehr aufschlussreich und ermutigend. Es wurde uns vermittelt, dass es ca. 10–15% Betroffene gibt, von denen Mobilitätslehrer und Gleichbetroffene sagen: „Aus denen wird nichts mehr“, ca. 20% Betroffene, die über sich hinaus wachsen; die breite Mitte liegt dazwischen und wäre zu motivieren und unterstützen, um aus ihrer Lage das Allerbeste zu machen. Möglichkeiten gibt es viele, wie wir erfuhren! Autonomie ist angestrebt und wichtig, Selbstbestätigung und Selbstwert, das Gefühl im Leben, wichtig zu sein! Das ist alles möglich und realisierbar.

Dies ist auch der Wunsch von Fr. Dr. Wanecek und Fr. Dipl.-Ing. Petrovic an

uns Psychotherapeuten, wenn betroffene Menschen in unsere Praxis kommen, dabei mitzuwirken.

Besonders möchte ich erwähnen, wie beeindruckend die Haltung von den betroffenen Menschen dort war, wie interessant ihr Leben ist. Zu einem hohen Prozentanteil wird es von einigen gar nicht mehr so gewünscht, unbedingt wieder „sehen“ zu können, denn, so zitiert Hr. Franz Kwasnicka: „Ihr seht nur mit den äußeren Augen, ich sehe auch mit meinen inneren Augen.“

In diesem Sinne wünsche ich mir eine Fortsetzung dieser Veranstaltung. Dies war für mich eine erste Kontaktaufnahme mit Menschen, die

eine andere Sichtweise unserer Welt haben (im wahrsten Sinne des Wortes). Günstig wäre natürlich eine Fortsetzung in Wien, doch sehe ich das nicht als Bedingung. Interessant für mich wäre das weitere Kennenlernen der Kommunikationsformen, z. B. Blindenschrift, Mathematik, andere Denk- und Kommunikationsweisen.

In weiterer Folge finde ich es sehr interessant, auch mit der Welt der Gehörlosen in Verbindung zu kommen; dieses Thema wurde auch kurz gestreift, im Vergleich zum Blindsein oder anders „Behindertsein“. Eine Weiterbildung zum Thema „Gehörlose“ würde ich in diesem Sinne sehr begrüßen!



*Eva Elisabeth Ourada
Psychotherapeutin
Lorystraße 128/2/28
A-1110 Wien
Tel. 768 74 19*

Aus dem Psychotherapiebeirat – Gesundheitsministerium

Ethik-Rubrik

Forum zur Diskussion berufsethischer Fragen

Ziel und Sinn dieser „Ethik-Rubrik“ sind der Erfahrungsaustausch und die Diskussion berufsethischer Fragen. Das Team der Ethik-Rubrik setzt sich zusammen aus *Dr. Nancy Amendt-Lyon, Dr. Michael Kierein, Dr. Renate Hutterer-Krisch, Dr. Gerhard Pawlowsky, Dr. Gerhard Stemberger, DSA Billie Rauscher-Gföhler*. Sie sind dazu eingeladen, Leserbriefe und Diskussionsbeiträge zu berufsethischen Fragen zu schreiben. Das Team der Ethik-Rubrik muss nicht mit den Inhalten und Stellungnahmen abgedruckter Leserbriefe und Diskussionsbeiträge übereinstimmen. Leserbriefe und Diskussionsbeiträge zu ethischen Fragen in der Psychotherapie bitte an:

Dr. Renate Hutterer-Krisch, Kantnergasse 51, A-1210 Wien.

C. Neubauer

Berufsethisches Gremium des ÖBVP (BEG)

Statistische Erhebung der Beschwerdefälle in Österreich

Das BEG wurde 1995 gegründet und ist ein Organ des ÖBVP. Eine der Aufgaben des BEG ist die Erfassung und Analyse von Beschwerdefällen, um entsprechende präventive Maßnahmen im Vorfeld zur Eindämmung von Verstößen gegen den Berufskodex ergreifen zu können.

In den einzelnen Bundesländern bestehen Beschwerdestellen der jeweiligen Landesverbände, an die sich Klienten/innen, Ausbildungskandidaten/innen und Psychotherapeuten/innen wenden können. In einigen Beschwerdestellen werden auch Anfragen und Beschwerden von Therapeuten/innen, welche keine Mitglieder des Berufsverbandes sind, bearbeitet.

Die Gründung dieser Einrichtungen fand in den Jahren 1994 bis 1996 statt. Die Struktur und Vorgehens-

weise ist nach Ländern verschieden (siehe Pözlbauer, 1999).

In der durchgeführten retrospektiven Untersuchung der von den Beschwerdestellen bearbeiteten Fällen ging es vor allem darum, die Häufigkeit der Themen und Fragestellungen zu erfassen.

Es wurde im BEG ein Fragebogen ausgearbeitet und von den Beschwerdestellen ausgefüllt. Geplant ist eine Überarbeitung und Anpassung des Fragebogens, um jährlich die einlangenden Beschwerden statistisch zu erfassen.

Die erhobenen Daten beziehen sich nur auf die Beschwerden/Anfragen, welche an die Landesverbände gerichtet wurden. Eine Aussage über die gesamte Psychotherapie kann nicht getroffen werden, da teilweise

die Kenntnis der Betroffenen über Beschwerdestellen noch dürftig ist.

Gesamtergebnisse

Deutlich wird, dass die Aufklärung über Bedingungen der Psychotherapie und allgemeine Anfragen über Beschwerdestellen und auch die Kostenfrage in der Psychotherapie ein Anliegen der kontaktierenden Personen sind (s. Tabelle 1).

Sehr deutlich zeichnet sich eine Zunahme der Inanspruchnahme der Beschwerdestellen ab (s. Abb. 1).

Es zeichnet sich ab, dass die überwiegende Anzahl der Anfragen und Beschwerden telefonisch erledigt werden konnten. In ca. 1/3 der Anfragen wurde ein persönliches Gespräch geführt (s. Tabelle 2). Schlichtungen im Sinne einer Mediation wurden in 42 Fällen angewendet (s. Abb. 2).

Es zeichnet sich sehr deutlich ab, dass in den meisten Fällen eine verbale oder schriftliche Klärung möglich ist. Lediglich eine gerichtliche Lösung kam vor (s. Tabelle 3).

Sehr deutlich zeigt sich, dass einige jüngere Personen unter 20 Jahren und nur sehr wenig ältere Personen die Beschwerdestellen in Anspruch nehmen. Der Großteil ist in der Altersgruppe zwischen 21 und 50 Jahren (s. Tabelle 4).

Im Rahmen der statistischen Erhebung wurde auch der Personal- und Zeitaufwand der Ethik-, Beschwerde- und Schlichtungsstellen erfasst. Es zeigte sich, dass in den letzten 5 Jahren durchschnittlich 38 Personen pro Jahr für diese Stellen aktiv waren und insgesamt in diesem Zeitraum über 2.000 Stunden überwiegend ehrenamtlich geleistet wurden.

Zusammenfassung

In jedem Bundesland gibt es eine eigene Ethik-, Beschwerde- und Schlicht-

Tabelle 1. Anlass zur Kontaktaufnahme mit der Beschwerdestelle

	bis 1994	1995	1996	1997	1998	Ges.
Allgemeine Anfrage	0	3	8	23	20	54
Ausbildungsangelegenheiten	0	3	3	5	8	19
Therapiekosten	0	5	11	10	12	38
Aufklärung	0	2	17	22	23	64
Verschwiegenheit	0	1	5	9	10	25
Sex. Übergriffe	0	1	2	12	13	28
And. Missbrauch	0	2	1	4	6	13
Sonstiges	0	1	5	5	10	21

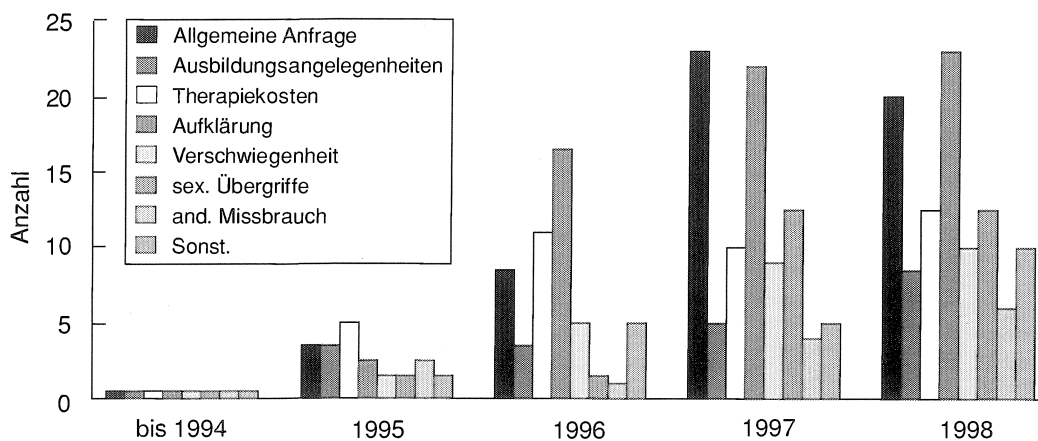


Abb. 1. Veränderung der Häufigkeiten in den Jahren 1995–1998

Tabelle 2. In welcher Weise reagierte die EBS

	bis 1994	1995	1996	1997	1998	Ges.
<i>Beratung</i>						
Tel.	0	19	40	70	65	194
Pers.	0	6	22	48	50	126
Mediation	0	3	10	13	16	42
<i>Weitervermittlung</i>						
Beirat	0	0	1	1	3	5
BM	0	0	0	0	3	3
Gericht	0	0	0	1	1	2
And. Schlichtung	0	0	1	1	3	5
Ärztammer	0	0	1	1	2	4
Ausbildungseinrichtungen	0	0	0	3	5	8
Sonst. Einrichtungen	0	0	1	3	2	6

tungsstelle des jeweiligen Landesverbandes für Psychotherapie. Einlangende Beschwerden wurden von diesen Stellen meist selbständig gelöst.

Seit Gründung dieser Stellen ab 1994 ist eine Zunahme der Kontakte mit diesen Einrichtungen bemerkbar. Die häufigsten Anlässe waren Aufklärung, allgemeine Anfragen und Therapiekosten.

Etwa die Hälfte der Anfragen wurde telefonisch erledigt. Bei ca. 1/3 der Kontakte kam es zu persönlichen Gesprächen. In ca. 15% zeigte sich die Durchführung einer Mediation als angebracht. Einige Fälle wurden meist aufgrund der Zuständigkeit anderer Stellen an diese vermittelt, bzw. kam es in 2 Fällen zur Beschreitung des Gerichtsweges.

Der überwiegende Anteil von problematischen Situationen konnte mündlich und/oder schriftlich geklärt werden. In einigen Fällen kam auch eine finanzielle Lösung (Abgeltung) zum Tragen.

Bemerkenswert ist auch der hohe Anteil von fast 2.000 Stunden, welcher überwiegend ehrenamtlich von den Ethik-, Beschwerde- und Schlicht-

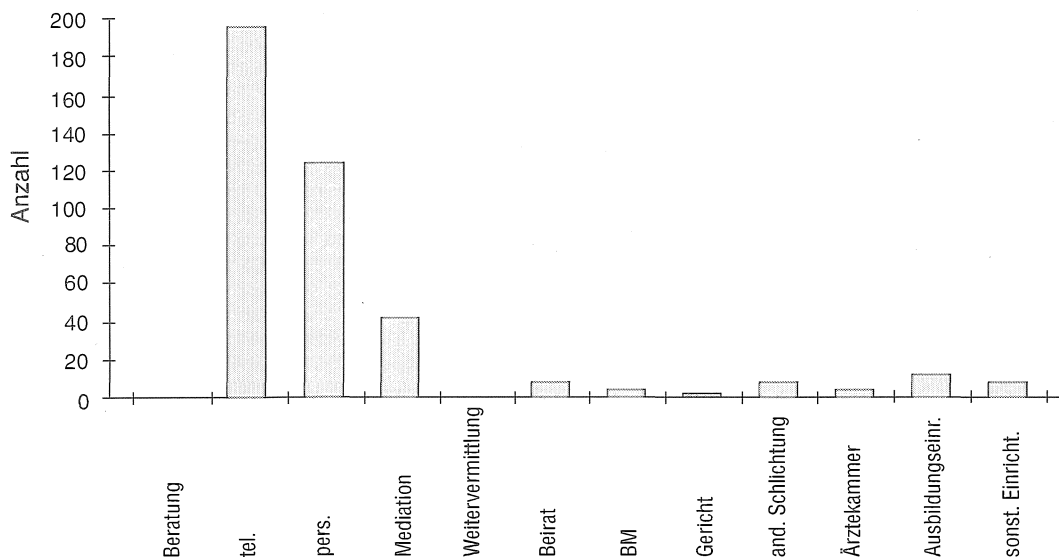


Abb. 2. Bearbeitung der Beschwerdefälle

Tabelle 3. Welche Lösungen konnten erreicht werden

	bis 1994	1995	1996	1997	1998	Ges.
Verbal/schriftlich	0	5	28	75	74	182
Finanziell	0	1	1	1	3	6
Außergerichtlich	0	1	2	1	5	9
Gerichtlich	0	0	0	1	0	1
Sonstiges	0	0	1	6	8	15

Tabelle 4. Welche Personengruppen nehmen die Beschwerdestellen in Anspruch

Altersgruppe	0–20		21–50		> 51		
	Anzahl*		220		9		
Geschlecht*	w	m	w	m	w	m	
	Anzahl*		17	3	141	66	6

* Es finden sich Differenzen, da manche Personen anonym bleiben wollten

tungsstellen in den Ländern getragen wurde. Durchschnittlich sind 38 Personen pro Jahr mit diesen Angelegenheiten befasst.

Von den die Beschwerdestellen kontaktierenden Personen sind ca. 90% zwischen 21 und 50 Jahre. Ca. 3/4 davon sind Frauen.

Im Vergleich der Bundesländer fallen sehr deutliche Differenzen auf. Anteilsmäßig hat Wien die meisten Beschwerden zu verzeichnen. Im Gegensatz dazu wurde aus dem Burgenland keine Beschwerde gemeldet. In Niederösterreich wurde der überwiegende Teil der Anfragen telefonisch erledigt (möglicherweise durch die flächenmäßige Ausdehnung des Bundeslandes).

Insgesamt zeigt sich, dass von den Ethik-, Beschwerde- und Schlichtungsstellen der Landesverbände für Psychotherapie ein wesentlicher Beitrag zur Bearbeitung von Verstößen gegen den Berufskodex geleistet wird. Dies scheint sowohl in Hinblick auf die Situation der Klienten günstig, um bei Unklarheiten im therapeutischen Setting (Kosten, Verschwiegenheit u. ä.) als auch bei anderen erlebten Verletzungen der Sorgfaltspflichten in der Therapie oder Ausbildung die Schlichtungsstellen in Anspruch nehmen zu können (vgl. Hutterer-Krisch, 1996, S. 246 ff).

Es ist jedoch auch eine Serviceeinrichtung für die Psychotherapeuten/innen, da in vielen Fällen nur der

Gerichtsweg offen bliebe, welcher für beide Seiten mit erheblichen finanziellen, persönlichen und emotionalen Aufwand verbunden ist.

Literatur

Hutterer-Krisch R (1996) Fragen der Ethik. In: Hutterer-Krisch R et al (Hrsg) Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik. Fakultas, Wien, S 208–335
 Pözlzbauer C (1999) Berufsethisches Gremium des ÖBVP (BEG) – Beschwerdestellen in den Bundesländern. Psychotherapie Forum 7 [Suppl] 2: 51–52

*Dr. Christian Neubauer
 Mitglied des BEG
 Lenaustraße 3, A-4061 Pasching
 Tel. 0732/6921/3213*

I. Erkinger

Beschwerdestelle und Schlichtungskommission des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie

Die Beschwerdestelle und Schlichtungskommission des WLP hat, nach gründlicher Vorbereitungszeit, im November 1996 ihren Dienst aufgenommen und ist mittlerweile fest etabliert.

1. Zusammensetzung

Unter der Leitung von Ingrid Erkinger stehen 8 ehrenamtlich tätige Psychotherapeuten/innen zweimal monatlich für telefonische Anrufe sowie persönliche Beratungsgespräche zur Verfügung. Für Schlichtungsgespräche werden zusätzlich Abendtermine vereinbart, an denen in der Regel zwei Mitglieder unseres Teams zur Verfügung stehen. Im Abstand von zwei Monaten finden Teamsitzungen statt, in denen sämtliche eingegangenen Fälle und Anliegen besprochen und die Beantwortung schriftlicher Beschwerden erledigt werden.

2. Rechtliche Grundlagen

Die Beschwerdestelle und Schlichtungskommission ist in den Statuten des WLP verankert und gem. § 3/1.13 der WLP-Statuten werden die Teammitglieder der Beschwerdestelle für jeweils 2 Jahre von der Landesversammlung bestellt.

3. Ziel

Ziel der Beschwerdestelle ist die Klärung, bzw. Beilegung von Konflikten und Beschwerden, die sich aus der psychotherapeutischen Beziehung ergeben können. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass wir auch Beschwerden gegen Psychotherapeuten/innen, die nicht Mitglieder des WLP sind, behandeln, wenn solche von Klienten an uns herangetragen

werden, aus einer prinzipiellen berufsethischen Verpflichtung heraus. In allen Fällen können wir jedoch nur freiwillige Angebote machen. Wenn ein/e beklagte/r Psychotherapeut/in auf unsere Einladung zum Gespräch (immer vorausgesetzt der Klient möchte das) nicht reagiert, haben wir keine brauchbaren Sanktionsmöglichkeiten, außer bei schwerwiegenden Verfehlungen das Bundesministerium oder den Psychotherapiebeirat zu verständigen sowie den Ausbildungsverein. Weiterverweisungen an Gerichte, Arbeiterkammer, Psychologenverein (Gutachten) oder Ärztekammer sind eher selten.

4. Themen

Folgende Themen kamen zur Sprache: allgemeine Fragen zur psychotherapeutischen Tätigkeit (wie Anerkennung, Methoden usw.), Auswirkungen einer Therapie, Verschwiegenheitspflicht, sexueller Missbrauch, anderweitiger Missbrauch und Ersuchen von Psychotherapeuten/innen betr. Klärung oder Schlichtung mit Klienten/innen. Mit diesen verschiedenen Fällen und auf verschiedene Weise (telefonisch, schriftlich, persönlich) wurde die Beschwerdestelle kontaktiert – also war auch die Behandlung entsprechend unterschiedlich.

5. Vorgangsweisen

Telefonischen Beschwerden folgten manchmal persönliche Aussprachen oder eine schriftliche Darstellung der Sachlage (seitens des/r Beschwerdeführers/in mit anschließenden Gesprächen oder Schlichtungen. Manchmal genügte die telefonische Beratung, durch entsprechende Informationen, bzw. war es dem Anrufenden

vorerst genug, sein Anliegen bei einer „öffentlichen Stelle“ zu deponieren. Einige dieser Anrufer oder auch solche Beschwerdeführer, die zu einem Gespräch kamen, wollten vorerst anonym bleiben, und erst nach einiger Zeit (Monate später) waren dann manche zu einer persönlichen Konfrontation mit dem/r beklagten Psychotherapeuten/in bereit. Schriftliche Beschwerden, die an uns ergingen, wurden im Team besprochen und dann von einem Mitglied zur jeweiligen Bearbeitung übernommen. Die Einladung zu einem persönlichen Gespräch oder eine schriftliche Stellungnahme zu prinzipiellen Fragen der z. B. Sorgfaltspflicht oder Schweigepflicht folgten.

Bei Bedarf ziehen wir einen Juristen bei, wobei wir anstreben, eine/n Juristen/in als ständige Konsultent/in zu gewinnen.

Unsere bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass wir in den meisten Fällen ausreichende Information geben konnten, bzw. die Schlichtungsgespräche (mit Ausnahme von einem Fall) für beide „Partner“ zufriedenstellend und oft sehr entlastend waren.

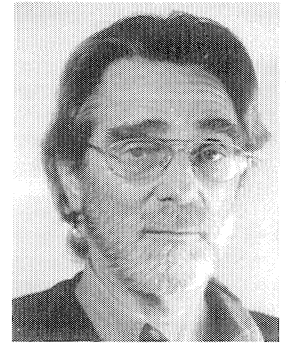
Die Schlichtungskommission des WLP – die bisher lediglich einmal angerufen wurde – besteht aus Mitgliedern des Beschwerdestellenteams, dem Patientenanwalt Dr. Pikel und einem Vertreter der Arbeiterkammer, Herrn Dr. Stemberger, so dass eine objektive, transparente Vorgangsweise ermöglicht wird.

Bei Beschwerden oder Missbrauch in Angelegenheiten der Ausbildung wird vorerst auf die Ethikstelle des jeweiligen Ausbildungsvereines verwiesen – sollte dies nicht zufriedenstellend möglich sein, können sich die Beschwerdeführer unter Vorlage des bisher Geschehenen an uns wenden. Bisher wurde kein diesbezüglicher Fall bei uns anhängig.

*DSA Ingrid Erkinger
Vors. der Beschwerdestelle des WLP
Rosenbursenstraße 8/3/8
A-1010 Wien*

Editorial

Leserbriefe



In dieser Nummer löse ich das Versprechen des letzten Editorials ein, Ihre Stellungnahmen zu den Themen dieses Jahres zu publizieren. Es ist eine eigentliche Leserbriefnummer, was mich sehr freut. Wir werden dem Namen unserer Zeitschrift gerecht: Die Diskussion hat begonnen und dies auf einem differenzierten Niveau, es wird reflektiert und argumentiert, obwohl das emotionale Engagement deutlich zu spüren ist. Ich hoffe, dass sich andere ermuntert fühlen, auch zur Feder zu greifen

Am meisten hat bis jetzt die Nummer über die Identität als PsychotherapeutIn ausgelöst (Forum 2/99) – und wie könnte es anders sein – die Auseinandersetzung mit den provokanten Postulaten des Vertreters der Allgemeinen Psychotherapie. Die hier geführte öffentliche Diskussion führt zur Verdeutlichung der Standpunkte, bietet durchaus aber auch die Möglichkeit eines gegenseitigen Verständnisses – wenn auch ohne Einverständnis – als Basis für weitere Gespräche.

Zum Zeitpunkt, wo ich dieses Editorial schreibe, ist die Ethik-Nummer (3/99) eben erst erschienen. Erste Reaktionen zeigen bereits, dass eine Wiederaufnahme der Ethikdiskussion dringlich ist. Das „Gespräch über Probleme im Standesverfahren“, ebenfalls aus dieser Dringlichkeit entstanden, ist bereits ein Anfang. Wegen eines darin geäusserten Postulates eröffnet es eine neue Ebene der Betrachtungsweise. Was meine ich damit?

Ethisches Vergehen oder Kunstfehler – das ist die Frage!

An der Frage, wer für die Beurteilung des einen respektive des anderen legitimiert und befähigt ist, wird sich meiner Meinung nach entscheiden,

ob Standesverfahren den beabsichtigten Zweck erfüllen, nämlich einerseits PatientInnen vor Missbräuchen durch TherapeutInnen und andererseits TherapeutInnen vor ungerechtfertigten Vorwürfen des Missbrauches zu schützen. Zur Begründung, warum es gerade diese Frage ist, die als nächste gelöst werden muss, ist die Entwicklung der Standesverfahren im Zusammenhang zu sehen. Die Schaffung der Standesregeln durch den SPV 1989 und die Etablierung einer Standeskommission war eine Pionierleistung. Wie der Artikel „Die Reglementierung der Abläufe in der Standeskommission des SPV“ im letzten Supplement zeigt, haben die Erfahrungen zu einer Verbesserung der Verfahrensabläufe und der Struktur der Instanzen geführt. Verfahrensabläufe und Instanzen sind aber nur eine Seite, eine andere sind die „Gesetze“. Was für Vergehen sollen von der Standeskommission überhaupt untersucht werden?

Bei diesen Diskussionen wird es im wesentlichen um zwei diametral unterschiedliche Sichtweisen gehen. Die eine sieht die Standeskommissionen allgemein als Instanz für die Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Arbeit, die andere möchte nur über ethische Vergehen urteilen lassen. Darum wird die Frage der Unterscheidung zwischen Kunstfehlern respektive schlechter Behandlung und ethischen Vergehen ins Zentrum rücken. Bis jetzt hat sich die Standeskommission des SPV allem Anschein nach so verstanden, dass sie auch zur Beurteilung von Kunstfehlern zuständig sei. Dies ist aber nicht allgemeiner Konsens, wie das Gespräch im letzten Heft zeigte.

Solange Beschwerden wegen Kunstfehlern respektive Qualitätsmängeln nicht ausgeschieden werden, blockieren sie die Institutionen

des Standesverfahrens. Die Folgen sind bekannt: Unabgeschlossene Verfahren, Klagen gegen den SPV an öffentlichen Gerichten, immense Reibungsverluste im Verband und traumatisierte KollegInnen, die sich zu Recht nicht eines ethischen Vergehens schuldig fühlen. Gerade letzteres zeigt, dass eine möglichst klare Unterscheidung für alle wichtig ist, die in der täglichen Praxis stehen: Fehlern liegt ein fachliches Versagen zugrunde, Missbräuchen hingegen ein ethisches.

Es ist dringlich, eine Abgrenzung zwischen Ethik und Qualitätssicherung zu machen und es wird nur möglich sein in einer breiten Diskussion und Konsensfindung zwischen den Methoden. Dafür haben wir ein Gefäss, das sich nun seit 10 Jahren bewährt hat: die Charta. Erst in der letzten Mitgliederversammlung wur-

de ihre „Standeskommission“, welche keine richterlichen, sondern normgebende Funktionen hat in „Ethikkommission“ umbenannt. Das wäre doch eine Voraussetzung, um mit allen Institutionen die Ethik-Charta weiterzuentwickeln. Die daraus folgenden Besprechungen bei den Einzelmitgliedern der Charta-Institutionen böten Gewähr, dass eine grosse psychotherapeutische Öffentlichkeit einbezogen wird. Ohne diese Voraussetzung wäre das ganze illusorisch, da es um die Festlegung von Normen geht, welche – wenn sie wirksam sein sollen – nicht von oben verordnet werden können, sondern von allen getragen werden müssen. Das Forum kann in diesem Prozess ein wichtiges Medium sein, deshalb habe ich an dieser Stelle die Diskussion wieder eröffnet.

Mario Schlegel

reproches injustifiés. Pour comprendre pourquoi c'est cette question spécifique qui doit d'abord être résolue, il faut considérer à la fois le développement des procédures déontologiques et le contexte dans lequel celui-ci a eu lieu. L'élaboration, en 1989, de règles déontologiques et la création d'une commission ont été une démarche pionnière dans ce domaine. Comme le montre l'article « Pourquoi réglementer les procédures de la commission d'éthique de l'ASP ? », publié dans le dernier supplément, c'est l'expérience qui a permis d'améliorer le déroulement des procédures et la structure attribuée aux différentes instances. Mais procédures et instances ne constituent qu'un volet de l'ensemble – l'autre est celui des « lois ». Quelles sont les infractions qui doivent être examinées par la commission d'éthique ?

Deux points de vue diamétralement opposés se retrouvent au centre de toutes les discussions : on peut soit considérer les commissions de déontologie comme instances chargées de garantir la qualité du travail du psychothérapeute, soit limiter leur mandat à l'examen des infractions à l'éthique professionnelle. C'est pourquoi la question de la distinction entre faute professionnelle (au sens d'erreur au niveau du traitement ou de manque de qualité de ce dernier) et infraction à l'éthique va jouer un rôle central. Il semble que jusqu'à maintenant, la commission de déontologie de l'ASP se soit considérée comme compétente pour évaluer des fautes professionnelles. Comme le montre la discussion publiée dans notre dernier numéro, tout le monde n'est pas d'accord avec ce point de vue.

Tant que les plaintes concernant des erreurs commises au niveau du traitement ou le manque de qualité de ce dernier ne sont pas adressées ailleurs qu'aux instances chargées des procédures d'éthique, elles bloquent le travail de ces dernières. On en connaît les conséquences : procédures non-closes, plaintes contre l'ASP déposées auprès des tribunaux, absorption énorme d'énergies au sein de l'association et collègues traumatisés, car ils ne se sentent pas coupables d'une infraction à l'éthique – et ils ont raison. Ce dernier aspect en particulier montre qu'une distinction aussi claire que possible est importante

Courrier des lecteurs

Nous avons promis dans notre dernier éditorial de publier vos réactions aux thèmes traités cette année – c'est chose faite ci-dessous. Je constate avec plaisir que le présent numéro est en fait une rubrique 'courrier des lecteurs'. Nous assumons ainsi pleinement le nom de notre revue : Forum. Le débat a débuté et il l'a fait à un niveau différencié ; il y a échange de réflexions et d'arguments et en même temps, on sent que vous vous sentez concernés sur un plan émotionnel. J'espère que d'autres lecteurs seront motivés à nous faire parvenir leurs idées.

C'est jusqu'à maintenant le numéro consacré à l'identité des psychothérapeutes et – comment pourrait-il en aller autrement ? – à la réflexion des postulats provocateurs formulés par un représentant du courant 'psychothérapie générale' (Forum 2/99) qui a provoqué le plus de réactions. Un débat public en rapport avec cet aspect permet de clarifier les points de vue ; il peut aussi être fondement d'une meilleure compréhension de 'l'Autre' – ce qui n'implique pas forcément être d'accord avec lui. Sur cette base, d'autres échanges vont être possibles.

Je rédige le présent texte très peu de temps après la publication du Forum 3/99, consacré à l'éthique. Vos premières réactions montrent déjà qu'il est impératif de reprendre ce débat. Nous avons mené – et publié – une « discussion des problèmes liés aux procédures déontologiques » parce que nous avons le sentiment que cette question est urgente. Cette première étape a montré que l'un des postulats présentés a mis en évidence un niveau supplémentaire. De quoi s'agit-il ?

Infraction à l'éthique ou faute professionnelle – voilà la question !

A mon avis, c'est en fonction de la réponse donnée à la question de savoir à qui sont accordés le droit et les compétences pour décider si un thérapeute a commis une infraction d'ordre éthique ou s'il a fait une erreur de traitement que nos procédures déontologiques vont pouvoir (ou non) satisfaire à l'objectif que nous leur fixons : protéger d'une part les patients contre des abus commis par des thérapeutes, défendre d'autre part ces derniers contre des

pour tous ceux qui pratiquent quotidiennement notre profession : une défaillance au niveau du contenu du traitement constitue une faute professionnelle, alors que commettre un abus est une violation de l'éthique.

Il est donc urgent de faire la distinction entre éthique et garantie de qualité et cette démarche ne sera possible que dans le cadre d'un large débat au cours duquel les différents courants parviendront à un consensus. Le cadre dans lequel ce débat peut se dérouler existe depuis dix ans et il s'est avéré adéquat : la Charte. Lors de la dernière assemblée de ses membres, ceux-ci ont d'ailleurs décidé d'utiliser à l'avenir le terme de « commission d'éthique » en lieu et place de celui de « commission de déontologie ». Le mandat confié à cet organe n'est pas d'ordre judiciaire : la com-

mission formule des normes. C'est sur cette base qu'il sera possible de continuer à élaborer une Charte éthique liant toutes les institutions. Un débat serait mené entre les membres individuels des institutions de la Charte, ce qui garantirait qu'un grand nombre de psychothérapeutes soient impliqués et donnent leur avis. Si l'on ne procède pas de la sorte, toute la démarche devient une illusion car il s'agit de fixer des normes qui – si elles doivent être respectées – ne peuvent pas être imposées 'd'en haut'. Il faut que tous les membres soient d'accord avec elles et, dans ce contexte, le Forum peut être un médium important d'élaboration du processus. C'est pourquoi je relance le débat avec le présent éditorial.

Mario Schlegel

Die Psychotherapie gerät wegen der Übertragungsphänomene, die sie schafft, schon genug in Gefahr, autoritäre Systeme zu erzeugen. Pluralität in den Methoden und Schulen, getragen von den Institutionen, die ihre je eigene Richtung pflegen, sind ein unverzichtbarer Garant dafür, dass Psychotherapie sich nicht zuviel Macht über Menschen aneignet.

Dr. phil. Peter von Tessin
Präsident der Schweizer Charta für Psychotherapie

Psychotherapie zwischen Anpassung und Emanzipation

Beitrag zur Diskussion über die Berufsidentität im Forum Supplement Nr. 2, 1999. Ich greife exemplarisch Aussagen aus der Vielfalt von Meinungen heraus.

Franz Caspar schreibt: „Ich meine, Therapieschulen im traditionellen Sinn haben ihre Schuldigkeit getan, sie haben ausgedient und sollten sich würdig im Bewusstsein um ihre Verdienste zurückziehen, um uns die Entwicklung einer neuen Identität zu erlauben.“ Die in dieser Aussage enthaltene unbewusste Angst vor der Macht der Traditionellen führt zur fragwürdigen Erkenntnis, dass die „neuen“ Therapieschulen durch die Ersteren an der Entwicklung einer neuen Identität gehindert werden. Derartige Behauptungen bewirken keine Veränderungen und dienen weder den „Traditionellen“ noch den „Neuen“. Sie heizen nur den Streit zwischen den Psychotherapie-Methoden an.

Ich nehme noch einen weiteren Gedanken von Franz Caspar auf: Als Wissenschaftler wisse er zum Glück, wie man Absicherungen (gemeint sind Fragebögen, Videobänder und ähnliche Instrumente) vornimmt und als Supervisor wisse er um das solide und gleichzeitig realistische Selbstbewusstsein, welches Therapeuten entwickeln, die sich von Anfang an an Qualitätssicherungsmaßnahmen gewöhnen. Die Frage, wie ein Patient einen Fragebogen je nach der aktuellen Übertragungssituation ausfüllen wird, erwähnt er mit keinem Wort. Die Sicherheit des Therapeuten ist eine fragwürdige Sicherheit, wenn die momentane Übertragungssituation unberücksichtigt bleibt. Je nach-

Leserbriefe

Zum Thema „Berufsidentität: Zwischen PsychotherapeutIn und VertreterIn einer Therapierichtung“ (Psychotherapie Forum Supplement, Vol. 7 No. 2 1999)

Untergang der kulturellen Vielfalt

In der Ausgabe 2/99 des Psychotherapie-Forums kündigt uns Prof. F. Caspar das Ende der psychotherapeutischen Schulen und die Vereinheitlichung der Psychotherapie an. Endlich soll der Kunde bekommen, was er braucht, und zwar möglichst preiswert für den Kostenträger und effizient, nämlich die richtige Kur für sein seelisches Leiden. So das verlockende Versprechen.

Was treibt einen Psychotherapeuten dazu, ohne Erschrecken oder zumindest Bedauern den Untergang der kulturellen Vielfalt, die der Psychotherapie in ihrem breiten Methoden- und Schulenspektrum innewohnt, anzukündigen, ja fast scheint es, herbeizuwünschen? Ist es nicht gerade die Pluralität der sich untereinander messenden sowie befruchtenden Ansätze therapeutischen Handelns und Denkens, die der Psychotherapie Lebendigkeit und Kraft zu ständiger Innovation verleiht? Psychotherapie zu vereinheitlichen stellt einen unfassbaren Gewaltakt gegen den freien

Menschen, sei er Ratsuchender, therapeutisch Handelnder oder Forscher, dar. Wo solches sich anbahnt, ist im Interesse der Humanität doch höchste Wachsamkeit geboten.

Wo könnte das Motiv sein? Die Annahme liegt nahe, dass hinter Caspars wie übrigens auch Grawes Vereinheitlichungs- oder vornehmer gesagt Integrationsvisionen nichts anderes steckt, als ein verkappter Dominanzanspruch der Kognitiven Verhaltenstherapie, die ja immer schon ein eklektisches Verfahren war. Weder Grawe noch Caspar haben meines Wissens je etwas anderes als Kognitive Verhaltenstherapie repräsentiert.

Ich hoffe, dass es dem Charta-Prozess gelingen wird, was sich dessen Initianten vorgenommen haben: keine Therapiemethode und keine Schule soll über eine andere dominieren oder den Rest sich einverleiben können. Gefragt ist freundschaftliche Konkurrenz und kritisches Lernen voneinander. Gesucht ist auch eine Einigung auf das Gemeinsame und Verbindende in der Ausbildung, Ethik und Forschung.

dem, ob der Therapeut die Psychotherapie als „Verfahren“ oder „Prozess“ betrachtet, wird ein Fragebogen eine wesentlich andere Bedeutung erhalten.

Ich weise auf den Artikel von Alice Holzhey-Kunz hin, in dem sie eindringlich auf viele Fragen eingeht. Sie stellt in ihrem Artikel neben anderen Diskussionspunkten eine zentrale Aussage konstruktiv in den Mittelpunkt: „Alles psychotherapeutische Tun (neues Leitbild der Psychotherapie als zweckrationales Verfahren) ist auf einen Zweck ... ausgerichtet, ... Alles Gewicht liegt auf der wissenschaftlich fundierten Methode. ...“ Daraus ergibt sich: „Psychotherapie ist ein technisches Verfahren, das prognostizierbar und kontrollierbar ist. Verfahren steht hier im Gegensatz zu ‚Prozess‘. Während in einen Prozess immer Subjekte eingebunden sind, hat Verfahren per definitionem ein Objekt, worauf es angewandt wird. Dieses Objekt ist nun weniger die Person als vielmehr die psychische Störung“, die beseitigt werden muss! Diese therapeutische, von Alice Holzhey kritisch hinterfragte Anleitung, entmündigt das Subjekt und verhindert somit die therapeutische Bearbeitung der verinnerlichten Konflikte, weil die Parteilichkeit für die im Unbewussten aufgehobene Geschichte des Subjekts aufgegeben wird. Stattdessen wird eine Anpassung an methodengeleitetes Vorgehen verlangt.

Die Meinung von Markus Fäh – „Die Doppelidentität ist berufspolitisch unabdingbar!“ – ist mit Vorsicht aufzunehmen. Mit der geforderten Doppelidentität wird die Gefahr heraufbeschworen, dass die Subjektivität des Therapeuten zum Verschwinden gebracht werden soll. „Psychotherapeut SPV“ dient m.E. allein als äusseres Zeichen bezüglich der Anerkennung durch die Krankenkassen. Als Psychotherapeut SPV bemühe ich mich, der Psychotherapie zu einem gesellschaftlichen Status zu verhelfen, den sie verdient. Als Psychoanalytiker decke ich Zusammenhänge auf, die von innen und von aussen menschliches Leiden verursachen. D.h. ich habe mir eine Identität als Psychoanalytiker erworben und nicht als Psychotherapeut SPV.

Daraus folgere ich: Die VertreterInnen verschiedener psychotherapeutischer Methoden müssen Fragen dis-

kutieren, wie, „ist Psychotherapie ein technisches Verfahren oder ein Prozess“? Ich bin überzeugt, dass die Diskussion um solche grundlegenden Fragen sehr schwierig sein wird, weil zuerst gegenseitig „Feindbilder“ abgebaut werden müssen. Die Frage, welche Methode besitzt mehr Wert, ist wirtschaftlicher, zweckmässiger, wirksamer (WZW-Kriterien) muss schlussendlich überflüssig werden und zur Erkenntnis führen, dass verschiedene Sichtweisen, sprich „Psychotherapie-Methoden“ ihre Berechtigung haben. Es wird auch in Zukunft Methoden geben, die sich nicht einem zweckrationalen Verfahren verpflichtet fühlen und die dennoch, oder gerade deshalb, weil in ihren „veralteten“ Erkenntnissen die „Wahrheit“ und damit auch eine „neu zu gewinnende Zukunft“ liegt, Heilung bewirken, bzw., die eine andere Vorstellung von „Gesundheit“ und „Krankheit“ vertreten, als diejenigen, die eine krankenkassenfähige Vorstellung von Gesundheit und Krankheit verinnerlicht haben.

Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es, dass die Psychotherapie-Kultur in Zukunft nicht verarmt? Wichtig ist, dass die PsychotherapeutInnen die erpresserischen (Macht-) Beziehungen, wie sie Noemi Holtz so ironisch-lebhaft beschreibt, aufgeben können. Machtstrukturen dienen der Angstabwehr. Deren Auflösung bedeutet Verzicht auf die Macht, d.h. Verzicht auf den Schutz vor der Angst. Exemplarisch beschreibt Michael Gutberlet, was passiert, wenn der andere nicht auf die Macht verzichtet: Er wird die „andere“ Methode bekämpfen. Die Konstruktion von Feindbildern soll den Abbau von Angst und Unsicherheit im eigenen Lager bewirken und deren Individuen ein Gefühl von Grösse und Stärke vermitteln. Wenn ich von dieser Hypothese ausgehe, dann stelle ich fest, dass noch viele Vertreter verschiedenster Psychotherapie-Methoden an diesem Übel kranken. Die Aufgabe ist damit gegeben: Die Vertreter von Psychotherapiemethoden müssen sich emanzipieren, d.h. sie müssen erkennen, dass sie auf die alleinige Macht verzichten müssen!

Walter Franzetti, lic. phil.
Im Hügeler 2
CH-5406 Baden-Rütihof

Medizinalisierung der Psychotherapie

Nach dem psychologischen Grundstudium am Institut für Angewandte Psychologie wandte ich mich zunächst der Psychoanalyse und später dem Psychodrama zu und hatte von da her nie eine klare Definition meiner therapeutischen Tätigkeit. Ich fühlte mich weder als Analytiker noch als Gruppentherapeut. So nannte ich meine Tätigkeit immer „Psychotherapie“ und fühlte mich eigentlich nie einer Schule ganz zugehörig, es blieb immer eine kritische Distanz. Ich konnte dadurch auch gewisse Einseitigkeiten der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen erkennen, da ich mich nicht ganz mit ihnen identifizierte. Mich haben die Bemühungen des SPV und der Charta, die verschiedenen therapeutischen Schulen unter ein Dach zu bringen, immer sehr gefreut. Doch zunehmend wird diese Freude getrübt. In diesem Zusammenhang haben mich die Artikel zur Frage der Identität von A. Holzhey-Kunz und M. Koemeda-Lutz im Supplement des Psychotherapie Forums sehr angesprochen. Sie greifen Themen auf, die ich noch etwas verstärken und vertiefen möchte.

Es scheint mir, dass im Laufe der Identitätsfindung und der Definition der Psychotherapie immer mehr eine Medizinalisierung stattfindet. Der Anpassungsdruck in unserer Leistungsgesellschaft ist derart gross, dass die Psychotherapeuten meiner Meinung nach offensichtlich ihr Anliegen nicht genügend klar und umfassend ausdrücken und vertreten konnten. Die Krankheits- bzw. die Gesundheitsdefinitionen und das Effizienzdenken begraben alle anderen möglichen Einstellungen und Anliegen. Wer sich nicht in dieses Schema einfügt, läuft Gefahr, die Identität eines Scharlatans zu erhalten. In diesen so definierten Psychotherapien gewinnen die Symptome immer mehr an Gewicht, die Person des Patienten und des Therapeuten und deren Beziehung zueinander werden immer unwichtiger. Ein Zustand, den wir wie gesagt in der Medizin heute schon haben und der vielerorts beklagt wird.

Ich habe in meiner Praxis die Erfahrung gemacht, dass viele Patienten gar nicht in erster Linie wegen einer Heilung kommen, auch wenn sie das

vorgeben, da das der offiziell sanktionierte Grund ist, weswegen man zu einem Arzt oder Psychotherapeuten geht. Häufig ist es ein ganz wichtiges Motiv, sein Leid einem Zuhörer zu klagen. Der Patient braucht den Therapeuten als Klagemauer. Er will hören, dass er nicht der hinterletzte Versager ist und dass seine Bemühungen und Einstellungen trotz der unerfreulichen Resultate und des Scheiterns recht und redlich waren. Er will eine Bestätigung, dass er etwas wert ist. Dieses Bedürfnis ist tief und hartnäckig, mit keiner noch so eleganten Deutung und Bewusstmachung kann es aufgehoben werden. Eine Besserung oder Stabilisierung des Zustands kommt häufig dadurch zustande, dass der Therapeut bereit ist, auch solche Menschen grundsätzlich in ihrer Individualität anzuerkennen und wertzuschätzen. Eine solche längerfristige Anerkennung kann beim Patienten dazu führen, dass er Mut fasst, neue Gedanken und Lösungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen. Dies muss allerdings nicht geschehen und ist auch nicht die Regel. Dieser Wunsch nach Aufmerksamkeit und Anerkennung wird mit der heutigen Definition von Psychotherapie und Effizienz verpönt, der seelsorgerische Aspekt der Psychotherapie wird verleugnet. Es bleibt dem Patienten nichts anderes übrig als nach der Konsultation des Arztes und des Psychotherapeuten einen „Scharlatan“ zu besuchen, da er je länger je weniger Fachleute findet wird, die sich für ihn als Menschen interessieren, weil diese unter dem Druck stehen, wegzuthereapieren und sich darüber ärgern, dass sich einige Patienten so hartnäckig dagegen wehren.

Doch zurück zur Identität! Ich möchte aber nicht über die Identität des Psychotherapeuten sprechen, sondern diejenige seines angeblichen Gegenteils und Widersachers, nämlich des Scharlatans. Immer wieder wird er bemüht, um sich von ihm abzugrenzen und um sich selber als leuchtendes Beispiel zu definieren. Er ist der Schwarze Peter, der natürlich immer der andere ist. Es hat sich meines Wissen jedoch noch niemand bemüht, dessen Identität etwas genauer zu definieren, so will ich es versuchen: Ein Scharlatan ist ein Therapeut, der entweder vorsätzlich vorgibt zu heilen, sich aber nur berei-

chern und die Dummen über den Tisch ziehen will, oder der mit untauglichen, gefährlichen oder unnötigen Mitteln und mit Heilsversprechungen, an die er selber glaubt, ohne Erfolg oder gar mit einer Schädigung des Patienten an ihm herumlaboriert. In diese Definition habe ich mit Absicht das Argument der Qualifikation ausgelassen, da es meiner Meinung nach nicht stichhaltig ist. Die Qualifikation kann unter Umständen sogar als Deckmantel für Scharlatanerie, wie ich sie oben definiert habe, gelten. Die Abgrenzung von Scharlatanerie ist meiner Meinung nach bestenfalls ein politisches Verkaufsargument. Unsaubere Einstellungen und Verhaltensweisen werden dadurch nicht verhindert, sondern bloss verschleiert. Was nützen eine aufgeblähte Bürokratie, der Nachweis einer ausgedehnten Ausbildung und der Besuch von Weiterbildungen Supervision und Intervention, wenn erkennbar wird, dass einige Dozenten und Supervisoren auch nur Menschen sind, die teilweise grössere therapeutische Fehlleistungen erbringen als der Supervisor oder Student und gar krasse

Kunstfehler begehen, diese aber eloquent rationalisieren und sogar in eine Tugend verwandeln können. Hohe akademische und intellektuelle Qualifikation sowie starke gesellschaftliche Anerkennung scheint letzteres eher zu begünstigen.

Aus diesen Gründen bleibt meine Identität als Psychotherapeut weiterhin schwankend. Meiner Meinung nach müsste unter anderem der seelsorgerische Aspekt der Psychotherapie wesentlich deutlicher auch gegenüber den Krankenkassen vertreten werden. Über die Kirchensteuer wurde die seelsorgerische Tätigkeit der Pfarrer immer bezahlt – dies ist ein Argument! Da wären unter anderem die Theologen vermehrt gefordert. Ich verstehe hier die Seelsorge nicht unbedingt in einem auf Gott bezogenen Sinn, wie es die Religionen kennen, sondern eher als ein Sorge-tragen um Menschen, damit sie nicht verloren gehen und sich nicht aufgeben. Die ausschliessliche Ausrichtung der psychotherapeutischen Identität auf die Medizin halte ich für verhängnisvoll.

Christoph Gassmann, Horgen

Zu Aussagen über die Medizin (Psychotherapie Forum Supplement, Vol. 7 No. 1 1999, die beiden Artikel: „Gesundheit als Menschenrecht, der Beitrag der Psychotherapie“ und „Von der sozial- und berufspolitischen zur gesundheitspolitischen Argumentation“)

Unrealistische Vorstellungen über die Medizin

Zuerst einmal vielen Dank für den langjährigen und unermüdlichen Einsatz im berufspolitischen Rahmen. Ich selber bin Arzt und Psychotherapeut. Nachdem ich nun den Artikel „Gesundheit als Menschenrecht ...“ von Schlegel gelesen habe, drängt es mich, Euch kritisch zu schreiben. Denn ich denke, dass allen Psychotherapeuten daran gelegen sein muss, realistische Vorstellungen zu verbreiten und mit den anderen Berufsvertretern des Gesundheitswesens verträglich zusammenzuarbeiten. Da helfen zwei Artikel in diesem Heft leider nicht. Aus meiner Sicht sollte es ausschliesslich um die Kranken gehen und nicht um Propaganda und Selbstbeweihräucherung.

Um nicht völlig missverstanden zu werden: Ich bin mit den drei Artikeln im Heft 1/99 grundsätzlich einverstanden, finde sie nötig. Aber der Satz im obgenannten Artikel: „Anders als im grössten Teil der somatischen Medizin, wo lediglich am Körper, ohne aktive Mitwirkung des Patienten, heilende Eingriffe vorgenommen werden können, ...“ zeigt, dass wenig Ahnung vom medizinischen Alltag vorhanden ist. Der besteht nämlich nur zu einem kleinen Teil aus Tätigkeiten im Operationssaal und auf der Intensivstation. Der grösste Teil der Medizin schlägt sich mit chronischen Erkrankungen herum wie Kreislaufproblemen, Rheuma, degenerativen Erscheinungen, etc. Schon nur ein kurzer Blick in eine Hausarztpraxis würde zeigen, wieviel aktive Mitar-

beit der Patienten gefordert wird: Risikofaktoren vermeiden, Lebens- und Ernährungsgewohnheiten ändern, selbsttätiges Ausführen von physiotherapeutischen Übungen, Medikamenteneinnahme zu Hause, etc. Ziel ist auch hier immer die Förderung der Selbstheilung.

Natürlich kommt die psychische Seite in der heutigen Medizin zu kurz, wie übrigens die Erkenntnisse der Alternativmedizin ebenfalls. Ich beklage seit Jahrzehnten, dass die Ganzheitlichkeit fehlt. Das gilt leider aber auch andersherum: Hier nur zwei Beispiele von Patienten, welche bei nichtärztlichen Psychotherapeuten über Monate in Behandlung standen und dann von sich aus zu mir kamen, weil es ihnen immer schlechter ging: Der eine hatte depressive Zustände, Schwierigkeiten mit der Frau und am Arbeitsplatz und ging deshalb in Therapie. Als sein bisher unerkannter Diabetes eingestellt war, hat er seine Probleme rasch und ohne fremde Hilfe gelöst. Der andere Patient litt an diffusen Ängsten, fühlte sich antriebslos und schwach, was ihn zum Psychotherapeuten trieb. Als seine unbemerkte, massive Eisenmangelanämie behoben war, fanden sich keine psychischen Symptome mehr. Dem Psychotherapeuten hätte wirklich

auffallen müssen, wie sehr der Patient bei jeder Anstrengung schnaufte. Aber eben: Diagnose hat immer mit Drandenken zu tun. Und woran soll man schon denken, wenn man keine Ahnung von somatischer Medizin hat?

Der Artikel von Fäh in der gleichen Nummer ärgert mich, weil er die Arroganz des nichtärztlichen Psychotherapeuten ausstrahlt, der sich offensichtlich als Verwalter der allein wirk-samen Verfahren betrachtet: Siehe S. 21, die Überschrift zu Punkt 4: „Psychotherapie ist ... die wirtschaftlichste Behandlungsmethode“. Ja, wenn es sich um ausschliesslich psychische Ursachen handelt, sonst aber überhaupt nicht. Ich finde es ausgesprochen ungut, wenn die Psychotherapeuten nun ihrerseits die Ganzheitlichkeit der Heilkunde vergessen. Nur eine Zusammenarbeit aller Kräfte im Gesundheitswesen (Politik, Versicherer, Leistungserbringer, Patienten) führt zu einem erspriesslichen Resultat. Der kämpferische bis sektierische Grundtenor einiger Artikel in letzter Zeit hat mich zunehmend befremdet und beunruhigt, weil ich dies kontraproduktiv empfinde.

*Kurt F. Peter, Dr. med.
Scheffelstrasse 16, St. Gallen*

démarche semble s'amorcer, la plus grande vigilance s'impose dans l'intérêt de l'humanité.

Quelle pourrait en être la motivation ? Il y a lieu de supposer que lorsque Caspar – comme d'ailleurs Grawe – élabore ses visions d'unification ou, pour le formuler de manière plus sophistiquée, d'intégration, c'est en fait la thérapie cognitive du comportement qu'il cherche à promouvoir ; en effet, cette dernière a toujours été une méthode éclectique. Pour autant que je sache, ni Grawe ni Caspar n'ont jamais été autre chose que des représentants de la thérapie cognitive du comportement.

J'espère que le processus qui se déroule au sein de la Charte va parvenir au but qui lui a été fixé : éviter qu'une méthode de thérapie ou un courant n'en domine d'autres et annexe tout le reste. Il s'agit d'entretenir des rapports de concurrence amicale et d'apprendre par le biais d'échanges critiques. Il s'agit également de se mettre d'accord sur les points que les différents courants ont en commun au niveau de la formation, de l'éthique et de la recherche.

Du fait des phénomènes de transfert qu'elle provoque, la psychothérapie court déjà un risque assez important de donner naissance à des systèmes autoritaires. Le pluralisme des méthodes et des courants, soutenu par des institutions qui, toutes, évoluent aussi dans le contexte de leur propre approche, constitue un indispensable garant : il permettra d'éviter que notre discipline ne s'approprie trop de pouvoir sur les êtres humains.

*Peter von Tessin, dr. phil.
président de la Charte suisse
pour la psychothérapie*

La psychothérapie entre la conformité et l'émancipation

Contribution au débat sur l'identité professionnelle lancé dans le supplément du Forum no. 2, vol. 7, 1999. Je reprend certains énoncés, choisis parmi l'ensemble des opinions exprimées.

Franz Caspar écrit : « A mon avis, les courants de thérapie (ou écoles) – au sens traditionnel – ont fait leur travail mais ils ont aussi terminé leur service ; ils devraient se retirer dans la dignité, en pleine conscience de leurs

Courrier des lecteurs

en rapport avec le thème « Identité professionnelle : entre psychothérapeutes et représentants d'un courant donné » (supplément du Forum no. 2, vol. 7, 1999)

La fin de la diversité des cultures

Dans le numéro 2/99 du Psychothérapie Forum, le professeur F. Caspar nous prédit la disparition des différents courants de psychothérapie et l'unification de cette dernière. Le client doit enfin pouvoir recevoir ce dont il a besoin et ceci à un prix avantageux pour ceux qui financent un traitement bien évidemment efficace – bref, on doit lui offrir la bonne cure pour ses troubles psychiques. C'est ce qu'il nous promet et cela peut sembler assez séduisant.

Qu'est-ce qui peut bien inciter un psychothérapeute à annoncer que la diversité des cultures psychothéra-

peutiques formant la base même du large éventail des méthodes et des courants existants va disparaître – et à l'annoncer sans en paraître effrayé ou même désolé, puisqu'en fait il semble souhaiter leur disparition ? N'est-ce pas justement le pluralisme des approches guidant l'acte et la pensée thérapeutiques, la manière dont celles-ci se mesurent et se fécondent mutuellement, qui donnent à la psychothérapie sa vitalité et sa capacité à constamment innover ? « Intégrer » les différents courants équivaut à commettre un inconcevable acte de violence contre la liberté de l'individu, que celui-ci soit client, thérapeute ou chercheur. Et là où ce genre de

mérites mais en nous laissant travailler à élaborer une nouvelle identité. » Tout en reflétant une peur inconsciente de la force de la tradition, cette affirmation conduit à la notion discutée que les courants traditionnels empêchent les « nouvelles » écoles de thérapie d'élaborer une identité différente. Ce genre de déclarations ne provoque aucune évolution et ne rend service ni aux « écoles » traditionnelles ni aux « nouvelles » approches. Elles ne font qu'enflammer plus avant la lutte entre méthodes.

Franz Caspar poursuit sa réflexion comme suit : en tant que scientifique, il sait heureusement comment procéder pour contrôler le travail (en utilisant questionnaires, enregistrements vidéo et autres instruments de ce type) et en tant que superviseur il sait que les thérapeutes qui se sont habitués dès le début à soumettre leur travail à un contrôle de qualité sont ceux qui acquièrent une bonne dose de confiance en soi – réaliste, évidemment. Il ne pose pas même la question de savoir si le patient va vraiment remplir un questionnaire, compte tenu de la situation de transfert dans laquelle il se trouve à ce moment précis. Le sentiment de sécurité qui est fourni au thérapeute est d'ailleurs problématique dès lors que les rapports de transfert et leur évolution ne sont pas pris en compte. De plus, un questionnaire va avoir une signification très différente selon que le thérapeute considère le traitement comme une « procédure » ou comme un « processus ».

Permettez-moi de mentionner l'article d'Alice Holzhey-Kunz (dans ce même numéro) ; elle y aborde de nombreuses questions qu'elle relie à une réflexion constructive : « Toute activité psychothérapeutique [si l'on se conforme au principe récent selon lequel elle est un ensemble de procédés visant certains objectifs de manière rationnelle] ... s'axe sur un objectif ... L'accent est placé entièrement sur une méthode fondée du point de vue scientifique ... ». Il en ressort que : « la psychothérapie est une procédure technique, dont on peut prévoir et contrôler le déroulement. Ici, 'procédure' est l'antithèse de 'processus'. Alors qu'un processus implique toujours des sujets, une procédure a par définition un objet auquel elle est appliquée. A ce niveau, l'objet est

moins la personne (le client) que le trouble psychique » qui doit être éliminé ! Alice Holzhey critique cette manière d'approcher la thérapie : elle retire ses pouvoirs au sujet et se pose donc en obstacle à l'assimilation thérapeutique des conflits intériorisés, puisqu'elle renonce à prendre parti pour la biographie subjective préservée par l'inconscient. En lieu et place, elle exige des analystes qu'ils se conforment à une approche guidée uniquement par des aspects technico-méthodologiques.

Par ailleurs, il me semble que l'opinion exprimée par Markus Fähr – « Du point de vue de la politique professionnelle nous devons avoir une double identité » – ne peut être acceptée qu'avec une certaine prudence. La notion de double identité risque de conduire à une disparition de la subjectivité du thérapeute. Le titre de « psychothérapeute ASP » ne peut servir que de signe extérieur indiquant que les traitements menés par son porteur sont acceptés par les caisses maladie. En tant que psychothérapeute ASP, je m'efforce d'obtenir que la société accorde à la psychothérapie le statut qu'elle mérite. En tant que psychanalyste, je mets en évidence les contextes – intérieurs et extérieurs – qui font que l'individu souffre. Dans ces sens, j'ai acquis une identité en tant que psychanalyste et non en tant que psychothérapeute ASP.

Les remarques ci-dessus me poussent à conclure que les représentants des différentes méthodes de psychothérapie devraient débattre de questions telle « la psychothérapie est-elle une procédure technique ou un processus ? ». S'agissant de ces questions fondamentales, je suis convaincu que le débat va s'avérer très difficile car, en une première étape, il faudra renoncer à percevoir les autres courants comme des « adversaires ». La question de savoir quelle méthode a le plus de valeur, quelle est celle qui est la plus 'efficace' (économique, adéquate et efficiente) devra finalement devenir vaine. Il faudra admettre que différents points de vue, en d'autres termes différentes approches psychothérapeutiques se justifient. Des méthodes continueront à être pratiquées qui ne se fondent pas sur un ensemble visant des objectifs de manière rationnelle et qui pourtant, ou justement pour cette raison, sont por-

teuses d'un potentiel curatif : à partir de leurs idées « dépassées », il est possible de découvrir la « vérité » et donc de « nouvelles perspectives d'avenir », c'est-à-dire de soutenir une conception de la « santé » et de la « maladie » différente de celle qu'adoptent ceux qui ont intériorisé les définitions de ces dernières qui sont acceptées par les caisses maladie.

Quelles possibilités sont-elles ouvertes à la psychothérapie pour que la culture qui la caractérise ne s'appauvrisse pas ? Il me paraît important que ses praticiens réussissent à dépasser les rapports de pouvoir illustrés avec tant d'ironie et de justesse par Noemi Holtz. Ce type de structures sert de mécanisme de défense contre la peur – les abandonner signifie aussi renoncer à exercer un pouvoir, donc renoncer à se protéger contre des sentiments de peur. Michael Gutberlet décrit de manière exemplaire ce qui se passe si l'on ne renonce pas au pouvoir : chacun lutte contre les « autres » méthodes. Soutenir des idées préconçues de l'adversaire contribue à contrer les craintes et l'insécurité régnant dans le camp dont on fait partie et apporte un sentiment de grandeur et de force. Si j'accepte l'hypothèse selon laquelle ces mécanismes de défense existent vraiment, je me vois contraint de constater que de nombreux psychothérapeutes – tous courants confondus – les utilisent encore. La tâche que nous avons à accomplir est donc claire : il faut que les représentants des différents courants s'émancipent, c'est-à-dire qu'ils se rendent compte qu'il est essentiel que chacun de ceux-ci renonce à s'approprier un pouvoir sur les autres !

Walter Franzetti, lic. phil.
Im Hügeler 2
CH-5406 Baden-Rütihof

La médicalisation de la psychothérapie

Il y a longtemps que je m'efforce en vain de définir clairement mes activités de thérapeute : en effet, après une formation de base à l'Institut für Angewandte Psychologie (Zurich), je me suis d'abord formé à la psychanalyse puis, plus tard, au psychodrame. Je ne me percevais ni comme analyste, ni comme thérapeute de groupe. Je

choisis alors d'utiliser le terme de « psychothérapie » pour désigner mon travail, sans pourtant avoir le sentiment d'appartenir vraiment à un courant donné ; je maintiens une distance critique. Ceci m'a d'ailleurs permis de mieux percevoir certaines tendances à la partialité dans les différentes écoles, puisque je ne m'identifiais à aucune d'entre elles. J'ai toujours suivi avec beaucoup de plaisir les efforts entrepris par l'ASP et la Charte pour réunir sous un même toit les divers courants de thérapie. Mais mon plaisir se trouble progressivement et, dans ce contexte, je me suis senti interpellé par les articles d'A. Holzhey-Kunz et de M. Koemeda-Lutz (supplément du Psychothérapie Forum consacré à l'identité professionnelle). Ils traitent de thèmes que je me permets d'approfondir encore un peu ci-dessous.

Il me semble que le processus au cours duquel la psychothérapie se cherche une identité et tente de se définir elle-même s'accompagne toujours plus d'une médicalisation de la discipline. Les pressions exercées par notre méritocratie pour obtenir conformité à certaines normes sont tellement fortes qu'à mon avis, les psychothérapeutes ne réussissent plus à énoncer et à soutenir leurs positions de manière suffisamment claire et précise. Des définitions spécifiques de la santé et de la maladie, ainsi que la notion d'efficacité font passer tous les autres points de vue et toutes les autres visées au second plan. Ceux qui ne veulent pas se conformer à ces schémas courent le risque de se voir attribuer pour identité celle du charlatan. Les psychothérapies définies en fonction de la manière dont la société perçoit santé et maladie attribuent une importance croissante aux symptômes et portent de moins en moins attention à l'individualité des clients et des thérapeutes et à la relation qui les lie. Comme l'indique le titre de ma contribution, la médecine procède actuellement de manière similaire – et nombreux sont ceux qui le déplorent.

Mon expérience de praticien m'a appris que de nombreux patients ne viennent pas me voir parce qu'ils souhaitent 'guérir', même si c'est ce qu'ils disent parce qu'après tout, c'est (officiellement) pour guérir qu'on consulte un médecin ou un psychothérapeute. Souvent, ils sont motivés par le besoin d'avoir quelqu'un qui les écoute – pour

eux, le thérapeute joue le rôle de 'mur des lamentations'. Le client veut s'entendre dire qu'il n'a pas totalement échoué et que mêmes ses efforts et ses attitudes semblent avoir produit des résultats peu satisfaisants et abouti à l'échec, il a honnêtement fait ce qu'il a pu. Il souhaite qu'on lui dise qu'en tant que personne, il a de la valeur. Ce besoin est profond et inébranlable ; aucune interprétation, si élégante soit-elle, et aucune prise de conscience ne peut le satisfaire. Une amélioration ou une stabilisation de son état ne se produit souvent que parce que le thérapeute est disposé à accepter par principe que quelqu'un qui souffre de troubles psychiques n'en est pas moins un individu digne d'estime. A long terme, cet écho positif peut donner au patient le courage d'envisager de nouvelles solutions et d'oser de nouvelles idées. Mais ceci n'est pas forcément indispensable et, en général, ce n'est pas ce qui se produit. La définition actuelle de la psychothérapie et de l'aspect 'efficacité' ne tient pas compte de ce besoin d'attention et d'acceptation : il est mal vu, ce qui revient à désavouer l'aspect 'prise en charge de l'âme' de la psychothérapie. Le patient n'a alors pas le choix : après avoir consulté un médecin et un psychothérapeute qui ne se sont pas intéressés à lui en tant qu'être humain (et il y aura de plus en plus de spécialistes de ce type), il se rendra auprès d'un « charlatan ». Et les spécialistes dont on attendra toujours plus qu'ils éliminent des symptômes continueront à se sentir frustrés que certains patients s'entêtent à ne pas vouloir guérir.

Revenons à 'l'identité' – mais ce n'est pas de celle du psychothérapeute dont je souhaite traiter, mais bien de celle de son soi-disant pôle opposé et adversaire, le charlatan. C'est toujours en se référant à lui que le psychothérapeute se démarque et se définit en tant qu'exemple radieux. Le charlatan est le nain jaune qui a tout faux et bien évidemment, il n'est jamais le thérapeute. Pour autant que je sache, personne n'a jamais essayé de mieux définir son identité ; je propose donc ma propre définition : un charlatan est un thérapeute qui promet de propos délibéré de guérir des patients alors qu'il ne cherche qu'à s'enrichir et à exploiter la crédibilité d'autrui ; ou encore, il est un thérapeute qui utilise des remèdes dangereux ou inutiles et qui promet au

patient de le guérir en croyant vraiment en avoir le pouvoir, mais qui n'y réussit pas ou qui même nuit à ses clients. J'ai fait exprès de ne pas inclure dans ma définition l'argument 'qualification' car, à mon avis, celui-ci n'est pas valable. Il peut même arriver qu'il serve à couvrir la charlatanerie, telle que je l'ai définie plus haut. Je considère que la démarcation thérapeute/charlatan est tout au plus un argument politique qui sert à mieux vendre le produit psychothérapie. Au lieu d'éliminer les pratiques et comportements douteux, il contribue à les voiler. A quoi servent une bureaucratie artificiellement gonflée et des justificatifs de toutes sortes (formation complète, séances de supervision et d'intervention, cours de formation permanente, etc.) lorsqu'on sait pertinemment que certains formateurs et superviseurs ne sont que trop humains et qu'il arrive qu'ils commettent des lapsus thérapeutiques plus graves que ceux des candidats ou étudiants avec lesquels ils travaillent ? Et que l'on sait qu'il leur arrive même de commettre d'éclatantes fautes professionnelles, mais qu'ils savent comment rationaliser celles-ci avec éloquence et même les transformer en vertu ? Il me semble d'ailleurs qu'une formation avancée au niveau académique et intellectuel et un statut social élevé permettent tous deux de mieux exploiter ce talent...

C'est pour toutes ces raisons que mon identité de psychothérapeute va sans doute demeurer peu claire. A mon avis, l'aspect 'accompagnement spirituel' de la pratique psychothérapeutique devrait être mieux explicité et soutenu plus clairement, même envers les caisses maladie. Après tout, l'impôt ecclésiastique a toujours servi aussi à payer le travail du pasteur – ceci me paraît un argument valable et intéressant parce qu'il faudrait, entre autres, que les théologiens s'impliquent plus. Non que je conçoive cette démarche comme se référant forcément à un Dieu, au sens où l'entendent les religions ; pour moi, il s'agit plutôt de 'prendre soin' de certains êtres humains, pour que ceux-ci ne se perdent pas et ne renoncent pas à eux-mêmes. Dans ce contexte, il me paraît extrêmement dangereux de définir l'identité du psychothérapeute par référence à celle du médecin seulement.

Christoph Gassmann, Horgen

Concernant ce qui a été dit de la médecine (*Psychothérapie Forum* vol. 7, no. 1, 1999, supplément / articles : « La santé est un droit de l'homme – la contribution de la psychothérapie » et « Ajouter des arguments relevant de la politique de la santé à ceux qui se réfèrent à la politique sociale »

Des conceptions peu réalistes de la médecine

Permettez-moi d'abord d'exprimer ma reconnaissance à ceux qui, depuis des années, s'engagent inlassablement au niveau de la politique professionnelle. Je suis médecin et psychothérapeute et, après avoir lu l'article de M. Schlegel (« La santé est un droit ... ») j'ai eu envie d'y répliquer. En effet, il me semble que dans l'intérêt de tous les psychothérapeutes, il vaudrait mieux diffuser des idées réalistes et collaborer dans une atmosphère positive avec les représentants des autres professions de la santé. Cet article – et le second, mentionné ci-dessus – ne contribuent malheureusement rien dans ce sens. Et, à mon avis il faut se préoccuper en priorité des patients au lieu de faire de la propagande et de clamer les mérites des psychothérapeutes (non-médecins).

Pour éviter d'être mal compris, j'ajoute que je suis d'accord avec le fond des trois articles publiés dans le supplément 1/99 et qu'il est positif qu'ils aient été publiés. Mais une phrase (article de M. Schlegel) montre que son auteur sait peu du quotidien des médecins : « Une part importante des traitements médicaux de type somatique peut intervenir au niveau du corps seulement, sans que le patient ait à apporter une contribution active; par contre, pour guérir, la psychothérapie a besoin du travail actif du patient ... ». En effet la pratique de la médecine n'est faite que pour une très petite part d'opérations

et du traitement de malades hospitalisés aux soins intensifs. Une bonne part du reste est consacrée au traitement de maladies chroniques, de troubles circulatoires, d'affections rhumatismales, de troubles dégénératifs, etc. Un seul petit regard dans le cabinet d'un médecin généraliste suffirait pour comprendre que celui-ci demande au patient d'apporter une importante contribution active : éviter les facteurs de risque, modifier son rythme de vie et ses habitudes alimentaires, pratiquer chez lui des exercices de physiothérapie, prendre ses médicaments, etc. Ici également, l'objectif est toujours de promouvoir les potentiels curatifs que le patient peut trouver en lui-même.

Il est clair que la médecine actuelle ne tient pas suffisamment compte des aspects psychiques – comme d'ailleurs du savoir acquis par la médecine dite alternative. Depuis plusieurs dizaines d'années je ne cesse de déplorer que les traitements ne soient pas de nature plus holistique. Mais on peut aussi faire ce reproche à d'autres professionnels. Permettez-moi de citer l'exemple de deux patients qui vinrent me consulter parce qu'ils allaient de plus en plus mal, alors même qu'ils avaient été traités pendant plusieurs mois par des psychothérapeutes non-médecins. Le premier souffrait d'états dépressifs, avait des problèmes avec des collègues de travail et avec sa femme – et c'est pourquoi il avait consulté un psychothérapeute. En fait, il souffrait de diabète et une fois celui-ci diagnostiqué et traité, le patient résolut ses autres

problèmes, rapidement et sans le soutien d'un thérapeute. Le second patient souffrait d'anxiété diffuse ; il se sentait faible et sans élan – il consulta donc un psychothérapeute. Ce dernier aurait vraiment dû remarquer que le patient était essoufflé au moindre effort. Il souffrait en fait d'anémie, dû à un manque de fer, et une fois celle-ci traitée correctement, ses symptômes psychiques disparurent. 'Diagnostiqueur' vient du grec et signifie 'qui est apte à reconnaître' – mais que peut-on 'reconnaître' si l'on ne sait rien par rapport aux symptômes somatiques et à leurs causes éventuelles ?

L'article de Fähr publié dans le même numéro m'a mis en colère, car il a le parfum de l'arrogance du psychothérapeute non-médecin qui se considère comme le seul gestionnaire possible des méthodes efficaces. Je cite, p. 23, titre du point 4 : « La psychothérapie est la méthode de traitement la plus économique ». Oui, bien sûr, si les causes des troubles sont uniquement psychiques, mais sinon ceci n'est pas du tout exact. Je trouve vraiment peu positif que certains psychothérapeutes oublient que 'l'art de guérir' implique que l'on tienne compte du corps comme de l'âme, donc une approche holistique. Ce n'est que sur la base d'une collaboration entre tous les milieux impliqués dans le domaine de la santé (politiciens, assureurs, prestataires et patients) que l'on peut parvenir à des résultats utiles. Le ton combatif et parfois même sectaire de quelques articles publiés ces derniers temps m'a surpris désagréablement ; il m'inquiète, car il ne me paraît improductif.

Kurt F. Peter, médecin
Scheffelstrasse 16, Saint-Gall

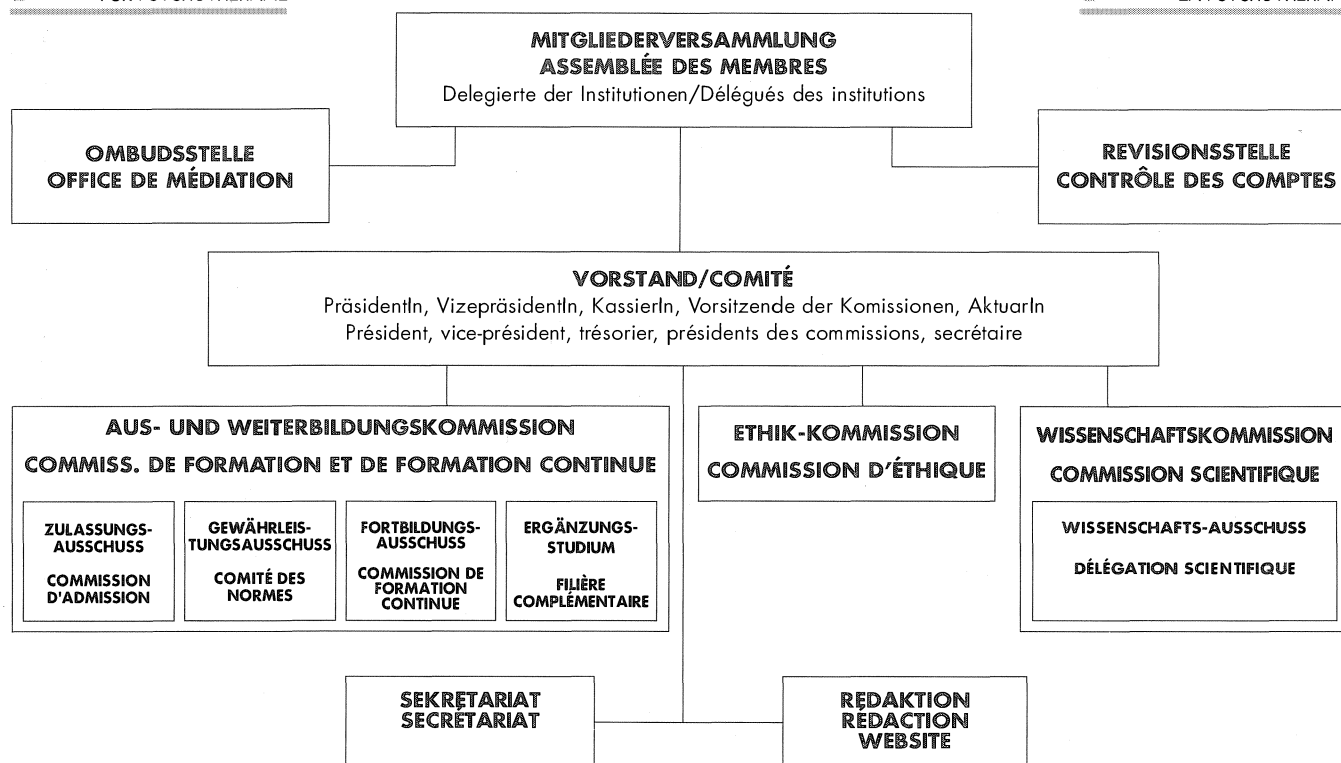
Bericht aus der Schweizer Charta für Psychotherapie



SCHWEIZER CHARTA
FÜR PSYCHOTHERAPIE



CHARTÉ SUISSE POUR
LA PSYCHOTHERAPIE



Vorstand

Präsident/Aktuar Dr. phil. Peter von Tessin
 Vizepräsidentin lic. phil. Irene Lüscher
 Kassier lic. phil. Roman Decurtins
 lic. phil. Karl Bruder
 Dr. sc. nat. Mario Schlegel

Aus- und Weiterbildungskommission

Vorsitz lic. phil. Irene Lüscher
 lic. phil. Peter Schulthess
 Dipl. Päd. Raimund Dörr
 Dr. phil. Hedi Haffner
 dipl. psych. Pedro Grosz
 Erika Schmid-Hauser
 Dr. phil. Franz Brander

Zulassungsausschuss

Vorsitz Dr. phil. Hedi Haffner
 dipl. psych. Pedro Grosz
 Dipl.-Psych. Rütger Schoeller

Gewährleistungsausschuss

Vorsitz lic. phil. Peter Schulthess
 lic. phil. Christine Borer
 Dipl. Päd. Raimund Dörr
 Dr. phil. Françoise O'Kane

Fortbildungsausschuss

Vorsitz Erika Schmid-Hauser
 Dr.phil. Franz Brander

Ergänzungstudium Psychotherapie-Wissenschaften

Studienrat Dr. phil. Franz Brander
 Dipl.-Psych. Silvia Drechsel
 Dr. phil. Markus Fäh
 dipl. psych. Pedro Grosz
 Prof. Dr. phil. Verena Kast
 Dr. phil. Armin Metzger
 Prof. Dr. Dr. phil. Hilarion Petzold
 lic. phil. Peter Schulthess
 Dr. phil. Peter von Tessin

Studienleitung Dr. phil. Franz Brander
 Dipl.-Psych. Silvia Drechsel
 Gisela Zeller Steinbrich

Wissenschaftsausschuss

Co-Leiter Dr. phil. R. Buchmann / Dr.sc.nat. M. Schlegel
 Dr. phil. Arnold Frauenfelder

Ethikkommission

Vorsitz lic. phil. Karl Bruder
 lic. psych. Catherine de Dardel
 Dipl. analyt. Psychol. Hanna Hadorn
 Ersatz lic. phil. Ursula Howald

Redaktion Dr. sc. nat. Mario Schlegel

Website Dr. sc. nat. Mario Schlegel

Sekretariat Guggeienhof 23, 9016 St. Gallen

Revisor Urs Weibel

Mitglieder/Membres

SGfAP/SSPA

Schweiz. Ges. für Analytische Psychologie
Société Suisse de Psychologie Analytique

C. G. Jung-Institut Zürich

IIPB

Institut International de Psychanalyse et de
Psychothérapie Charles Baudouin

Psychoanalytisches Seminar Zürich

SGST

Schweiz. Ges. für Schicksalsanalytische
Therapie

SGDA

Kammer der Schweiz. Ges. für Daseinsanalyse

Stiftung Szondi-Institut

SGIPA

Schweiz. Ges. für Individualpsychologie nach
Alfred Adler

IfP

Institut für Psychoanalyse

SVG

Schweizerischer Verein für Gestalttherapie und
integrative Therapie

EAG

Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Düsseldorf

IGW

Institut für integrative Gestalttherapie Würzburg

SGTA/ASAT

Schweiz. Ges. für Transaktionsanalyse
Association Suisse d'Analyse Transactionnelle

Institut AHP Zürich

Inst. für Ausbildung in Humanistischer
Psychotherapie

SGGT/SPCP

Schweiz. Ges. für Gesprächspsychotherapie
und personenzentrierte Beratung/Société Suisse
pour la Psychothérapie Centrée sur la Personne

Ausbildungsinstitut GFK

Gesprächspsychotherapie – Focusing –
Körperpsychotherapie

ISIS

Institut für selbständige interdisziplinäre
Studiengänge

SGBAT/SSATB

Schweiz. Ges. für Bioenergetische Analyse und
Therapie/Société Suisse d'Analyse et de
Thérapie Bioénergétiques

VKJP/ASPE

Schweiz. Vereinigung für Kinder- und
Jugendlichen-Psychotherapie/Association Suisse
de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents

IIBS

Internationales Institut für Biosynthese Forschung
– Entwicklung – Ausbildung

SPK/SPE

Schweiz. Ges. der Psychotherapeuten
für Kinder und Jugendliche/Société Suisse
des Psychothérapeutes d'Enfants et
Adolescents

IKP/ISP

Institut für körperzentrierte
Psychotherapie und Beratung/
Institut de Somatopsychothérapie

VPZ

Verband der Psychotherapeuten der Zentral-
schweiz (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)

BVP

Bündner Vereinigung für Psychotherapie

VOPT

Vereinigung Ostschweiz. Psychotherapeuten
(AI, AR, FL, GL, SG, SH, TG)

VPB

Verband der Psychotherapeuten beider
Basel

SPV/ASP

Schweizer Psychotherapeuten-Verband
Association Suisse des Psychothérapeutes

Die Frage nach der Wissenschaftlichkeit der Verfahren wird angegangen

Seit Unterzeichnung der Charta 1993 besteht die Mitgliedschaft jeder Institution immernoch nur unter Vorbehalt des Nachweises, dass die Methode wissenschaftlich begründet ist. Bisher haben sich Gewährleistungskommission und Wissenschaftskommission die Zähne daran ausgebissen, wie die von allen Charta-Unterzeichnern eingegangene Verpflichtung einzulösen sei. An der letzten Mitgliederversammlung wurde nun ein Verfahren gutgeheissen (mit lediglich einer Gegenstimme), das sich über die nächsten zwei Jahre hinziehen wird und bis Ende 2001 die definitive Aufnahme oder Ablehnung der Verfahren als wissenschaftliche Psychotherapie ermöglichen wird.

Der Wissenschaftsausschuss hat in Zusammenarbeit mit einer Arbeits-

gruppe Wissenschaftsbegriff in einem längeren Diskussionsprozess einen Themenkatalog ausgearbeitet, welcher im Kolloquium von allen Vertretern aller Charta-Institutionen diskutiert und angenommen wurde. Der Vorschlag für das Vorgehen in der Diskussion der Themen erhielt in diesem Kolloquium wertvolle Impulse.

Hinter diesem Vorgehen steht die Erkenntnis aus den Kolloquien, dass schon die Terminologie „Wissenschaft“, „Wissenschaftlichkeit“ und „Forschung“ in den verschiedenen Schulen sehr unterschiedlich gebraucht wird. Getreu der Grundidee der Charta sahen wir davon ab, einfach eine Definition zu setzen resp. zu übernehmen und anschliessend die

Methoden an diesem Massstab messen zu wollen. Dieses hierarchische Vorgehen wäre der Charta nicht angemessen. Vielmehr geht es uns ja darum, voneinander zu lernen. Die diskrepanten Vorstellungen wollte die Charta schon immer als Chance begreifen, um das Entwicklungspotential der Vielfalt zu nutzen anstatt durch Vereinseitigung oder Vereinheitlichung in eine Stagnation oder Sackgasse zu geraten.

Das Prozedere der Anerkennung der Wissenschaftlichkeit muss daher auch ein diskursives und „demokratisches“ Vorgehen enthalten. Entscheidend wird bei einer solchen Zielsetzung, dass jedes Institut nachweist,

1. dass zu den verschiedenen Themen eine institutsinterne Diskussion stattfindet
2. dass diese Diskussion für die anderen „Schulen“ verständlich dargestellt wird, damit
3. sich jedes Institut schulenübergreifend der Diskussion stellt.

Die schulenübergreifende Diskussion wird im Rahmen von 8 Kolloquien in den Jahren 2000 und 2001 geführt werden. Grundlagen werden die frühzeitig eingereichten Darstellungen zu den gestellten Themen sein. Diese Darstellungen werden in den Kolloquien diskutiert, Verständnisfragen und Einwände werden auftauchen und Konsensfindungen geschehen. Die Diskussionen werden protokolliert, so dass der Wissenschaftsausschuss laufend Bericht erstatten kann. Damit soll eine breite Öffentlichkeit die Diskussion mitverfolgen können. Die Kolloquien sind öffentlich.

Beschlossen sind auch die basalen Kriterien, damit eine Schule als wissenschaftlich anerkannt werden kann. Sie muss:

1. Zu jedem Thema fristgerecht Stellung nehmen (auch wenn sie begründet, weshalb das Thema irrelevant sei, kann das als Stellungnahme gelten)
2. Sie muss an jedem der acht Kolloquien vertreten sein, um die Stellungnahmen erläutern oder Fragen beantworten zu können.
3. Sie muss bei der Erarbeitung der Publikationen mitwirken, die im wissenschaftlichen Teil des Psychotherapie Forums zu den verschiedenen Themenkreisen erscheinen werden.

Im nächsten Forum wird Sie ein längerer Artikel darüber informieren, welche Themen wann diskutiert werden und auch noch detaillierter über Prozedere und Kriterien berichten,

die das alte Versprechen der Charta einlösen wird, dass sie wissenschaftlich fundierte Psychotherapierichtungen vereint, die Kenntnisnahme zwischen den Schulen voranbringt und die Weiterentwicklung der Psychotherapie unterstützen will.

Wir bitten alle LeserInnen, ihre Institution zu unterstützen und sich an deren Anstrengungen rege zu beteiligen, damit diese – Ihre – Institution den Sprung zur definitiven Anerkennung als Charta-Mitglied schaffen kann. Die Ziele sind hoch gesteckt. Der Prozess verspricht aber ausserordentlich spannend zu werden.

*Rudolf Buchmann und
Mario Schlegel
Co-Leiter des
Wissenschaftsausschusses*

www.psychotherapie.ch: Die Charta auf dem Internet

Seit September 1999 befindet sich auf dem Internet eine Portalseite für die Psychotherapie in der Schweiz, wo ein direkter Zugang zur Charta besteht. Die Adresse ist optimal: *www.psychotherapie.ch*. Über die Charta-Website können die Homepages der Charta-Institutionen abgerufen werden. Damit ist der grösste Teil der Psychotherapie-Institutionen in der Schweiz über einen einzigen Zugang erreichbar.

Neben dem einfachen Zugang zur Psychotherapie macht dieses Portal sie auch sichtbar, gibt ihr eine Form. Der Charta-Text, Institutionen, psychotherapeutische Inhalte, Forschung, aktuelle Themen, Ausbildungsgänge, Vorlesungsverzeichnisse usw. sind wegen der Vernetzung der Institutionen in einem geordneten Zusammenhang wahrnehmbar. Das ist für unser Berufsbild in der Öffentlichkeit nicht unwesentlich.

Um den Nutzen unserer Website laufend zu verbessern, wird sie laufend weiterentwickelt. Sie soll nicht eine Broschüre auf dem Internet sein, sondern ein dynamisches Zentrum der Interaktion mit der Öffentlichkeit und der Institutionen untereinander.

*Mario Schlegel
Verantwortlicher für den
Aufbau und die
Realisation des
Psychotherapie-Portals
sowie der
Charta-Homepage*

Nouvelles de la Charte suisse pour la psychothérapie

La Charte aborde la question du fondement scientifique des méthodes

Depuis la ratification de la Charte, en 1993, les institutions signataires ne jouissent du statut de membres que sous réserve de la 'démonstration du fondement scientifique de leur méthode'. Le comité des normes et le comité scientifique avaient passé beaucoup de temps à tenter de définir la manière dont les institutions concernées pourraient s'acquitter de

l'obligation qui leur avait été imposée. Or, lors de la dernière assemblée des membres de la Charte une procédure a été approuvée (avec une seule opposition), qui doit se dérouler sur les deux années à venir et aboutir à la fin 2001 à ce que les différentes méthodes soient définitivement reconnues comme relevant d'une psychothérapie scientifique – ou non.

En collaboration avec la commission 'concept scientifique' et à la suite d'un long processus de discussion, le comité scientifique avait préparé une liste de thèmes qui fut débattue dans le cadre du colloque scientifique et approuvée par tous les représentants des institutions de la Charte. Durant ce même colloque, la proposition concernant le déroulement de la procédure et la manière dont les thèmes seraient traités s'est enrichie d'idées utiles.

La procédure adoptée se fonde sur le fait qu'il est devenu clair lors des

colloques que les différents courants utilisent des termes tels 'science', 'caractère scientifique' et 'recherche' de manière très variable. Pour demeurer fidèles à l'idée de base de la Charte nous avons renoncé à simplement fixer ou reprendre une définition, pour ensuite mesurer une méthode donnée à cet étalon. Ceci impliquerait une approche hiérarchique peu compatible avec l'esprit de la Charte. Nous voulons avant tout apprendre par le biais de nos échanges. La Charte a toujours perçu de manière positive l'hétérogénéité des points de vue de ses membres; elle est potentiel de développement des diverses approches et tenter d'unifier ces dernières ou d'imposer une vue unilatérale ne peut que conduire à la stagnation ou à un blocage en cul-de-sac.

La procédure au cours de laquelle les institutions reconnaissent le fondement scientifique de leurs différentes méthodes doit donc inclure un aspect discursif et un aspect démocratique. Cet objectif étant fixé, il est important

1. que chaque institut démontre que dans son propre cadre, un débat est en cours en ce qui concerne les différents thèmes
2. que les résultats de ce débat soient présentés de manière à ce qu'ils soient intelligibles pour les autres « courants »
3. que chaque institut se soumette à une discussion entre courants.

Cette dernière doit avoir lieu dans le cadre de huit colloques qui seront organisés en 2000 et en 2001. Des documents concernant les différents thèmes de la liste devront avoir été remis en temps utile. Un procès-verbal sera rédigé, concernant les documents, les objections qui auront été soulevées, ainsi que les débats. Le comité scientifique rapportera continuellement à ce sujet de sorte qu'un plus large public puisse suivre la discussion. Les colloques seront ouverts au public.

Ont également été fixés les critères de base qui permettront d'accepter le

caractère scientifique d'un courant. Il faut que chacun d'entre eux :

1. prenne position dans les délais quant à chaque thème (la démonstration du fait que ce thème n'est pas pertinent par rapport à un courant donné est considérée comme équivalant à une prise de position);
2. prenne part à chacun des huit colloques avec au moins un/e représentant/e, qui expliquera la prise de position de son courant et répondra aux questions qui lui seront posées;
3. collabore à la préparation des articles qui seront publiés au sujet de chaque thème dans le cahier scientifique du Psychothérapie Forum.

Nous publierons dans le prochain Forum un article plus long, indiquant les thèmes qui seront traités et à

quelle date, et fournissant plus de détails quant à la procédure et aux critères. La démarche accompagnant l'élaboration de ces deux aspects se fonde sur la promesse faite par la Charte de réunir en son sein des courants de psychothérapie qui reposent sur un fondement scientifique, de promouvoir la reconnaissance des différents courants entre eux et de contribuer à l'avancement de la psychothérapie.

Nous prions tous nos lecteurs d'apporter leur soutien à l'institution dont ils font partie et de participer activement aux efforts entrepris par celle-ci – ils permettront ainsi à *leur* institut d'être définitivement reconnu en tant que membre de la Charte. Ces objectifs sont ambitieux; le processus qui a débuté promet toutefois d'être absolument passionnant.

*Rudolf Buchmann
Mario Schlegel*

www.psychotherapie.ch: La Charte sur le Web

Depuis septembre 1999, nous disposons sur Internet d'un portail d'accès aux sites concernant la psychothérapie en Suisse, avec connexion directe à la Charte. Adresse (qui ne pourrait être meilleure !): www.psychotherapie.ch. Le site Web de la Charte permet également de se connecter à ceux de ses institutions. De la sorte, la plupart des organisations qui, en Suisse, s'occupent de psychothérapie peuvent être atteintes à partir d'un seul point d'accès.

Le site est plus qu'un moyen simple d'avoir accès à la psychothérapie; il donne visibilité et forme à cette dernière. Les institutions sont reliées par un réseau formant une structure qui permet de les situer: on y trouve le texte de la Charte, les documents des institutions, des références aux conte-

nus de la psychothérapie, à la recherche, à des thèmes actuels, aux filières de formation (programmes de cours compris), etc. Ceci va sans doute jouer un rôle non-négligeable par rapport à l'image que le grand public se fait de notre profession.

Notre site est continuellement amélioré en vue de le rendre encore plus utile. Il ne doit pas être simple brochure téléchargeable à partir du réseau, mais un lieu d'échanges dynamiques entre les institutions et le public, mais aussi entre membres de la Charte.

*Mario Schlegel
Responsable de la réalisation
du portail psychothérapie
et du site de la Charte*

Bericht aus dem SPV

Psychotherapie in der Gesellschaft verankern

Der Schweizer Psychotherapeuten-Verband setzt sich dafür ein, die gesellschaftliche und rechtliche Anerkennung der PsychotherapeutInnen und ihrer Berufsausübung zu verbessern. Einige Ziele hat er erreicht, andere sind in Reichweite, aber noch nicht durchgesetzt.

Ein wichtiger Erfolg war die Durchsetzung der Befreiung der psychotherapeutischen Leistungen von der Mehrwertsteuerpflicht.

Folgende Ziele visieren wir an: Erstens die Etablierung der Leistungen der nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen als Pflichtleistung im Grundversicherungskatalog des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), zweitens die Schaffung eines eidgenössischen Fachtitels PsychotherapeutIn, um endlich den gesamtschweizerischen Titelschutz zu gewährleisten.

Beide Anliegen sind auf gutem Wege, aber eben noch nicht endgültig durchgesetzt: Ein Verordnungsentwurf zum Einbezug der nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen als Pflichtleistungserbringer soll nach Ankündigung des Bundesamtes für Sozialversicherung nächstens in die Vernehmlassung gehen, die Vorarbeiten für ein eidgenössisches Psychotherapie-Gesetz sind an die Hand genommen.

Der Schweizer Psychotherapeuten-Verband ist seit Jahren an beiden Projekten in Zusammenarbeit mit den zuständigen Bundesämtern beteiligt.

Um den Anliegen der PsychotherapeutInnen noch mehr Druck zu verleihen, ist endlich zustande gekommen, wofür sich die Führung des SPV schon lange eingesetzt hatte: Eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) bei gegenseitiger Anerkennung der Differenzen in Sachfragen. Konkret planen die beiden Verbände in der Frage des

Psychotherapie-Gesetzes wie der Psychotherapie-Verordnung zum KVG, die politische Lobby-Arbeit gemeinsam zu konzipieren und durchzuführen.

Der SPV wirkt nicht nur auf der politischen Bühne, sondern auch auf anderen Feldern, um die Mitglieder in ihrer Berufsausübung zu unterstützen.

Drei wichtige Arbeitsschwerpunkte möchte ich herausgreifen: Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsmanagement und Berufsethik.

Die Public Relations-Arbeit für die Sache der Psychotherapie ist oft schwierig, aber mit sorgfältiger Themenwahl und Planung erfolgreich: Das Konzept des SPV ist es, Themen zu besetzen und an diesen Themen den individuellen und gesellschaftlichen Nutzen von Psychotherapie aufzuzeigen. In den letzten Jahren hat der Verband die Themen Psychotrauma, Vereinsamung und Gewaltbereitschaft in den Mittelpunkt gestellt. Diesen Herbst – am 13. November – fand eine gut besuchte öffentliche Tagung zum Thema „Depression: Gespräche oder Glücksspielen?“ in Zürich statt, an welcher PsychotherapeutInnen mit ÄrztInnen, Betroffenen und einer weiteren interessierten Öffentlichkeit über dieses Thema immer noch zu stark tabuisierte diskutiert.

Qualitätsmanagement ist im Gesundheitswesen nicht nur ein Schlagwort, sondern ein „Muss“ geworden, um die immer knapper werdenden Mittel möglichst sinnvoll einzusetzen. Wenn wir PsychotherapeutInnen im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle beanspruchen, müssen wir uns deshalb mit den Fragen der Qualitätssicherung beschäftigen und selber Konzepte entwickeln, damit uns nicht sachfremde Lösungen aufoktroyiert werden. Zu diesem Zweck hat der SPV

1995 eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, welche schulübergreifende Qualitätsleitlinien erarbeitet hat. Der Vorstand hat diese im Juni dieses Jahres bei den Mitgliedern des Verbandes in die Vernehmlassung geschickt. Das Echo zeigte u.a., dass vom Verband gewünscht wird, besonders im Bereiche der Fortbildung verbindliche Richtlinien zu schaffen. Der Vorstand wird entsprechende Massnahmen an der Generalversammlung im März 2000 vorschlagen.

Die Frage der Qualitätssicherung berührt die Frage der Berufsethik und grenzt an diese an. Seit zwei Jahren wird im Verband eine Diskussion über berufsethische Fragen geführt, welche an der letzten Generalversammlung zu einer strukturellen Reform des Standesverfahrens geführt hat. So wurde neben der Standeskommission eine Standesrekurskommission geschaffen, bei der Entscheide der Standeskommission angefochten werden können.

Es zeigt sich, dass weiter Diskussionsbedarf besteht. So muss für alle Mitglieder nachvollziehbar und transparent gemacht werden, welche Tatbestände als Missbräuche Gegenstand eines Standesverfahrens werden können und welche Sachverhalte in den Bereich der Qualitätsförderung und Qualitätsverbesserung psychotherapeutischer Behandlungen gehören. Es ist wichtig, dass Berufsethik und Qualitätssicherung zentrale Pfeiler der Tätigkeit eines psychotherapeutischen Berufsverbandes und auch des individuellen Psychotherapeuten-Bewusstseins darstellen. Auf keinen Fall dürfen diese Fragen zum Spielball der Inszenierung von paranoiden Machtphantasien werden.

Und da alle vom Millenniumswchsel reden, der in Wirklichkeit ja erst am 31. Dezember 2000 stattfindet, noch mein persönlicher Wunsch für die Psychotherapie im 21. Jahrhundert: Sie muss sich mehr und näher mit dem gesellschaftlichen Kontext, in dem sie stattfindet, auseinandersetzen und sich mehr in soziale und kulturelle Fragen einmischen.

Markus Fäh, Präsident SPV

Nouvelles ASP

Etablir la psychothérapie dans la société

L'Association Suisse des Psychothérapeutes milite pour que les psychothérapeutes et leurs activités professionnelles soient mieux reconnus sur le plan social et légal. Elle a atteint certains de ses objectifs ; d'autres semblent proches, mais ne sont pas encore réalisés.

Nous avons remporté un succès important au moment où nous avons obtenu que les prestations des psychothérapeutes soient exclues du champ de la taxe sur la valeur ajoutée. Nous visons maintenant les objectifs suivants : d'abord, inclusion des prestations des psychothérapeutes non-médecins dans la catégorie des prestations obligatoirement remboursées par l'assurance maladie de base, telle qu'elle est définie par la loi sur l'assurance maladie (LAMal) ; deuxièmement, établissement d'un titre fédéral de spécialiste en psychothérapie, ce qui permettrait enfin de prévenir l'utilisation abusive de cette désignation dans l'ensemble de la Suisse.

Ces deux affaires sont en bonne voie, mais nous n'avons pas encore obtenu gain de cause : selon l'Office fédéral des assurances sociales, le projet d'ordonnance concernant l'inclusion des psychothérapeutes non-médecins dans la catégorie des fournisseurs de prestations obligatoires doit être envoyé en consultation prochainement, alors que la préparation d'une loi fédérale en matière de psychothérapie a été mise en chantier. Notre association collabore depuis plusieurs années avec les départements fédéraux concernés par ces deux projets.

Une autre démarche dans laquelle le comité ASP s'implique depuis longtemps et dont l'ambition est de donner plus de poids aux visées des psychothérapeutes, a enfin abouti : FSP (Fédération Suisse des Psychologues) et ASP collaborent de manière constructive, tout en acceptant qu'elles ont des points de vue différents sur certaines questions. Concrètement, les deux associations projettent de

concevoir et de mener ensemble le travail de lobbying politique qui va être requis par rapport à la loi sur la psychothérapie et à l'ordonnance LAMal.

L'ASP ne se contente pas de s'activer sur la scène politique ; elle s'investit à d'autres niveaux pour apporter un soutien à la pratique professionnelle de ses membres. Permettez-moi de mentionner trois aspects prioritaires : relations publiques, gestion de qualité et éthique professionnelle.

Le travail RP en faveur de la psychothérapie se révèle souvent difficile ; mais il est efficace à partir du moment où ses thèmes sont choisis avec soin et où la démarche est bien planifiée : selon le concept choisi par l'ASP, il s'agit d'investir certains thèmes et sur cette base, de mettre en évidence l'utilité de la psychothérapie pour l'individu et la société. Les thèmes suivants ont été sélectionnés ces dernières années : traumatismes psychiques, isolement social et tendances à la violence. Nous avons organisé le 13 novembre dernier à Zurich une rencontre sous le titre suivant : « Depression : Gespräche oder Glücksspielen ? » (dépressions : thérapie ou pilules magiques ?). Un large public a manifesté son intérêt et les débats entre psychothérapeutes, médecins, personnes concernées et autres intéressés ont été passionnants – alors même que ce thème fait encore trop souvent l'objet d'un tabou.

La 'gestion de qualité' dans le domaine de la santé n'est pas seulement un slogan ; elle est devenue une obligation puisqu'il s'agit de répartir des moyens financiers de plus en plus limités de manière aussi utile que possible. En tant que psychothérapeutes, nous demandons à jouer un rôle central dans le contexte de la santé ; il faut donc que nous nous occupions de garantir la qualité de nos prestations et que nous développiions nos propres concepts à ce niveau – sinon d'autres nous imposeront les leurs. C'est dans ce but qu'en

1995, l'ASP a créé une commission chargée d'élaborer des directives en matière de qualité indépendantes des différents courants. En juin dernier, le comité a lancé une procédure de consultation auprès de ses membres, concernant le texte préparé par la commission. Les réactions ont montré, entre autres, qu'on attend de l'ASP qu'elle prépare des lignes directrices ayant force d'obligation, dans le domaine en particulier de la formation permanente. Le comité proposera des mesures dans ce sens lors de l'assemblée générale de mars 2000.

Le domaine 'gestion de qualité' touche à celui de l'éthique professionnelle. Depuis deux ans un débat est mené au sein de l'association autour de questions liées à cette dernière. Il a abouti à une révision des structures et procédures déontologiques, révision qui a été approuvée lors de la dernière assemblée générale. Une commission de recours en matière de déontologie a été créée, auprès de laquelle les décisions prises par la commission de déontologie peuvent être contestées.

Il s'est avéré depuis que le débat est loin d'être clos. Il s'agit de définir de manière claire et transparente pour tous quels sont les faits qui doivent être considérés comme des abus et donc examinés dans le cadre d'une procédure de déontologie et quels sont ceux qui relèvent du niveau de la qualité du traitement ('fautes professionnelles'). Éthique professionnelle et gestion de qualité représentent deux piliers importants des activités d'une association de psychothérapeutes comme de celles du thérapeute individuel. Il faut en être conscient et tout faire pour éviter que ces questions soient traitées comme enjeu dans la mise en scène de fantasmes paranoïdes liés à des abus de pouvoir.

Et, puisque tout le monde parle du passage au prochain millénaire – ce qui n'est pas exact, car celui-ci n'aura lieu que le 31 décembre 2000 –, je me permets d'exprimer mon souhait tout personnel pour la psychothérapie du 21^e siècle : il faut qu'elle s'affronte plus intensément et plus souvent au contexte sociétal dans laquelle elle se situe ; il faut aussi qu'elle intervienne plus fréquemment au niveau des questions sociales et culturelles.

Markus Fähr, président ASP



Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

organisatorische Gründe bei der Herstellung dieses Magazins machen es schwer, termingerecht zu sein. So kam es, dass Sie die vorherige Ausgabe erst zu dem Zeitpunkt in den Händen hielten, als die Mitgliederversammlung, über deren Stattfinden Sie informiert werden sollten, schon längst Vergangenheit war. So bleibt uns nichts, als uns hierfür zu entschuldigen und Ihnen in einigen Sätzen einen kurzen Bericht zu übermitteln. Die Mitglieder erhalten in unserem nächsten Rundbrief eine weitere Berichterstattung.

Die Situation vieler Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland scheint derzeit dadurch gekennzeichnet zu sein, dass die einen sich darum bemühen, herauszufinden, wie sie in dem ungewohnten kassenärztlichen System überleben können. Neben vielem organisatorischen Neuland drohen Geldnot und Gefährdung der beruflichen Existenz durch Punktwert-Verfall bei der Honorarfestlegung. Die anderen von uns müssen sich damit auseinandersetzen, wie der drohende und z. T. bereits bestehende Einnahmeausfall kompensiert werden kann, ob sie horrenden Prozesskosten auf sich nehmen können und wollen, um noch ihre ausstehende Approbation auf dem Rechtswege zu erstreiten und um dann eventuell ebenfalls noch in das kassenärztliche Versorgungssystem aufgenommen zu werden. Fragen der beruflichen Identität werden neu gestellt oder stellen sich zwangsläufig als Folge der durch das Psychotherapeutengesetz hervorgerufenen Bedingungen.

Berufsverbände der Kassenpsychotherapeuten riefen unter dem Motto „Ist die Psychotherapie noch zu retten?“ zu einer Großkundgebung im

September in Frankfurt/Main auf. Sie sorgen sich neben der durch die finanzielle Misere bedingten Bedrohung der eigenen Existenz um berufsethische Werte und Vertrauensschwund bei den Patienten. Lesen Sie dazu den auf der Kundgebung verabschiedeten Resolutionsentwurf.

So sehen sich in Deutschland derzeit ungezählte approbierte wie nicht-approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer beruflichen Existenz bedroht. Gleichzeitig ist die wissenschaftliche Forschung und Weiterentwicklung der in Deutschland nicht, jedoch in Europa anerkannten Psychotherapiemethoden wie z. B. Gestalt- und Körperpsychotherapie, Familientherapie, Logotherapie¹ erheblich in Gefahr, denn wie kann jemand noch Psychotherapieforschung betreiben, wenn die Mittel nicht reichen zur Führung einer regulären psychotherapeutischen Praxis, wenn die Motivation, sich in nicht anerkannten Psychotherapieverfahren auszubilden, zum Luxus weniger Wohlhabender oder Idealisten degradiert und Ausbildungsinstitute mehr darben als leben? Methodenintegration- und Vielfalt im Sinne der Deklaration von „tiefenpsychologisch fundiert“ birgt auch die Gefahr der Verwässerung und damit möglicherweise auch von Ineffizienz in sich. Auch die nun eingetretene Situation, dass sich einerseits ungezählte langjährig als Psychotherapeuten Praktizierende ohne Approbation mit sinkenden Patienten

¹ Vom EAP anerkannte Verfahren sind: Biosynthesis, Communicative Psychotherapie, Familientherapie, Gestalttherapie, Integrative Psychotherapie, Logotherapie und Existential-Analyse, Neurolinguistische Psychotherapie, Positive Psychotherapie, Psychosynthesis, Psycho-Organische Analyse, Transactional-Analyse.



ten- bzw. Klientenzahlen „über Wasser halten“ müssen und dabei zusehen müssen, wie es auf der anderen Seite bei niedergelassenen Psychotherapeuten Wartezeiten von nicht selten länger als einem halben Jahr gibt, runden das Bild „Ziel in weiten Teilen verfehlt“ nach noch nicht einem Jahr Psychotherapeutengesetz in Deutschland deutlich ab. Einige Forschungsergebnisse der Wirksamkeit von Psychotherapie sind dem bvvp-Info für Patienten, Ärzte und Kassen zu entnehmen.

Wie sich auch Berufsverbände selbst widersprechen, zeigt die Reaktion des BDP auf Verlautbarungen, Körperpsychotherapie sei dem „Esoterikboom“ zuzurechnen. Ob es hierbei um sachlich gerechtfertigte Kritik an sogenannter Esoterik-unterwanderter Psychotherapie geht, oder ob es sich lediglich um eine andere Spielart des marktwirtschaftlichen Kampfes handelt, darüber mag ich hier nur spekulieren. Wir drucken einen Teil der dort stattfindenden Auseinandersetzung in den nachfolgenden

Schriftwechseln und Erklärungen ab, bitte bilden Sie sich Ihre Meinung. Der BDP musste aufgrund der seinerseits gemachten Äußerungen etliche Austritte verzeichnen, und es wird möglicherweise auch hier seitens der involvierten Verbände der Körperpsychotherapeuten eine juristische Klärung herbeigeführt werden.

Der Jahrtausendwechsel steht bevor. Vielleicht erscheint das Heft, für das ich gerade schreibe, ja noch in diesem Jahr. Ich wünsche Ihnen jedenfalls im Namen unseres Verbandes ein erfolgreiches neues Jahr (für manche ist es auch nur ein ganz normaler Jahreswechsel!), dass Sie gut leben können und, wenn Sie Psychotherapeuten sind, wenigstens einen Teil Ihrer Vorstellungen von dem, was Psychotherapie für Sie bedeutet, verwirklichen können. Und, wenn das letzte Jahr sehr anstrengend und unerfreulich für Sie war, dass das nächste ein besseres wird!

Aschaffenburg, 16. November 1999
Gisela Steinecke

rial), dieses Forum für sich zu nutzen für fachlichen und berufspolitischen Informationsaustausch. Hieran schloss sich eine kurze Diskussion zwischen Mitgliedern und Vorstand an, in welcher die Wichtigkeit dieses Mediums sowie der Öffentlichkeitsarbeit insgesamt hervorgehoben wurde. Ein *Arbeitskreis Öffentlichkeitsarbeit* wurde angeregt, als es aber darum ging, diesen auch konkret zu gründen, fand sich niemand dazu bereit.

Die erste Vorsitzende Cornelia Krause-Girth legte in ihrem Vortrag und Rechenschaftsbericht dar, welche Aktivitäten notwendig waren und durchgeführt wurden, damit der DVP die Anerkennung des EAP erhalten konnte, um nationale Vergabeorganisation für das ECP in Deutschland werden zu können. Hervorgehoben wurde dabei insbesondere die Arbeit des *Arbeitskreises Qualitätssicherung* unter der Leitung von Martha Lütticken, welche die Vergabekriterien im Rahmen der Übergangsbestimmungen in Deutschland entwickelt sowie des *Arbeitskreises Ethik* für die Erstellung der ebenso (hoffentlich nicht nur für diesen Zweck erfolgten!) Ethikrichtlinien des DVP. Wir veröffentlichen diese in unserer nächsten Ausgabe.

In diesem Zusammenhang ist, Cornelia Krause-Girths Ausführungen zufolge, die Tatsache, dass der EAP als ständiges beratendes Mitglied im Europarat vertreten ist, von großer Bedeutung für die Beachtung sozialer Gerechtigkeit und die Einhaltung der Menschenrechte der Psychotherapie sowie die Errichtung allgemein gültiger Standards in Europa im gesamten Sozial- und Gesundheitsbereich, insbesondere hinsichtlich sozial benachteiligter Gruppen, wie z.B. Behinderter, die selbst ihre Interessen nicht wahrnehmen können. Wir danken ihr für Ihr bisheriges großes Engagement und ihre Bereitschaft, noch ein weiteres Jahr die Position des Vorsitzes zu beizubehalten.

Daniele Kammer (Mitglied im erweiterten Vorstand) hat den DVP am 21. September bei der Anhörung im Deutschen Bundestag *zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000* vertreten und berichtete darüber. Daneben erfuhren wir etwas von ihrer Begeisterung für das neue Bundestagsgebäude, das sie als durchaus gelungen und sehenswert

Mitgliederversammlung des DVP vom 25. 9. 1999 Kurzer persönlicher Bericht

Die Mitgliederversammlung des DVP unter dem Motto *Zukunft des DVP – Ziele und Aktivitäten* am 25. September 1999 fand, wie schon im Vorjahr, im DGB-Haus in Frankfurt/Main statt, und verlief in angenehmer, wohlwollender und entspannter Atmosphäre. Anwesend waren ca. 35 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Nach der Begrüßung und Eröffnung durch Cornelia Krause-Girth hielt Jo Schnorrenberg sein Referat „Psychotherapie – was sie sein sollte, was sie sein könnte – einige Anmerkungen jenseits des PTG-Kontextes“, und lieferte damit seinen Beitrag zu Fragen der zukünftigen Aufgaben des DVP neben seinen durch das Psychotherapeutengesetz sowie die Vergabe des Europäischen Zertifikats für Psychotherapie (ECP) bedingten Aufgaben und Funktionen. Als besonders wichtig erachtet er dabei, sich um Einhaltung ethi-

scher Werte und Standards im Bereich der Psychotherapie einzusetzen, welche drohen, im Zuge der gesamten Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie mit ihren Sorgen um Anerkennung und Existenz, verloren zu gehen. Gisela Steinecke war für den Themenbereich „Öffentlichkeitsarbeit sowie methodischer und fachlicher Austausch“ allein anwesend, denn Ulrich Sollmann ließ sich wegen Krankheit entschuldigen. Sein Beitrag während des zurückliegenden Jahres bestand vor allem im Kontakt zu den Medien und der Abgabe von Presseerklärungen sowie dem Verfassen einiger berufspolitisch relevanter Artikel (siehe dazu vorherige Ausgaben des *Psychotherapie Forum Supplements*), Gisela Steinecke berichtete über ihre redaktionelle Tätigkeit für diese Zeitschrift und regte die Anwesenden dazu an (wie schon im letzten Editio-

beschrieb. Auch ihr wurde gedankt für ihren Einsatz für den Verband. Die von ihr in Berlin verwendete Stellungnahme wurde den Mitgliedern vorgelegt und ist im Anschluss nachzulesen.

Anstelle der geplanten Arbeitsgruppen zu den Tagungsordnungspunkten wurden offene Fragen im Plenum besprochen. Eine Überraschung war die Anwesenheit von Hans Krenz als Vertreter des *European Standards Committee (ESC)*. Sein Interesse bestand darin, sich uns als Vertreter dieses im Rahmen der ECP-Verleihung sehr wichtigen Gremiums auf europäischer Ebene bekannt zu machen und sich seinerseits ein Bild von unserem Dachverband zu machen. Gleichzeitig stellte er sich für offene Fragen der Anwesenden zur Verfügung.

Last but not least wurde Ravi Welch (Enger Vorstand) nach seinem Finanzbericht Anerkennung und Dank ent-

gegengebracht, ebenso den beiden Kassenprüfern Alfons Wissel und Renate Lipke-Fischer. Viel Lob erhielt auch Karl-Heinz Balon für die Geschäftsstelle, ohne deren hervorragendem Engagement und geduldiger Unterstützung unsere Arbeit nicht möglich gewesen wäre (auch berufs- und schulenübergreifende Psychotherapeuten sind keine organisatorischen Glanzlichter und nicht immer einfach in der Zusammenarbeit!)

Zum Schluss noch eine persönliche Anmerkung.

Insgesamt habe ich die MV als erfreulich angenehmem und kooperativ erlebt und würde mich freuen, wenn unsere Arbeit auch zukünftig in dieser Art einerseits weitergeführt und andererseits anerkannt werden wird. Allen Beteiligten sage ich hiermit meinen Dank für die Zusammenarbeit.

G. Steinecke (Enger Vorstand)

Mit anderen europäischen Ländern verständigt er sich auf gemeinsame Ausbildungsstandards, Ethikrichtlinien und Anforderungen für ein länderübergreifend anerkanntes Europa Psychotherapie-Zertifikat (ECP) mit dem Ziel der Sicherung eines einheitlich hohen Qualitätsniveaus der Psychotherapie in Europa sowie der Förderung der innereuropäischen Mobilität von PsychotherapeutInnen. Weiter postuliert er das fundamentale Recht des Individuums auf Inanspruchnahme von Psychotherapie (Erklärung des EAP auf dem Platz der Menschenrechte in Paris, Juni 1998) und unterstützt diesbezügliche Verhandlungen mit Europabehörden im Hinblick auf das Ziel, dieses Recht Eingang finden zu lassen in die Sozialcharta der EU.

Auf nationaler Ebene tritt der DVP dafür an, die Umsetzung der genannten Desiderata in Deutschland zu fördern. Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG, Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch) zum 1. 1. 1999 hat sich hier eine Entwicklung vollzogen, die diesen Bemühungen zum Teil entgegenkommt, indem sie das Berufsbild der Psychologischen PsychotherapeutInnen und der Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen berufs- und sozialrechtlich definiert und neben das bis dahin für die Behandlung psychischer Störungen ausschließliche Berufsbild der ärztlichen PsychotherapeutInnen stellt. Aus Sicht des DVP ist diese Entwicklung jedoch in zweifacher Hinsicht zu ergänzen:

- zum einen im Hinblick auf eine *Gewährleistung der Methodenvielfalt*: Öffnung für die Anerkennung weiterer als wissenschaftlich fundiert nachweisbarer Psychotherapiemethoden;
- zum andern im Hinblick auf die *Abbildung der multidisziplinären Natur des psychotherapeutischen Untermehmens*: Öffnung des gesetzlichen Rahmens für den Einbezug weiterer im psychosozialen Feld tätiger Berufsgruppen, sofern diese die entsprechenden Voraussetzungen einer hochqualitativen Psychotherapieausbildung aufweisen.

Im Besonderen

Der DVP begrüßt den initiativen Schritt der Bundesregierung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlich-

ECP jetzt beantragen

Im September 1999 hat in Deutschland die 2-Jahresfrist für die in Kraftsetzung der Übergangsregelungen für das *Europäische Zertifikat für Psychotherapie ECP* begonnen hat. Dies bedeutet, dass alle diejenigen, die ein ECP nach den Übergangsregelungen erhalten wollen, die erforderlichen Antragsformulare bei der Geschäftsstelle des DVP (DVP – an den Vorstand, c/o VAS-Verlag, Kurfürstenstraße 18, 60486 Frankfurt/M., Tel. 069/779366, Fax 069/7079367; e-mail: 069776419@t-online.de) anfordern sollten. Natürlich können auch diejenigen ab jetzt ein ECP beantragen, die unter die normalen Regelungen fallen. Fragen dazu richten Sie bitte ebenfalls an die Geschäftsstelle (siehe oben). Wie von dort zu erfahren war, wurden bisher ca. 30 Anträge auf Erteilung des ECPs gestellt, ca. 150 weitere Anfragen liegen vor.

D. Kammer

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000

(GKV Gesundheitsreform 2000)

Allgemeines

Eingebunden in den europäischen Rahmen (European Association of Psychotherapy EAP) setzt sich der Schulen- und Berufsübergreifende

Deutsche Dachverband für Psychotherapie ein für die Anerkennung von Psychotherapie als eigenständige angewandte Wissenschaft und Methode und multidisziplinäres Unternehmen der Gesundheitspolitik.

keit im Gesundheitswesen, insbesondere die angesprochenen Bereiche der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die stärkere Orientierung auf Prävention und Gesundheitsförderung. Jedoch erscheinen eine Reihe von Punkten ergänzungs- bzw. änderungswert:

- Insgesamt sowie insbesondere bei der Definition der Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker vermisst der DVP die deutliche Bezugnahme zum Einsatz von Psychotherapie, wie sie durch das neue PsychThG beschrieben

ist. Das hier verankerte Erstzugangsrecht bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss gewährleistet werden. Darüber hinaus ist der neu eingeführte Begriff der Soziotherapie zu definieren, insbesondere im Verhältnis zu Psychotherapie.

- Zur Sicherung der Qualität einer Gesamtversorgung der Patienten ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Verzahnung stationärer und ambulanter Versor-

gung auch auf psychotherapeutischem Gebiet zu gewährleisten.

- Der besonderen Situation der Psychotherapie sollte durch Reflexion bestehender Organisationsformen im Hinblick auf deren vermehrte Eigenständigkeit Rechnung getragen werden. Dies betrifft sämtliche Bereiche psychotherapeutischer Interessenvertretung, insbesondere die Bereithaltung eines bedarfsge rechten eigenen Budgets.

Für den Vorstand des DVP, PD

*Dr. phil. Dipl.-psych. Daniele Kammer
(Mitglied des erweiterten Vorstands)*

Kassenpsychotherapeutische Praxen in ihrer Existenz bedroht

Forderungen nach Revision des Art. 11 PsychThG

Unter der Fragestellung: „Ist die Psychotherapie noch zu retten?, Psychotherapie 2000 zwischen Budget und Strukturreform“ versammelten sich, einem Aufruf des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (Bvvp) folgend, am 17. 9. 1999 ca. 1.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Frankfurt/Main zu einer großen Informationsveranstaltung, der sowohl in der Presse als auch im Radio viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die Bundesgesundheitsministerin wurde dazu aufgerufen, die Budgets für die Psychotherapeuten-Honorierung aufzustocken, um damit die ordnungsgemäße psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Pressestimmen zu diesem Thema wie: „Gesundheitsreform treibt Psychotherapeuten in den Ruin, 6.600 Praxen stehen vor dem Aus“; „Psychotherapeuten brauchen selbst Hilfe“; und: „Psychotherapeuten beklagen Budgetierung“ u. a. waren Schlagzeilen in deutschen Zeitungen während der letzten Monate. Das Psychotherapeutengesetz hat verheerende finanzielle Einbußen auch für diejenigen Psychotherapeuten und als Psychotherapeuten tätige Ärzte zur Folge, die eigentlich von dem Gesetz profitiert haben sollen. Der Grund dafür liegt

darin, dass zwar wesentlich mehr Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Kassenzulassung erhalten haben und damit regulär die von ihnen durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen mit den Krankenkassen abrechnen können, als vor dem Psychotherapeutengesetz, die Budgets aber nicht erhöht wurden, so dass sich die gezahlten Honorare in erheblichem Maße verringert haben bis jenseits des zur verantwortlichen Führung einer Psychotherapeutischen Praxis notwendigen Existenzminimums. So kann eine Kassenpraxis mit Jahreseinnahmen von 65.000 DM nicht mehr als kosten-

deckend arbeitend eingestuft werden, weil sich die Kosten allein für den Unterhalt der Praxis auf eine ähnliche Höhe belaufen. Mehr ist aber bei dem augenblicklichen Punktwertverfall auf 7 DPf in Bayern bis 4,5 DPf in Mecklenburg-Vorpommern nicht drin. Das Honorar für eine von den Krankenkassen honorierte psychotherapeutische Einzelsitzung beträgt damit 70 DM und weniger (in den neuen Bundesländern), das ist weniger als eine Reparaturstunde für's Auto kostet. Und eine Erhöhung des Einkommens durch Mehrarbeit bzw. eine Erweiterung des Leistungskataloges, wie vielleicht in Arztpraxen möglich, ist für den Bereich der Psychotherapie nicht möglich. „Eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung könne so nicht gewährleistet werden“, so die „Frankfurter Rundschau“ in ihrer Ausgabe vom 17. 9. 1999.

Gefährdung der Psychotherapie durch ICD-10

Die Verpflichtung, ab Januar 2000 die Kassenabrechnung mit dem Diagnose-Code „ICD-10“ vornehmen zu müssen, stößt bei namhaften Psychotherapeuten auf erheblichen Widerstand. „Persönliche und heikle Daten werden in viele Hände kommen“, warnte der Psychoanalytiker und Direktor des Sigmund-Freud-Institutes

in Frankfurt/M., Horst-Eberhard Richter, so die Frankfurter Rundschau am 20. 8. 1999. „Das Gesundheitsstrukturgesetz, das die Effizienz der gesamten Krankenversorgung steigern soll, stelle eine ‚beunruhigende Gefährdung des Vertrauensbereichs‘ dar. Eine umfangreiche Erhebung, Weiterleitung und Verarbeitung von

Daten soll einen innerärztlichen Austausch und eine Qualitätskontrolle der Therapie ermöglichen. Ohne Einschränkung sollen diese Maßnahmen auch für den Bereich der Psychotherapie gelten.“ Das sei nicht vereinbar mit dem Wesen der Psychoanalyse, so Richter bei dem o. g. Therapeuten-treffen in Frankfurt/Main.

Klienten offenbaren bei ihren Therapeuten ihnen unangenehme und peinliche Symptome, Ängste und Wünsche. Schon das setze häufig voraus, dass sie erhebliche innere Hürden und Hemmschwellen zu überwinden hätten, bis sie überhaupt einen Psy-

chotherapeuten aufsuchen, wo sie häufig nur mühsam ein Vertrauensverhältnis aufbauen könnten. Die Voraussetzung, dass ihre Aussagen beim Therapeuten bleiben, sei dabei unumgänglich. Mit dem ICD-10-Diagnoseschlüssel würden detaillierte Angaben gemacht. So kann jeder ohne größere Mühen eine Diagnose genau entschlüsseln. Als Beispiel bietet sich „F65.4, F52.3, Z 61.4“, was bedeutet „Pädophil mit Orgasmusstörungen zu sein und mit Missbrauchserfahrungen in der eigenen Familie“. Niemand wünsche, dass so etwas weder bei der eigenen Kran-

kenkasse noch bei seinem Orthopäden bekannt sei! Die bisher überwiegend praktizierte sprachliche Deklaration (z.B. „neurotische Konfliktsituation“ oder „Psychoneurose“) bleibe dabei weitaus allgemeiner gehalten und lasse sehr viel mehr Informationsspielraum zu.

Zur Klarlegung ihres Standpunktes in dieser Frage sowie in Fragen der sogenannten Qualitätssicherung wurde auf der Veranstaltung nachfolgender Resolutionsentwurf verfasst, den wir hier mit Genehmigung des *Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)* abdrucken:

Resolution zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Zweckmäßige Verfahren zur Sicherung und Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Versorgung sind von Psychotherapeuten ausdrücklich erwünscht.

Die hier bereits bestehenden internen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Intervision, Supervision, Qualitätszirkel etc.) werden als zielförderlich und ausbaufähig beurteilt.

Zusätzliche externe Prüfverfahren zur Qualitätssicherung (QS) der ambulanten Psychotherapie müssen wegen ihrer problematischen Eingriffs-, Therapiestörungs- und Datenschutzrelevanz unbedingt als „erforderlich, geeignet und angemessen“ legitimiert sein.

Entsprechend sind Psychotherapeuten nicht bereit, sich an Qualitätskontrollen zu beteiligen, die hinsichtlich ihrer Zweckmäßigkeit ungeprüft, hinsichtlich ihres Aufwands unverhältnismäßig und überdies völlig unangemessen vergütet sind.

Um eine sinnvolle Qualitätssicherung im ambulanten Psychotherapiebereich zu entwickeln, bedarf es der sachlichen Auseinandersetzung in einer breiten Fachöffentlichkeit und des fachlichen Dialogs zwischen Entwicklern und potentiellen Anwendern der QS-Verfahren sowie einer wissenschaftlichen Überprüfung und praxisnahen Erprobung.

Gerade deshalb werden Psychotherapeuten alle QS-Maßnahmen zurückweisen, die unter Ausschluss dieses fachöffentlichen und wissenschaftlichen Prozesses entwickelt und der Praxis auferlegt werden sollen. Insbesondere werden die jetzigen Pläne einer fragebogengestützten Prozess- und Ergebnisevaluation als ungeprüfte und damit unlegitimierte externe Qualitätskontrolle abgelehnt.

Die Bezeichnung einer Teilnahme an solchen Kontrollen als „freiwillige Wahl“ (statt Gutachterverfahren) für „erfahrene“ Psychotherapeuten wird als ein zu missbilligendes Manöver beurteilt, die gerechtfertigte Unzufriedenheit gerade auch erfahrener Praktiker mit dem Gutachterverfahren auszunutzen. Stattdessen wäre eine sachliche Diskussion über sinnvolle Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlich. Dazu gehört auch die Reform der bestehenden QS-Verfahren, insbesondere des Gutachterverfahrens.

Das Gutachterverfahren wird als dringend revisionsbedürftig erachtet, wobei insbesondere zu fordern ist:

1. Reduzierung der Antrags- und Bewilligungsschritte auf zwei (1–50 und 51–100) bei Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
2. eine erhebliche Berichts-Aufwands-Minimierung für erfahrene Psychotherapeuten
3. eine adäquate Vergütung des zeitlichen Antragsaufwands (Erstantrag: 4–5 h, Fortsetzungsantrag: 2–3 h).

Die jeweiligen Vertreter der Psychotherapeuten und Kassenärzte in den Psychotherapie-Ausschüssen, -Arbeitsgruppen und -Gremien auf Bundes- und Landesebene werden aufgefordert, jede ungeprüfte, nicht praxiskonsensfähige Maßnahme der Qualitätssicherung abzulehnen.

Entworfen in der Arbeitsgruppe zur Qualitätssicherung und Datenschutz anlässlich der bvvp-Veranstaltung am 17. 9. 1999 in Frankfurt: „Ist die Psychotherapie noch zu retten? – Psychotherapie 2000 zwischen Budget und Strukturreform.“

Internet: www.bvvp.de

Körperpsychotherapeuten sehen ihre Methode diffamiert

Proteste nach Aufruf von vier Professoren

Die Unterstützung des in der Zeitschrift „Report Psychologie“, Ausgabe 5/6 erschienenen Aufrufes von „Vier Professoren gegen Esoterik“ durch den Bund Deutscher Psychologen BDP e. V. sorgte für Protest und Widerspruch seitens der Körpertherapeuten-Dachverbände Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie e. V. (DGK) und des Deutschen Verbandes für Bioenergetische Analyse (DVBA). Die Körpertherapien werden in dem Aufruf in die Nähe des „Esoterikbooms“ gerückt und ihre Wirksamkeit angezweifelt bzw. bestritten. Nachfolgend lesen Sie den umstrittenen Aufruf sowie verschiedene Stellungnahmen der sich daraus ergebenden Kontroversen.

Vier Psychologieprofessoren fordern breite Offensive gegen Esoterikboom

Der BDP u.a. haben in den letzten Jahren auf der Ebene der professionellen Diagnostik und Interventionsangebote eine Reihe von Erfolgen verbuchen und neue Initiativen starten können (z.B. Psychotherapeutengesetz und DIN-Normung). In krassem Gegensatz zu diesem Professionalisierungstrend auf der einen Seite steht das gleichzeitig zunehmende Unwesen auf dem Esoterik-Markt. Der BDP ist diesem Unwesen in der Vergangenheit vor allem im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit schon häufig offensiv entgegengetreten. Ich begrüße deshalb den Aufruf der vier Kollegen aus der Professorenschaft an Berufs- und Fachverbände zu koordiniertem Handeln gegen pseudo-psychologische Machenschaften und Methoden. Zugleich hoffe ich, dass der Aufruf eine koordinierte Diskussion in Gang setzt, an der sich die Mitglieder unseres Berufsverbandes und die Vertreter der wissenschaftlichen Fachgesellschaften bzw. der universitären Forschung und Lehre gleichermaßen beteiligt.

Der Aufruf im Wortlaut

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Bekanntlich ist es der Psychologie in Deutschland und Österreich gelungen, den Status eines Heilberufes zu erlangen. Für die anwendbaren Methoden gelten vergleichsweise strenge wissenschaftliche Bedingungen, nämlich die einer theoretischen Fundierung sowie eines kontrollierten Effizienznachweises. Die Ergebnisse solcher Qualitätskontrollen und die

Einhaltung von Qualitätsstandards zur Vermeidung von Kunstfehlern werden in der seriösen Forschungsliteratur dokumentiert. Alle Psychologinnen und Psychologen sind zudem durch die für die Berufsausbildung geltenden berufsethischen Grundsätze an die Einhaltung wissenschaftlich-professioneller Standards gebunden.

Bislang ist es üblich, die im Psychotherapiebereich anwendbaren Verfahren positiv auszuzeichnen, d.h. aufzuweisen, von welchen Methoden bei welchen Indikationen Heileffekte ausgehen. Auf der anderen Seite ist unübersehbar, dass es einen aufmerksamen Bereich an ebenso pseudo-wissenschaftlichen wie auch pseudo-psychologischen Angeboten gibt, die trotz ihrer Unseriosität ein beträchtliches Publikum erreichen. Diese Verfahren lassen sich nicht nur in dem engeren Bereich der Klinischen Psychologie (z. B. Bioenergetik, Urschreitherapie, Rebirthing) finden, sondern in fast allen Anwendungsbereichen der Psychologie, z. B. in der Familienpsychologie (u. a. Familienaufstellung nach Hellinger, Hoffmann-Quadranty-Prozess), der Pädagogischen Psychologie (z. B. Edu-Kinesiologie, NLR Superlearning/Suggestopädie) oder der psychologischen Unternehmensberatung (z. B. Herstellen von „Grenzerfahrungen“ durch Feuerlaufen und unkontrollierte Flooding-Techniken, astropsychologische Personalauswahl und andere Formen der „Managementesoterik“). Es ist auch unübersehbar, dass in diesem grauen Markt – aus welchen Biographien heraus auch immer – akademisch ausgebildete Psychologinnen und Psychologen tä-

tig sind, die mit ihrem akademischen Titel diesen Methoden eine Seriosität zukommen lassen, für die es keine sachliche Grundlage gibt.

Diese Verfahren, die das mühsam errungene und in Konkurrenz zur Medizin stehende gesellschaftliche Ansehen der Psychologie auf absehbare Sicht zu untergraben in der Lage sind, schaden nicht nur dem Ansehen des Faches Psychologie, sondern auch den Menschen, die sich solchen Einflüssen aussetzen. Der Schaden betrifft nicht allein die finanziellen Verluste durch unwirksame Therapien, Beratungen oder „Persönlichkeitschulungen“, sondern es sind die Menschen selbst betroffen, die sich diesen Trainings aussetzen (entweder durch direkte Persönlichkeitsschädigung oder indirekt durch versäumtes Aufsuchen einer professionellen Hilfe). Angesichts dieser Einschätzung der Situation fordern wir die zuständigen Fachgesellschaften der Psychologie zu einer offensiven Auseinandersetzung mit dem grauen Markt an pseudo-psychologischen Methoden auf.

Es sind dabei sowohl kurz- wie langfristige Vorgehensweisen zu überlegen. Folgende Initiativen sind zu bedenken:

1. Verstärkte Aufklärung und konkrete Erläuterung einschlägiger berufsethischer Verpflichtung bei Verbandsmitgliedern,
2. Einsetzung einer Kommission („task force“) zur Planung entsprechender Maßnahmen,
3. Erstellung einer Dokumentation von Geschädigten durch Psycho- und Esoterikmethoden,
4. offensive Aufklärung der massenmedial Verantwortlichen und durch Massenmedien (z.B. durch Beziehen von fachlich begründete-

- ten Standpunkten bei Diskussions-
sendungen im Fernsehen),
5. systematische Einleitung von Ab-
mahnverfahren, wann immer miss-
bräuchliche rechtsrelevante Thera-
pieangebote unterbreitet werden
(z.B. auch über das Internet),
 6. Aufklärung von (Gesundheits-)Po-
litikern, Parteien und Behörden,
 7. Abhaltung von Schwerpunktta-
gungen (Symposien) zu einschlägi-
gen Themen.

Wir gehen davon aus, dass solche
Initiativen dem Fach Psychologie und
den seriös arbeitenden Psychologin-
nen und Psychologen Nutzen bringen
werden.

Vgl. hierzu z.B. Goldin C (1997) Psycho-
Therapien zwischen Seriosität und
Scharlatanerie. Pattloch, Augsburg

*Prof. Dr. Helmut Lukesch, Lehrstuhl
für Pädagogische Psychologie, Lehr-
stuhl für Klinische Psychologie, Uni-
versität Regensburg*

*Prof. Dr. Meinrad Perrez, Institut für
Psychologie der Universität Freiburg*

*Prof. Dr. Klaus A. Schneewind, Uni-
versität München, Abteilung für Per-
sönlichkeitspsychologie, Institut für
Psychologie und Psychodiagnostik*

*Prof. Dr. Dieter Frey, Institut für Psy-
chologie der Universität München,
Abteilung für Sozialpsychologie*

- In Bayern ist die bioenergetische
Analyse inzwischen als Zweitver-
fahren im Rahmen der ärztlichen
Weiterbildung anerkannt.
- Im Rahmen des Weiterbildungsan-
gebots des BDP war die bioenerge-
tische Analyse fester Bestandteil
des offiziellen Angebotes. Diplom-
Psychologen konnten u.a. durch
die Teilnahme an dieser Weiterbil-
dung sich zum klinischen Psycholo-
gen qualifizieren.
- Klinische Psychologen, die im Rah-
men der TK-Regelung methoden-
übergreifend abrechneten, taten
dies im jeweiligen Fall nachweislich
auf der Grundlage der bioenergeti-
schen Analyse. Die Psychotherapie
wurde durch die Kassen mitbe-
zahlt.
- Die Ausbildungsinstitute für Bio-
energetische Analyse wurden im
Rahmen der Anerkennung nach § 1
HPG für den Bereich Psychothera-
pie auf Länderebene anerkannt.
Kollegen, die mit Hinweis auf diese
Ausbildung den Antrag auf Zulas-
sung stellten, bekamen automa-
tisch die Anerkennung.
- Ähnliches erfolgte im Rahmen des
Antrages auf Approbation im Rah-
men der Übergangsregelungen
des PTG. Kollegen, die eine qualifi-
zierte Ausbildung in bioenergeti-
scher Analyse nachweisen konn-
ten, konnten hierdurch einen Teil
der tiefenpsychologisch fundierten
Psychotherapie belegen.
- International anerkannte Fachleu-
te, wie z.B. Prof. Thure von Uexküll,
bescheinigen der bioenergetische
Analyse in einschlägigen Fachbü-
chern die Wissenschaftlichkeit, Se-
riosität und Wirksamkeit (z.B. Sub-
jektive Anatomie von T. v. Uexküll).
- In Österreich liegt inzwischen ein
Antrag beim Ministerium vor auf
Anerkennung der bioenergeti-
schen Analyse. Unseres Wissens
liegt in der Schweiz bereits eine
Anerkennung der bioenergeti-
schen Analyse vor.

Sie sehen, dass es sich bei der bioener-
getischen Analyse nicht um einen eso-
terischen Zirkus handelt. Gleichzeitig
hoffe ich, dass Sie Ihre vorschnelle
Diskriminierung / Diffamierung der
bioenergetischen Analyse einsehen
werden.

Gemeinsam mit der deutschen Ge-
sellschaft für Körperpsychotherapie

Schreiben an den BDP-Präsidenten L. Hellfritsch

Sehr geehrter Herr Hellfritsch,

bezugnehmend auf die jüngste Aus-
gabe Ihrer Zeitschrift Report Psycholo-
gie möchte ich im Auftrag unseres Ver-
bandes mein großes Befremden, aber
auch meinen Ärger über Ihre, wie Sie
sie nennen, Offensive gegen den Eso-
terikboom zum Ausdruck bringen.
Grundsätzlich sind wir als Fachverband
ebenso wie Sie der Auffassung, dass
Esoterik nichts mit qualifizierter Psy-
chotherapie zu tun hat. Wenn aber,
wie Sie es machen, eine nachweislich
anerkannte, wissenschaftlich begrün-
dete und seit Jahrzehnten erprobte
Psychotherapiemethode in den Eso-
terik-Topf geworfen wird, möchten wir
Sie auffordern, dies in der nächsten
Ausgabe Ihrer Zeitschrift zurückzu-
nehmen. Wir erwarten einerseits eine
Zurücknahme, andererseits eine quali-
fizierte Richtigstellung.

Die bioenergetische Analyse ist ein
qualifiziertes und wissenschaftlich
anerkanntes Psychotherapieverfah-
ren, das auf einem eindeutigen psy-
choanalytischen Hintergrund ent-
wickelt wurde. Auch wenn es im
Wissenschafts-Diskurs über die bio-
energetische Analyse streitende Mei-
nungen gibt, das gibt es auch bezüg-
lich der Richtlinienverfahren, möchte
ich einige wesentliche Fakten nen-
nen, die die Seriosität des Psychothe-
rapieverfahrens begründen:

- Seit 1997 liegt eine Wirksamkeits-
studie zur bioenergetischen Ana-
lyse vor (Psychotherapie Forum
5/97 Seite 28–33). Ich lege Ihnen
eine Kopie dieser Studie bei. Das
Forschungsdesign dieser Studie
wurde mit Prof. Grawe abgespro-
chen.
- Die bioenergetische Analyse / Kör-
perpsychotherapie ist fester Be-
standteil der Therapiekonzepte in
psychosomatischen Kliniken in
Deutschland. Nach der Häufigkeit
der Anwendung rangiert sie an
zweiter Stelle.
- Darüber hinaus wird die bioener-
getische Analyse von ausgebilde-
ten Psychotherapeuten in vielen
hundert ambulanten Praxen prak-
tiziert. Dies geschieht zum Teil so-
gar unter der Qualitätskontrolle
Ihrer TK-Gutachter.
- Inzwischen liegt eine Bibliographie
der Körperpsychotherapie von Dr.
habil. Ulfried Geuter vor. Demnach
gibt es ca. 400 wissenschaftliche
Fachbeiträge allein zur bioenerge-
tischen Analyse und ca. 1500 bis
2000 Fachbeiträge zur Körperpsy-
chotherapie (im deutschsprachi-
gen Raum).
- Die bioenergetische Analyse ist in-
zwischen fester Bestandteil wissen-
schaftlicher Fachkongresse (z.B.
Lindauer Psychotherapiewochen,
NRW-Psychotherapietage u.a.).

(DGK), mit der wir einen ständigen inhaltlichen und berufspolitischen Austausch haben, möchten wir uns entschieden gegen die von Ihnen und dem BDP praktizierte Ausgrenzungspolitik zur Wehr setzen. Wir können verstehen, dass sich die Vertreter der einzelnen Psychotherapieverfahren bemühen, als Richtlinienverfahren an-

erkannt zu werden. Wenn dies jedoch dazu führt, dilettantisch sich dadurch zu einem qualifizierten Verfahren zu erheben, in dem man die anderen abqualifiziert, dann handelt es sich schlichtweg um Diffamierung und Diskriminierung. Die anderen Verfahren für Freiwild zu erklären, halten wir ethisch nicht für vertretbar.

Wir möchten Sie daher zum Schluss noch einmal bitten, Ihren Vorwurf an die bioenergetische Analyse im Report Psychologie zurückzunehmen und eine qualifizierte Richtigstellung abzdrukken.

Bochum, 10. 6. 1999
Ulrich Sollmann

Gemeinsame Erklärung der deutschen Ausbildungsinstitute für Bioenergetische Analyse und des Deutschen Verbands für Bioenergetische Analyse

Sehr geehrter Herr Hellfritsch,

der BDP hat in seiner Zeitschrift „Report Psychologie“ Ausgabe 5/6 1999 einen Aufruf veröffentlicht, in dem 4 Professoren aus verschiedenen Bereichen der universitären Psychologie ein juristisches und inhaltliches Vorgehen gegen pseudowissenschaftliche und pseudopsychologische Verfahren fordern. In diesem Aufruf wird auch die Bioenergetische Analyse unter diese Verfahren subsumiert.

Auf die Forderung des Deutschen Verbands für Bioenergetische Analyse nach Rücknahme Ihrer disqualifizierenden Äußerungen bzw. Gegendarstellung antworteten Sie mit einer Einladung zu einer Veranstaltung mit den Verfassern des Aufrufs am 7. 10. 1999 in Berlin. Hierzu erklären die deutschen Ausbildungsinstitute für Bioenergetische Analyse und der Deutsche Verband für Bioenergetische Analyse:

1. Die Diffamierung der Bioenergetischen Analyse, wie in dem o.g. Aufruf geschehen, zeugt von Ignoranz oder von intellektueller Unredlichkeit; entsprechend sind die Vorwürfe gegen die Bioenergetische Analyse als Psychotherapieverfahren weder inhaltlich benannt noch belegt worden.
2. Sie haben in Ihrer vorangestellten Erklärung des Aufrufs sich methodisch, wie inhaltlich ebenfalls der undifferenzierten Vorgehensweise der Verfasser des Aufrufs angeschlossen (was umso verwunderlicher ist, da Sie es eigentlich besser hätten wissen müssen, da z.B. Bio-

energetische Analyse Bestandteil des Weiterbildungsangebots des BDP war).

3. Wir werden keinen Vertreter zur Teilnahme an eine Veranstaltung zur Klärung der „Vorwürfe“ entsenden, weil diese Vorwürfe nicht substantiiert sind; zudem ist zu erwarten, dass – wie oben aufgeführt – andere als wissenschaftliche Motive Grundlage dieser Veranstaltung sind.
4. Es ist für die Bioenergetischen Gesellschaften und Institute eine Selbstverständlichkeit, im Rahmen der Fachöffentlichkeit oder auf internen Weiterbildungsstagen mit Vertretern anderer Fachrichtungen und Therapieverfahren theoretische Fundierung und Qualitätsstandards zu diskutieren.

5. Wir fordern Sie daher als Präsidenten des BDP nochmals auf, die diffamierenden Äußerungen über die Bioenergetische Analyse zurückzunehmen; sollten Sie dazu nicht in der Lage sein, werden wir unseren Mitgliedern, die auch Mitglied im BDP sind, empfehlen, den Sinn einer Mitgliedschaft in einer Organisation zu überdenken, die so unseriös und leichtfertig den Ruf und die Existenz eines Teils ihrer Mitgliedschaft zu gefährden sucht.

Bochum 28. 9. 1999

für die GBA *Stephan Hamblin-Trué*
für die MGBA *Horst Schmidt*
für die SgfBA *Albert Maier*
für das NIBA *Heiner Steckel*
für das IBAR *Bernd Mundorf*
für den DVBA *Ulrich Sollmann*

Stellungnahme zum „Report Psychologie“-Beitrag: „Vier Psychologieprofessoren fordern breite Offensive gegen Esoterikboom“

Leider hat der o.a. Aufruf bisher nicht zu einer angemessenen Debatte in der Öffentlichkeit oder der Scientific Community geführt, um die erhobenen Diskreditierungen zu klären. Schlimmer noch: Wie zu befürchten war, wird der Aufruf dazu verwendet, um in noch undifferenzierter Weise billige Polemik zu trei-

ben – so etwa, wenn „Psychologie Heute“ in Heft 9/99 unter der Überschrift „Vier Professoren gegen Esoterik“ u. a. schreibt: „Lange hatte die akademische Psychologie dem Treiben auf dem Esoterikmarkt schweigend zugeschaut. Jetzt scheint die Geduld ein Ende zu haben.“ Und dann, u. a. nach Nennung von „Ver-

fahren wie zum Beispiel Bioenergetik ...“ resümiert: „Um dem Treiben der Esoteriker Einhalt gebieten zu können ...“.

Mir stellt sich die Frage, was eine Zeitschrift wie „Psychologie Heute“ – die den allergrößten Teil ihres umfangreichen Anzeigenaufkommens mit esoterischen Angeboten verdient – dazu treiben mag, sich übereifrig und in Häme einer vermeintlichen „akademischen Psychologie“ anzubiedern. Als Mitglied der „akademischen Psychologie“ beunruhigt mich dabei und derzeit weniger ein durch das Gesetz ohnedies stark beschränktes Angebot an sog. „pseudopsychologischen Methoden“ als vielmehr eine zunehmende Strömung im Zeitgeist, mit der unter Berufung auf „Wissenschaft“ der Raum an Denk- und Handlungs-Möglichkeiten von Menschen nicht erweitert, sondern radikal verengt wird.

Vor diesem Hintergrund halte ich eine Veröffentlichung der folgenden Stellungnahme durchaus für angebracht, um die überfällige Diskussion zu der Frage in Gang zu bringen, wie und mit welchen Mitteln sich Wissenschaft(ler) an der gesellschaftlichen Auseinandersetzung um Menschenbilder, Lebensziele und Werte beteiligen sollen. Diese Stellungnahme wurde von mir zunächst als internes Positionspapier für die KEPP (Kommission zur Entwicklung Psychologischer Psychotherapie des bdp), deren „Ständiger Gast“ ich mit anderen Wissenschaftlern bin, erarbeitet:

- Begrüßt werden alle theoretischen wie empirischen Beiträge, die geeignet sein können, in der Debatte um die Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren eine rationale Klärung weiter voranzutreiben.
- Begrüßt werden ebenso alle Maßnahmen, theoretischen Erwägungen und Forschungsbemühungen, die geeignet sind, gesundheitliche Schäden im Zusammenhang mit Behandlungen auf ein Minimum zu begrenzen. Solche Schäden sind leider sowohl im Rahmen der Schul- wie der Alternativmedizin, der psychotherapeutischen Richtlinienverfahren wie auch anderer Psychotherapieverfahren zu verzeichnen. Dies belegt u. a., dass in der gegenwärtigen Ausbildungssituation die Frage von Schädigun-

gen wohl nicht allein an „Richtungen“ oder „Ansätzen“ festgemacht werden kann, sondern im Einzelnen auch abhängig ist von der Qualität der jeweiligen Ausbildungsinstitutionen, Ausbildungsgänge, Supervision etc. Jeder konstruktive Beitrag zur Klärung der Zusammenhänge von Schädigungen und zur Prävention wird ausdrücklich unterstützt.

- Der o. a. „Aufruf der vier Psychologieprofessoren“ ist allerdings wenig geeignet, zu einer seriösen und sachlichen Debatte beizutragen. Die erhobenen pauschalen Diskreditierungen, die undifferenzierte Vermengung von Verfahren und Ansätzen sehr unterschiedlicher Herkunft und Seriosität zu einem „grauen Markt an pseudo-psychologischen Methoden“, die verallgemeinernden Behauptungen über Schädigungen (wozu es m. W. keine entsprechende differentielle Datenbasis gibt), führen nicht zur Aufklärung der Bevölkerung sondern eher zur Verunsicherung. Es besteht die Gefahr, dass durch sol-

che Pauschalierungen viele gut ausgebildete, seriös und erfolgreich arbeitende Psychotherapeuten in einen Topf mit Scharlatanen geworfen werden. Es kann aber nicht angehen, dass ohne wissenschaftlich fundierte Ergebnisse, allein auf der Basis persönlicher Eindrücke und der öffentlichen Wirksamkeit eines Professorentitels, seriös arbeitende Psychotherapeuten diskreditiert werden und damit ggf. ein strukturelles Berufsverbot initiiert wird.

- Es wird vorgeschlagen, sich klar von dem im „Report Psychologie“ unkritisch verbreiteten „Aufruf“ zu distanzieren und alle Beteiligten zu einer sachbezogenen und faktenbasierten Diskussion über gefährliche und schädigende Einflüsse von Psychotherapie (und ggf. der Medizin) aufzufordern.

Dr. Jürgen Kriz, Univ.-Prof. für Psychotherapie und Klinische Psychologie, FB 8: Psychologie und Gesundheitswissenschaften, Universität Osnabrück

M. Thielen

Presseerklärung

der „Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie/ European Association for Bodypsychotherapy“ (DGK/EABP) zur Podiumsdiskussion des „Berufsverbandes der Deutschen Psychologen“ (BDP) am 7. 10. 1999, 17 Uhr, im Kongresscafé

Die DGK wird sich an dieser Podiumsdiskussion unter dem reißerischen Titel „Psychologie und Esoterik. Offener Schlagabtausch – heimliches Techtelmechtel?“ nicht beteiligen, da von seiten des Veranstalters, BDP-Präsident Dipl.-Psych. L. J. Hellfritsch, kein Rahmen für eine faire Auseinandersetzung geschaffen wurde.

Zur Vorgeschichte der Veranstaltung:

- der Präsident des BDP Hellfritsch unterstützt im BDP-Report 5–6/99 einen Aufruf von vier Professoren gegen den „Esoterikboom“, in dem die Bioenergetik als körperpsychotherapeutisches Verfahren als „esoterisch“ und damit unseriös diffamiert wird.

Daraufhin gibt es eine Vielzahl empörter Leserbriefe, u.a. vom „Deutschen Verband für Bioenergetische Analyse“ und von der „Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie“.

- Diese Leserbriefe und Stellungnahmen werden nicht im BDP-Report veröffentlicht mit dem Verweis auf eine gemeinsame Diskussion, zu der auch Herr Sollmann vom „Deutschen Verband für Bioenergetische Analyse“ und ich für die „Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie“ eingeladen werden sollten.
- Eine zunächst als seriöse und wissenschaftliche Auseinandersetzung angekündigte Veranstaltung

mit verschiedenen Psychotherapierichtungen wird von Herrn Hellfritsch zu einer zwielfichtigen Veranstaltung mit dem Titel „Psychologie und Esoterik“ umfunktioni-ert.

- Als potentieller Teilnehmer dieser Podiumsdiskussion wurde ich bis heute weder über den inhaltlichen Charakter noch über die Teilnehmer offiziell informiert, stattdessen wurden diese Informationen an die Presse gegeben.
- In der Pressemitteilung des BDP werden Herr Sollmann und ich als Vertreter der Esoterik angekündigt, obwohl wir die Körperpsychotherapie als wissenschaftliches Verfahren vertreten und dies dem BDP seit Jahren bekannt ist.
- Damit wird die Intention des Veranstalters deutlich, keine faire, wissenschaftliche Auseinandersetzung zu führen, sondern die Körperpsychotherapie in die Nähe einer nicht näher definierten Esoterik zu bringen und zu diffamieren.

Deshalb haben wir uns entschieden, an einer solchen Veranstaltung nicht teilzunehmen.

Damit Sie sich als Pressevertreter einen Eindruck vom wissenschaftlichen Charakter der Körperpsychotherapie machen können, möchte ich Ihnen folgende Basisinformationen geben:

Zum wissenschaftlichen Charakter der Körperpsychotherapie

Die Körperpsychotherapie ist seit vielen Jahren fester Bestandteil der stationären und ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Dies spiegelte sich auch im BDP wider, in dem körperpsychotherapeutische Ausbildungen u.a. jahrelang zur Qualifikation zum Klinischen Psychologen anerkannt waren.

Auch im Rahmen der Kostenerstattungspsychotherapie hatte die Körperpsychotherapie im Rahmen des vom BDP befürworteten Methoden-integrativen Vorgehens neben anderen psychotherapeutischen Verfahren wie Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, systemische Familientherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse u.a. ihren Platz. Im BDP-Gutachterverfahren, das u.a. von der

Techniker Krankenkasse genutzt wurde, wurden über viele Jahre körperpsychotherapeutisch orientierte Gutachten anerkannt.

Im Rahmen der Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz wurden Ausbildungen an körperpsychotherapeutischen Instituten für angestellte Psychologen anerkannt.

Mit dem Psychotherapeutengesetz, das seit dem 1. 1. 1999 in Kraft ist, wurden die von den Krankenkassen abrechenbaren Verfahren auf drei, die sogenannten Richtlinienverfahren: Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie reduziert. Die anderen erwähnten Verfahren sollen ihre Wissenschaftlichkeit erneut vor einem Wissenschaftlichen Beirat unter Beweis stellen. *Dies müsste für die anerkannten Verfahren genauso gelten.*¹

Obwohl dieser Prozess der Überprüfung weiterer Psychotherapieverfahren gerade erst begonnen hat, scheint der Präsident des BDP vermutlich im Alleingang einen Kurswechsel vorgenommen zu haben und einzelne Verfahren ins Abseits drängen und in die Nähe von Esoterik bringen zu wollen. Dagegen ist folgendes zu sagen:

Internationale Verbreitung und Anerkennung

Die Körperpsychotherapie ist eine weltweit verbreitete Methode mit internationaler Anerkennung und Verankerung in der universitären Lehre und Forschung. Europaweit sind die Körperpsychotherapeuten in der European Association for Body-Psychotherapy (EABP) zusammengeschlossen, die bisher sieben internationale Kongresse in den letzten 16 Jahren veranstaltet hat.

Die EABP ist Mitglied in der „European Association for Psychotherapy“ (EAP) und innerhalb der EAP als eine Hauptströmung der Psychotherapie anerkannt. Das Europazertifikat für Psychotherapie ist damit sowohl Mitgliedern der EABP als auch der DGK als deutschem Zweig der EABP zugänglich.

Auf dem 2. Weltkongress für Psychotherapie vom 3.-4. Juli 1999 in Wien gehörten international bekannte

¹ Hervorhebung durch die Redaktion.

te Körperpsychotherapeuten wie David Boadella zu den Hauptrednern.

Forschung und Lehre in Deutschland

Die Körperpsychotherapie ist eine wissenschaftliche Methode und fester Bestandteil von Forschung und Lehre in Deutschland. Ihr wissenschaftlicher Charakter spiegelt sich u.a. in den großen neuen Lehrbüchern zur Psychotherapie wider, z. B.:

- C. Reiner, J. Eckert, M. Hautzinger, E. Wilke (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin Heidelberg New York 1996. Hier wird der körperorientierten Psychotherapie neben Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Familien- und Paartherapie, Hypnose und Katathym-imaginativer Psychotherapie ein eigenes Kapitel gewidmet.
- W. Senf, M. Broda (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Stuttgart New York 1996.
- A. Heigl-Evers, F. Heigl, J. Ott, U. Rüger (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart Jena 1997.
- Thure von Uexküll u.a. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München Wien/ Baltimore 1996. Dieses Buch gilt als Standardlehrbuch für die psychosomatische Medizin.

Die Körperpsychotherapie verfügt über eine Vielzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen und eine wachsende Zahl empirischer Untersuchungen zur Wirksamkeit. Im Auftrag der DGK hat Privatdozent Dipl.-Psych. Dr. Ulfried Geuter (Freie Universität Berlin) eine umfassende Bibliographie zur Körperpsychotherapie erstellt, die 1143 Titel umfasst.

Die größte europäische Fachtagung und Weiterbildungsveranstaltung, die Lindauer Psychotherapie-wochen, stellten ihre 41. Tagung 1991 unter das Motto: „Der Körper in der Psychotherapie“ (s. Buchheim, Cierpka, Seifert [Hrsg.] Berlin Heidelberg New York u. a. 1992). Die Körperpsychotherapie hat dort seit Jahren einen festen Platz in der psychotherapeutischen Fortbildung für Ärzte und Diplom-Psychologen.

Die Körperpsychotherapie ist an einer Reihe von Universitäten und Universitätskliniken in Lehre und For-

schung vertreten. Nach einer Umfrage des BDP vom August 1998 an den Universitäten wird Körperpsychotherapie an mehreren Universitäten gelehrt.

Z. B.: Prof. Dr. phil. Günter Heisterkamp, adlerianischer Lehrtherapeut und Körperpsychotherapeut lehrt an der Universität Düsseldorf.

Prof. Dr. med. Helmut Becker, Autor verschiedener wissenschaftlicher Publikationen über die Konzentrierte Bewegungstherapie, lehrt an der Universität Heidelberg.

Prof. Dr. med. Joranschky, Psychoanalytiker und u.a. ausgebildet in Funktioneller Entspannung, lehrt an der Universität Dresden.

Privatdozent Dr. Dipl.-Psych. Ulfried Geuter lehrt Körperpsychotherapie an der Freien Universität Berlin und als Gastprofessor an der Universität Innsbruck.

Im Rahmen der Seminare zur Klinischen Psychologie von Prof. Dr. Langer an der Universität Hamburg wird

seit Jahren Körperpsychotherapie gelehrt.

Prof. em. Dr. med. Helmut Stolze, Mitbegründer der Konzentrierten Bewegungstherapie, lehrte an der Universität München.

Prof. Dr. med. Müller-Braunschweig lehrt an der Universität Marburg.

Körperpsychotherapie in der stationären und ambulanten Versorgung

Die Körperpsychotherapie ist seit vielen Jahren in der stationären und ambulanten psychotherapeutischen Versorgung weit verbreitet. Insbesondere in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken ist sie gut vertreten.

Beispielhaft kann ihre große Verbreitung an einer Studie unter Leitung von Prof. Dr. H. Kächele nachgewiesen werden, die Kliniken, in denen Essstörungen psychotherapeutisch

behandelt werden, untersuchte. 50 der an dieser Studie beteiligten Kliniken haben neben der analytischen Einzel- und Gruppentherapie körperpsychotherapeutische Verfahren an erster Stelle genannt (s. Herzog, Munch, Kächele, Analytische Psychotherapie bei Essstörungen. Stuttgart 1996, S. 237ff).

Auch im Rahmen der ambulanten Psychotherapie ist die Körperpsychotherapie in der Kostenerstattung eine anerkannte und bewährte Methode.

Von einer Reihe von Landesärztekammern werden körperpsychotherapeutische Verfahren als Zweitverfahren anerkannt.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass die Körperpsychotherapie in der gesamten psychotherapeutischen Versorgung Deutschlands weit verbreitet und ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren ist.

Manfred Thielen, DGK

M. Vitzthum

Systemvariablen von Psychotherapie – ein Kulturvergleich*

Fragestellung

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit war, ob sich in der Psychotherapie gewisse, vom jeweiligem System, in dem diese ausgeübt wird, abhängige Variablen herauskristallisieren lassen:

Diese Variablen, die als Kulturvariablen über die theoretische Gebundenheit der einzelnen psychotherapeutischen Richtungen und interindividuelle Unterschiede hinausgehen, hätten demnach Einfluss auf das therapeutische Setting und den Prozess der Therapie und müssten bei zukünftigen wissenschaftlichen Betrachtungen zum Thema Psychotherapie mit berücksichtigt werden.

Untersuchungsgegenstand

Obige Fragestellung wurde nun anhand zweier völlig unterschiedlicher Kulturen wie der brasilianischen und der österreichischen untersucht. Sinn dieser Untersuchung war, etwaige Wechselwirkung von Psychotherapie mit dem System, in dem diese ausgeübt wird, aufzuzeigen und zu verstehen. Daraus ergibt sich die Wahl des theoretischen Hintergrundes, der Systemtheorie.

Diese Arbeit versteht sich aufgrund der Heterogenität der Faktoren und der gewählten Untersuchungsmethode als Pilotstudie.

Untersuchungsmethode

Um der Gefahr des Informationsverlustes durch Hypothesenbildung zu entgehen, musste der Focus bei der Untersuchung möglichst weit gehalten und die abgefragten Faktoren sehr breit gestreut, sowie qualitativ bzw. „systemisch“ untersucht werden. Dazu wurden je 10 halbstandardisierte, nicht-direktive Interviews mit offenen Fragen in neutral bis weichem Gesprächsstil vorgegeben und diese dann inhaltsanalytisch ausgewertet. Um die Verifizierbarkeit der Daten zu erhöhen, kam bei der

Interpretation auch ergänzendes Datenmaterial wie Interviews mit Fachleuten und einschlägige Literatur zum Tragen.

Datenmaterial

10 *halbstandardisierte Interviews* mit brasilianischen Psychotherapeuten, davon:

- 3 Analyt. Psychologen nach C. G. Jung
- 3 Psychoanalytische Therapeuten nach S. Freud
- 2 Psychoanalytische Therapeuten nach M. Klein
- 1 Körpertherapeutin nach W. Reich und psychoanalyt. Therapeutin
- 1 System. Familientherapeutin

10 *halbstandardisierte Interviews* mit österreichischen Psychotherapeuten, davon:

- 4 Klientenzentrierte Therapeuten
- 3 Systemische Familientherapeuten
- 2 Verhaltenstherapeuten
- 1 Integrative Gestalttherapeutin

4 *offene Interviews* mit:

Dr. Silvia Leser (Direktorin des psychologischen Institutes der staatl. Universität Sao Paulo)

Dr. Therezinha M. Leite (Leiterin des Instituts für klinische Psychologie)

Dr. Irineu Godinho (Psychiater und Direktor des psychiatrischen Hospitals „Bezerra de Menezes“)

Vera (Sozialassistentin der Firma „Max Mangels“, zuständig für Kasensverträge mit Psychologen)

Besuche bei:

Conselho Regional da Psicologia Sao Paulo (Berufsverband der Psychologen)

Comissao de Direitos Humanos Sao Paulo (Menschenrechtskommission)

Literatur

Ergebnisse

Äußere Faktoren

Ein grundlegender Unterschied zwischen Österreich und Brasilien besteht darin, dass in Österreich Psychotherapeut und Psychologe zwei

* Diplomarbeit, eingereicht am psychologischen Institut der Universität Wien im Februar 1999 bei Prof. Giselher Guttman.

voneinander unabhängige Berufsbilder darstellen, während in Brasilien jeder fertige Psychologe auch gleich den Titel „Psychotherapeut“ für sich in Anspruch nehmen kann.

Oft schon aus einem sozialen Beruf kommend, sucht der durchschnittliche österreichische Psychotherapeut die im Quellberuf gemachten Erfahrungen mit Hilfe der Fachausbildung zum Psychotherapeuten theoretisch zu vertiefen, um besseres „Handwerkszeug“ für seine Arbeit mit Menschen zu haben. Ein anderer Teil absolviert die Ausbildung zum Psychotherapeuten parallel oder ergänzend zu seinem Psychologie- oder sogar Medizinstudium.

In Brasilien hat also jeder Psychotherapeut ein abgeschlossenes Studium, wobei das Studium an einer staatlichen Universität qualitativ höher bewertet wird als an einer privaten Uni.

Interessanterweise obliegt der Besuch einer Lehrtherapie in Brasilien der Eigenverantwortung des jeweiligen Therapeuten, ist also nicht verpflichtend wie bei uns. Trotzdem haben alle (!) der interviewten brasilianischen Therapeuten diese freiwillig in Anspruch genommen oder nehmen diese in Form von Supervision auch weiterhin in Anspruch, während die Lehrtherapeuten hier mit dem Problem zu kämpfen haben, dass von den Berufsanwärtern oft exakt nur die gesetzlich vorgeschriebene Stundenzahl besucht und die Therapie dann, gleichgültig an welchem Punkt sie steht, abgebrochen wird.

Der brasilianische Klient wird wiederum oft mit der noch mangelhaften Praxistauglichkeit junger Therapeuten konfrontiert und läuft bei einem „jungianischen“ Psychotherapeuten in Brasilien Gefahr, mit unseriösen Behandlungstechniken wie Tarot, I-Ging oder Búzios (Muschelorkel) behandelt zu werden.

Andererseits sind in Brasilien ethische Richtlinien bei der Ausübung des Berufes in einem eigenen Codex bereits seit 1987 gesetzlich vorgeschrieben, während dieser wichtige Punkt in Österreich erst seit kurzem Eingang in die psychotherapeutische Ausbildung gefunden hat.

Als sehr wesentliche Kulturvariable entpuppte sich die Präferenz völlig unterschiedlicher Therapierichtungen in den untersuchten Kulturen:

Zu den populärsten Richtungen in Brasilien zählen die analytische Psychologie nach C.G. Jung und die Psychoanalyse nach Freud und Melanie Klein (bei Kindern), vereinzelt finden sich auch Gestalttherapeuten, systemische Familientherapeuten, Körpertherapeuten u. v. m.

Zu den beiden am stärksten frequentierten Richtungen in Österreich zählt die klienten- oder personenzentrierte Psychotherapie nach C. Rogers und in zunehmendem Maße die systemische Familientherapie. Erst danach stehen mit Abstand Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Psychoanalyse u. s. w.

Im Gegensatz zu den österreichischen Psychotherapeuten zeigen brasilianische Psychologen keine große Treue zu ihrer „Stammtheorie“, d. h. sie zögern nicht, bei ihrer Arbeit auch die Theorien großer therapeutischer Schulen miteinander zu mischen.

Klienten

Bei diesem Faktor finden wir in beiden Ländern eine ähnliche Ausgangsposition. Die Klienten beider Kulturen lassen sich prinzipiell in zwei Gruppen einteilen: in die Gruppe der privaten Klienten und die Gruppe der Kasse- bzw. Vertragsklienten, denn auch in Brasilien gibt es eine Art Kassensystem. Über diese sogenannten „convênios“ sind Angestellte großer Firmen meist mitsamt ihren Angehörigen ganz automatisch kranken- und sozialversichert. Obwohl das Honorar für einen Convênio-Klienten im Vergleich zum privaten Klienten gering ist, sind diese Verträge bei den Therapeuten sehr begehrt, da ihnen diese Klienten auch bei schlechter Wirtschaftslage treu bleiben.

Gewaltige kulturelle Unterschiede treten bei den Störungsbildern und deren Definition auf: Während brasilianische Therapeuten bei ihren Klienten am häufigsten Beziehungsstörungen und in weiterer Folge Selbstfindung diagnostizieren, ihre Klienten also überwiegend auf persönlicher und individueller Ebene beurteilen, diagnostizieren österreichische Therapeuten theoretisch sehr genau (nach Auftrittshäufigkeit gereiht):

Depressionen, Suchterkrankungen, Angststörungen und einen Trend zu narzisstischen Störungen.

Psychosomatische Störungsbilder, Krisenintervention und Lebensberatung werden in beiden Ländern ungefähr gleich häufig genannt.

Insgesamt wird von den brasilianischen Therapeuten eine Störung aber eher als Chance definiert, wogegen die österreichischen diese vor allem als Hemmnis betrachten.

Die Variable „psychische Gesundheit“ äußert sich für den Brasilianer in einer Lebensfähigkeit und Fähigkeit zur Selbstreflexion des Menschen. Österreichische Therapeuten sehen diese tendenziell stärker im Zusammenhang mit der Umwelt, als gesellschaftliche Anpassungsfähigkeit.

Ein interessantes Detail kristallisiert sich bei der Art möglicher Widerstände von Klienten in der Therapie heraus: Österreichische Therapeuten beklagen hier vor allem terminliche Unzuverlässigkeiten oder unangekündigte und unerwartete Therapieabbrüche, hier zusammengefasst unter der Kategorie „passive Widerstände“. Brasilianische Therapeuten hingegen erleben in ihrer beruflichen Praxis eher starke emotionale Ausbrüche des Klienten wie Wut oder Aggression sowie das Äußern von Kritik an den Deutungen des Therapeuten, also „aktive Widerstände“.

Arbeitsstil

Brasilianische Therapeuten beschreiben ihre Rolle fast schon erwartungsgemäß als warm, freundschaftlich und aktiv, haben also prinzipiell weniger Hemmungen, sich in den therapeutischen Prozess persönlich mit einzubringen als die Österreicher. Sie möchten dem Klienten vor allem menschlich, sympathisch und vertrauens-erweckend entgegenreten, während österreichische Therapeuten sich bemühen, einen überwiegend sachlichen, abstinenter und kompetenten Eindruck zu machen.

Diagnostik wird in Österreich mangels beruflicher Qualifikation der Therapeuten lieber den Psychologen überlassen. Von den brasilianischen Therapeuten wenden fast alle Tests an, allerdings überwiegend bei Kindern. Generell ist aber eine deutliche Präferenz für projektive Testverfahren festzustellen.

Nachdem in Brasilien gesetzlich festgelegt ist, dass das Ziel der Therapie offen bleiben soll, definieren die

ohnehin stark analytisch orientierten brasilianischen Therapeuten auch kein Ziel mit ihren Klienten. In Österreich, wo Psychotherapie sich immer mehr als „Krankenbehandlung“ (im Gegensatz zu Selbsterfahrung) zu etablieren scheint, gehört die Definition des Therapieziels mittlerweile fast schon zum fixen Bestandteil des therapeutischen Settings. Bezüglich des Therapieendes sind sich die Therapeuten beider Kulturen darüber einig, dass dieses in einem gemeinsamen Prozess mit dem Klienten festgelegt werden muss. Die psychische Gesundung wird in Brasilien sehr optimistisch als etwas Statisches, ein Ziel, das erreicht wurde, definiert. Der österreichische Klient muss mit seinem Problem oft auch nur leben gelernt oder, davon unabhängig, einen positiven Gemütszustand erreicht haben. Das Therapieziel gilt dann jedoch nicht als endgültig und stabil.

Implizite Theorien

Relativ kulturunabhängig ist die Vorstellung der Therapeuten über den Wirkmechanismus von Psychotherapie. Danach ist die Beziehungsebene zwischen Klient und Therapeut der eigentliche Faktor, der die Wirkung der Psychotherapie ausmacht, wobei der Therapeut Geduld, Interesse und einen guten Lebenskontext einbringen sollte.

Österreichische Therapeuten legen ihr Gewicht hier wieder mehr auf gut fundiertes Wissen und fachliche Kompetenz des Therapeuten, brasilianische Therapeuten auf hohe Empathie, gute Beobachtungsgabe und hohe Eigenverantwortlichkeit.

Der österreichische Klient kann aus der Sicht des Therapeuten den Prozess der Therapie am besten unter-

stützen, indem er möglichst motiviert und selbständig ist, der brasilianische, indem er dem Therapeuten Vertrauen entgegenbringt.

Nach der Rolle von Religion in der Psychotherapie befragt, reagieren brasilianische Therapeuten mit einer deutlichen Tendenz der Abgrenzung (was angesichts der unzähligen Sekten und Kulte in dieser Kultur sowie der oft analytischen Orientierung der Therapeuten nicht weiter verwundert). Österreichische Therapeuten hingegen betrachten das Thema Religion, sofern es vom Klienten eingebracht wird, meist sogar als hilfreiches Element für die Therapie.

Resumé

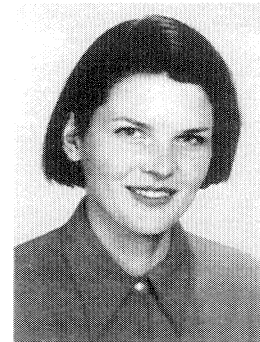
Zusammenfassend kann gesagt werden, dass fast alles, rund um das System Psychotherapie, als kulturabhängig gesehen werden muss.

Sowohl bei der Ausbildung als auch bei der Präferenztheoretischer Modelle und dem Modus ihrer Anwendung wirkt die Kultur ausgesprochen prägend, fällt auf, dass die interkulturellen Unterschiede zum Teil sogar noch größer sind als die interindividuellen.

So zeigen die Therapeuten verschiedener Kulturen in ihrer Arbeit eine unterschiedlich starke Treue zur Stammtheorie. Damit verbunden ist eine mit der Kultur korrelierte Präferenz zu einer offenen oder geschlossenen Ausrichtung der Therapie (Zieldefinition). Auch das Auftreten der einzelnen Störungsbilder, mit denen der Therapeut in seiner Praxis konfrontiert wird, ihr Schweregrad und deren Diagnose variiert von Kultur zu Kultur. Hier wird der Klient, je nach Kultur, entweder stärker in seiner Individualität oder mehr in seiner Fähigkeit zur Interaktion mit der Ge-

sellschaft gefördert. Große Unterschiede zeigen sich in der Rollenauffassung des Therapeuten: von der Therapieschule unabhängig kristallisierten sich zwei starke Tendenzen heraus: der emotionale und einfühlsame Therapeut im Gegensatz zum sachlichen und abstinenteren Therapeuten.

Dass die interkulturelle Auslegung von Theorien überhaupt möglich ist, ist im Grunde sehr erfreulich, beweist diese Tatsache nicht zuletzt, dass hier die Theorie an die gesellschaftliche Praxis und nicht umgekehrt angepasst wird. Diese Vielfalt ist also, sofern man ganzheitlich denkt, einem Drängen nach Erfüllung genormter interkultureller Standards in jedem Falle vorzuziehen, wenn nicht überhaupt zu fördern, weil die Konfrontation von Theorie und Kultur erstere auf eine gewisse Belastungsprobe stellt, veraltete oder in dieser Kultur unbrauchbare Details der Selektion zum Opfer fallen und, im Vertrauen auf ein Überleben des Sinnvollen, Raum für Neues geschaffen wird.



*Mag. Miriam Vitzthum
Operngasse 25/19, A-1040 Wien
Tel. (+43)1/ 58113 85
mobil: 0676/5 22 88 98
e-mail: mvitzthum@hotmail.com*

Veranstaltungskalender

Ab 10. Januar 2000, Wien
Kontinuierliche Psychoanalytische Großgruppe
Leitung: Prof. Dr. Josef Shaked
20 Abende von Januar bis Juni 2000
Anmeldung: schriftlich bei
Sonja Neulinger
Hetzgasse 38/5
A-1030 Wien
Tel. 712 44 60, Fax 02635/71 470

Ab 28. Januar 2000, Salzburg
Weiterbildungs-Curriculum 2000: Therapie von Essstörungen (Anorexia & Bulimia nervosa)
Dauer: 12 Monate, insgesamt 160 Stunden (Wochenendblöcke)
Information und Anmeldung:
Ass.-Prof. Dr. Günther Rathner,
Leopold-Franzens-Universität
Innsbruck, Universitätsklinik für
Kinder- und Jugendheilkunde,
Spezialambulanz Essstörungen
Fax +43-(0)512-29 10 84
e-mail: guenther.rathner@uibk.ac.at

28.–30. Januar 2000, Bern
Berner Seminare zum Thema Schizophrenie
I. Ausbildungsseminare zum
Integrierten Psychologischen
Therapieprogramm (IPT). Seminar 2.
Therapie sozialer Kompetenz.
Information: Frau F. Perret, Univ.
Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Bolligenstrasse 111
CH-3000 Bern 60
Tel. 031 930 99 15
Fax 031 930 99 88

25. Februar–1. März 2000, Berlin
13. Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie
2. Aufruf zur Mitarbeit
Thema: Bestand – Visionen –
Projekte. Psychotherapie und
psychosoziale Zukunftsentwürfe
Information: Deutsche Gesellschaft
für Verhaltenstherapie e.V.
Neckarhalde 55
D-72070 Tübingen
Tel. 07071 94 34-0
Fax 07071 94 34 35
e-mail: dgvt@schwaben.de

26.–27. Februar 2000, Bern
Berner Seminare zum Thema Schizophrenie
II. Weiterentwicklung des IPT im
Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich
(WAF). Seminar 3. Einführung in die
neuen kognitiv verhaltenstherapeu-
tischen Programme

11.–12. März 2000, Bern
Berner Seminare zum Thema Schizophrenie
III. Bewältigungsorientierte Ansätze.
Seminar 4. Gruppentherapie für
Betroffene und Psychoedukation für
Angehörige
Information: Frau F. Perret, Univ.
Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60
Tel. 031 930 99 15
Fax 031 930 99 88

Ab 17. März 2000, Frankfurt/Main
Fortbildung in Gestalttherapie
Fortbildung in Blockseminarform
mit Rolf Heinzmann und
Uta Wahl-Witte
Tagungshäuser: Schwerpunkt
Baden-Württemberg
Information:
Gestalt-Institut Frankfurt/M. e.V.
Wilhelm-Hauff-Straße 5
D-60325 Frankfurt/M.
Tel. 069-74 06 99
Fax 069-74 87 22
e-mail:
info@gestalt-institut-frankfurt.de
http:
//www.gestalt-institut-frankfurt.de

21. März 2000, Warstein/ Sauerland
11. Warsteiner Psychotherapie-Symposium
Thema: Liebe in den Zeiten der Moderne
Veranstalter: Westf. Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Warstein zusammen mit Frau Prof.
Dr. Anna Auckenthaler (Freie
Universität Berlin)
Auskunft und Information:
Dipl.-Psych. M. Hermer
Westfälische Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie Warstein

Franz-Hegemann-Straße 23
D-59581 Warstein
Tel. 02902/82 22 56
Fax 02902/82 33 19

6.–9. April 2000, Oxford, England
EFPP Millennium Conference
Changing Times – Changing Relationships
Psychoanalytic psychotherapy –
adults, children and adolescents,
individual and group
Information: Sekretariat EFPP
Schweiz, c/o Dorothee Leser-Junack
Spiegelbergstrasse 5
CH-4059 Basel
Tel. +41 61 331 81 92
Fax +41 61 333 80 31

29.–30. April 2000, Wien
Wenn der Sinn zur Frage wird
Information und Anmeldung:
Gesellschaft für Logotherapie und
Existenzanalyse (GLE)-Sekretariat
Eduard Sueß-Gasse 10
A-1150 Wien
Tel. (+43-1-) 985 95 66
Fax (+43-1-) 982 48 45
e-mail: gle-wien@ping.at
(Aktuelle Information über die
GLE-homepage:
<http://members.ping.at/gle-wien>)

8. Juni 2000, Wien
VI. Update in Psychiatrie
Vorsitz und Programmkoordination:
o. Univ.-Prof. Dr. Siegfried Kasper,
Universitätsklinik für Psychiatrie,
Wien
Themenbereiche:
• Neue Wirkprinzipien antidepressiver
Pharmakotherapie • Akut- und
Langzeittherapie der Angsterkrankun-
gen • Diagnostik und Therapie
der posttraumatischen Belastungs-
störung • Atypische Antipsychotika •
Destigmatisierung der Schizophrenie
– Ist die Kampagne erfolgreich? •
Verhaltensstörung bei Demenz •
Gibt es eine symptomatische Thera-
pie bei Demenz vom Alzheimer Typ?
• Diagnostik der bipolaren Spek-
trumerkrankungen • Vorteile der
Phasenprophylaktika der 2. und 3.
Generation

Information und Organisation:
UPDATE EUROPE –
Gesellschaft zur Förderung der
ärztlichen Fortbildung und
medizinischen Forschung e.V.
Mariannengasse 14/11
A-1090 Wien
Tel. +43/1/405 57 34
Fax +43/1/405 57 34-16
e-mail: update@xpoint.at
Internet: //www.update.europe.at

26. August 2000, Schaffhausen
Stabilisierende Techniken
in der Traumatherapie

Eintägige Fortbildungsveranstaltung
Leitung: Dr. med. Luise Reddemann,
Bielefeld
Anmeldung und Information:
Psychotherapeutisches Institut
im Park
Steigstrasse 26
CH-8200 Schaffhausen
Tel. 0041 52 624 97 82, Fax 625 08 00
e-mail: hanne.hummel@email.ch
Internet: www.iip.ch

22.–24. September 2000,
Schaffhausen

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing (EMDR)

Deutschsprachiges Einführungsseminar in die von Dr. Francine Shapiro entwickelte psychotherapeutische Methode zur Behandlung traumatisierter Menschen (EMDR Level I)
Organisation und Information:
Psychotherapeutisches Institut
im Park
Steigstrasse 26
CH-8200 Schaffhausen
Tel. 0041 52 624 97 82, Fax 625 08 00
e-mail: hanne.hummel@email.ch
Internet: www.iip.ch

29. September – 1. Oktober 2000,
Wien

2. Wiener Symposium
„Psychoanalyse und Körper“
Schwerpunktthema: Sexualität

Veranstalter: AKP (Arbeitskreis für analytische körperbezogene Psychotherapie) und WPS (Wiener Psychoanalytisches Seminar)
Organisation und Information:
DDr. Peter Geißler
Kölblgasse 5/8, A-1030 Wien
Tel./Fax 01-7985157
e-mail: p.geissler@treangeli.at

16.–18. November 2000, Basel
Das Sichtbare und das
Verborgene in der Praxis der
Körperpsychotherapie

2. Kongress des Schweizerischen Landesverbandes der Europäischen Assoziation für Körperpsychotherapie (CH-EABP)
Information:
Dr. Thomas Ehrensperger
Wielandplatz 2, CH-4054 Basel
Tel. 061-301 78 78
Fax 061-301 41 61
e-mail: tpehrens@hin.ch

Ab Herbst 2000, Frankfurt/Main
Fortbildung in Gestalttherapie

Fortbildung in Blockseminarform
Tagungshäuser: Schwerpunkt Hessen
Information:
Gestalt-Institut Frankfurt/M. e.V.
Wilhelm-Hauff-Straße 5
D-60325 Frankfurt/M.
Tel. 069-74 06 99
Fax 069-74 87 22
e-mail:
info@gestalt-institut-frankfurt.de
http:
//www.gestalt-institut-frankfurt.de

World Council for
Psychotherapy (WCP)
Congresses in the years 2000
and 2002

1st Regional Congress of the World Council for Psychotherapy (WCP) in Marrakech – „Families and Psychotherapy: Transcultural Aspects (Examples of the Arab and Mediterranean Families)“

May 11–14, 2000

Marrakech, Morocco
Organiser: WCP in co-operation with EFTA (European Family Therapy Association) and the Moroccan Association for Psychotherapy

1st Congress of Psychotherapy of the Latin American Association for Psychotherapy

May 25–28, 2000

Santiago de Chile, Chile
Organiser: WCP and the Latin American Association for Psychotherapy

9th Congress of the European Association for Psychotherapy (EAP)
June 22–25, 2000

Dublin, Ireland

Organiser: EAP in co-operation with ICP (Irish Council for Psychotherapy)

1st Conference of the North American Chapter of the WCP
October 27 to 29, 2000

New Orleans, USA

Organiser: WCP in co-operation with the North American Chapter of the WCP

3rd African Conference on Psychotherapy

November 27 – December 3, 2000
Yaounde, Cameroon

Organiser: WCP and the African Chapter of the World Council for Psychotherapy

3rd World Congress for Psychotherapy

July, 2002, Vienna, Austria

Organiser: World Council for Psychotherapy (WCP)

Information: WCP Headoffice

Rosenbursenstraße 8/3/8

A-1010 Vienna

phone +43 1 512 0444

fax +43 1 512 0570

e-mail:

wcp.office@psychotherapie.at

Homepage: www.worldpsyche.org