



Forum Österreich

AUS DEM ÖBVP

- S 43 Brief des Präsidenten
- S 44 Wimmer, H.: 6 Jahre Bezirkskoordinatoren/
innen in Niederösterreich
- S 45 Psychotherapie für den Kosovo
- S 46 Bilek, H. P., Schmidl, E., Hladschik, B.,
Frischenschlager, O.: Erhebung über die
aktuelle Situation der psychosozialen
Betreuung von Krebspatienten an
Institutionen in Österreich
- S 48 Schweiger, M.: Psychosoziale Beratung an der
BULME Graz-Göding
- S 49 Huber, E.: ÖBVP-Fortbildungsseminar
- S 50 Fastenbauer, D.: Neues von der Arbeitsgruppe
Gerontopsychotherapie

AUS DEM PSYCHOTHERAPIEBERAT –
GESUNDHEITSMINISTERIUM

- S 51 Ethik-Rubrik: Pölzlbauer, C.: Berufsethisches
Gremium des ÖBVP (BEG) –
Beschwerdestellen in den Bundesländern



Forum Schweiz/Suisse

- S 53 Editorial: Berufsidentität: Zwischen
PsychotherapeutIn und VerteterIn einer
Therapierichtung

- S 53 Editorial : Identité professionnelle : entre
psychothérapeutes et représentants d'un
courant donné
- S 54 Fäh, M.: Die Doppelidentität ist berufspolitisch
unabdingbar!
- S 55 Fäh, M.: Du point de vue de la politique
professionnelle nous devons avoir une double
identité !
- S 55 Holzhey-Kunz, A.: Psychoanalyse und
Psychotherapie: fruchtbares
Spannungsverhältnis oder unvereinbarer
Widerspruch?
- S 57 Holzhey-Kunz, A.: Psychanalyse et
psychothérapie : une antinomie inconciliable
ou une tension fructueuse ?
- S 58 Gutberlet, M.: Die Sicht eines
Gesprächspsychotherapeuten
- S 59 Gutberlet, M.: Le point de vue d'un thérapeute
par entretiens
- S 61 Koemeda-Lutz, M.: Persönliche Stellungnahme
einer Bioenergetischen Analytikerin
- S 62 Koemeda-Lutz, M.: Une prise de position
personnelle d'une analyte bioenergeticienne
- S 64 Holtz, N.: Ein Märchen zum Thema
IGGWFPISPV
- S 64 Holtz, N.: IGGWFPISPV – un conte de fées
- S 65 Caspar, F.: Therapeutische Identität und
Psychotherapie-Integration
- S 66 Caspar, F.: Identité thérapeutique et
intégration de la psychothérapie
- S 68 Bericht aus der Schweizer Charta für
Psychotherapie
- S 69 Nouvelles de la Charte suisse pour la
psychothérapie
- S 69 Letzte Nachricht / Dernière nouvelle

Fortsetzung umseitig

Forum Deutschland

- S 71 Editorial: Grenzen: Psychotherapie in Zeiten des Krieges in Europa – und seit dem Inkrafttreten des deutschen Psychotherapeutengesetzes. Viele Fragen
- S 72 Sollmann, U.: Was macht Psychotherapie aus?
- S 76 Sollmann, U.: Psychologie-Studium mit naturwissenschaftlichem Gütesiegel
- S 77 Sollmann, U.: Die Verarmung der Psychotherapie

Psychotherapie International

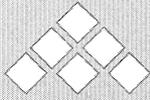
- S 79 Überlegungen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – EAP-Symposium „Psychotherapie, Ethik und Menschenrechte“ in Straßburg vom 19. bis 20. März 1999
- S 81 VERANSTALTUNGSKALENDER

Beiträge für das Supplement sind zu richten an:

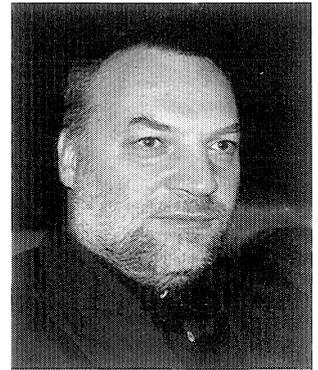
Frau Eva Kutschera, ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/7, A-1010 Wien, bzw. an Herrn Dr. Mario Schlegel, Scheuchzerstrasse 197, CH-8057 Zürich, bzw. an Frau Gisela Steinecke, Rathausgasse 10, D-63739 Aschaffenburg

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 Verlae. Kurfürstenstraße 18. D-60486 Frankfurt/M.. Fax 0049/69/707 39 67



Aus dem ÖBVP



Brief des Präsidenten

*Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege!*

1. Kampf um Psychotherapie auf Krankenschein. Entsprechend der Beschlüsse der Bundeskonferenz am 31. 1. 1999 haben das Präsidium und das Kassenverhandlungsteam eine öffentliche Kampagne zur Erfüllung der 50. ASVG-Novelle gestartet. In zwei Briefen wurden alle Nationalratsabgeordneten über den Missstand informiert. Das Echo war sowohl in den Medien (ZIB 1, Willkommen Österreich, allen wichtigen Tageszeitungen: Die Furche, etc.) als auch in der Politik sehr positiv. Wir erhielten Unterstützungsunterschriften von allen politischen Parteien, manche Abgeordnete intervenierten direkt im Hauptverband. Zugleich erreichte uns eine Welle von Unterstützungsunterschriften, dabei viele Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens. Wir werden diese Liste gegebenenfalls demnächst ebenfalls publizieren. Unter diesen Gesichtspunkten findet am 7. 6. 1999 die nächste Verhandlungsrunde mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger statt. Es wird bereits eine gewisse Flexibilität signalisiert, doch die Erfahrungen der letzten Jahre waren diesbezüglich nicht ermutigend. Zu oft wurden mögliche Kompromisse dann wieder zurückgezogen. Wir werden Sie jedenfalls auf dem Laufenden halten.

2. Weltkongress für Psychotherapie. Der 2. Weltkongress liegt nun unmittelbar vor uns, und die Vorbereitungen laufen auf Hochtouren. Das Programm ist fertiggestellt, und wir verzeichnen ungefähr 1000 Veranstaltungen zu den unterschiedlichsten Themen aus dem Bereich der Psychotherapie. Die Gemeinde Wien hat sich entschlossen, eine CD-ROM

über das Werk Sigmund Freuds zu produzieren, welche alle Kongress Teilnehmer/innen als Geschenk der Stadt Wien erhalten werden. Zugleich ist auch die Liste der Nominierungen für den Sigmund-Freud-Preis komplett, und die Jury arbeitet bereits an einer Rangliste. Es wird auch dieser Kongress wieder ein Treffen von Psychotherapeuten/innen aus aller Welt. Diesmal werden vor allem auch Lateinamerikaner und Russen sehr stark vertreten sein. Beide haben eigene Subsymposia in Spanisch und Russisch (mit Übersetzungshilfen). So eröffnet sich für uns ein Bereich der Psychotherapie, der uns bisher weitgehend verschlossen war.

3. Statutenreform. Die Statutenreformgruppe hat nun die Stellungnahmen der Verbände in einem neuen Statutenvorschlag eingearbeitet und wird diesen bei der nächsten Bundeskonferenz am 26. Juni 1999 zur Diskussion stellen. Anschließend wird daran weitergearbeitet und am 27. November 1999 bei der außerordentlichen Generalversammlung, welche in Salzburg stattfinden wird, zur Abstimmung gebracht. Die wesentlichsten Neuerungen betreffen den Wahlmodus (Briefwahl) sowie die Erweiterung des Präsidiums um Vertreter der Vereine und der Landesverbände.

4. o. Generalversammlung am 6. Mai 2000. Die nächste ordentliche Generalversammlung des ÖBVP wurde vom Präsidium für den 6. Mai 2000 festgelegt. Zu diesem Zeitpunkt endet auch die jetzige Amtsperiode des Präsidiums. Wenn die Statuten im November von der a.o. Generalversammlung gebilligt werden, findet diese ordentliche Generalversammlung bereits entsprechend den neuen Statuten statt.

Alfred Pritz

H. Wimmer

6 Jahre Bezirkskoordinatoren/innen in Niederösterreich

Die bisherige Entwicklung des Systems

Infolge der Größe des Bundeslandes war der Aufbau einer dezentralen Organisationsstruktur von Gründung des NÖLP an erforderlich, um die gewünschte Basisdemokratie zu ermöglichen: Anders als etwa in Wien ist es in einem Bundesland von der Größe Niederösterreichs kaum möglich, Mitglieder regelmäßig an einem Punkt zu treffen. Daher wurden die Mitglieder in allen politischen Bezirken ersucht, Bezirkskoordinatoren/innen als regionale Ansprechpartner zu nominieren.

Im Jahre 1994 wurden die Aufgaben der – ehrenamtlich tätigen – Bezirkskoordinatoren/innen deutlicher strukturiert; sie umfassten im Wesentlichen zwei Bereiche:

– *Die Vertretung der Psychotherapeuten/innen im Bezirk.*

Bezirkskoordinatoren/innen wurden ersucht, durch regelmäßige Treffen im Abstand von etwa zwei Monaten engen Kontakt zu den in ihrem Bezirk tätigen Mitgliedern zu halten und ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Darüber hinaus übernahmen sie die Vernetzung mit angrenzenden Berufsgruppen (z.B. Organisation der Treffen mit den Ärzten/innen des Bezirks), die Erstellung von Bezirkslisten etc.

– *Kontakte zum Vorstand.*

Durch vierteljährliche Treffen zwischen Bezirkskoordinatoren/innen und dem Vorstand wurde versucht sicherzustellen, dass das Vorgehen des Vorstandes auch der Meinung der Basis entspricht.

Die derzeitige Situation

Die Kontakte zwischen Vorstand und Bezirkskoordinatoren/innen sind in der Regel gut; vereinzelt gibt es allerdings auch Bezirke mit zuwenig Kontakten zum Vorstand.

Von den regionalen Treffen zwischen den einzelnen Bezirkskoordinatoren/innen und den Mitgliedern wird in unterschiedlichem Maß Gebrauch gemacht: Unterschiede sind dahingehend festzustellen, dass es „eingeschworene Gruppen“ gibt, die sich seit

Jahren regelmäßig treffen, an denen auf Grund der historischen Entwicklung oft auch Nicht-Mitglieder teilnehmen. In anderen Bezirken gibt es Gruppen, an denen Psychotherapeuten/innen – in wechselnder Zahl – vor allem dann teilnehmen, wenn berufspolitische Entscheidungen zur Diskussion stehen oder wenn Treffen mit potentiellen Zuweisern organisiert werden.

Eine Entlastung der Bezirkskoordinatoren/innen wurde durch die Einrichtung einer zentralen Informationsstelle erreicht, die die Information der Klienten/innen weitgehend übernommen hat. Darüber hinaus werden administrative Arbeiten vom Büro des Landesverbandes für die Bezirkskoordinatoren/innen erledigt (z.B. Versenden von Einladungen etc.).

Veränderungsbestrebungen

In nächster Zeit sind folgende Veränderungen hinsichtlich der Aufgabenstellung der Bezirkskoordinatoren/innen und der Zusammenarbeit mit dem Vorstand geplant:

– *Ausweitung der Aufgaben der Bezirkskoordinatoren/innen* durch verstärkte Entwicklung berufspolitischer Aktivitäten im regionalen Bereich, d.h. etwa Vertretung der Psychotherapeuten/innen im Sozialbeirat der Bezirkshauptmannschaft, Herstellen von Kontakten zu Gemeinden, Politikern und anderen Berufsgruppen etc.

– *Eine Intensivierung der Zusammenarbeit* zwischen Bezirkskoordinatoren/innen und Vorstand; d.h. die Bezirkskoordinatoren/innen sollen ersucht werden, im Falle ihrer Verhinderung eine Vertretung zu den Vorstandstreffen zu entsenden, sodass sichergestellt ist, dass jeder Bezirk vertreten ist. Als Beitrag des Vorstandes zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit kann die Herausgabe von „Bezirkskoordinatoren/innen-News“ angesehen werden, die eine umfassendere und raschere Information der Bezirkskoordinatoren/innen gewährleisten sollen.

– *Einführung von landesweiten Schwerpunktthemen* für die Öff-

entlichkeitsarbeit und Aktivitäten im politischen Bereich mit dem Ziel der Vereinheitlichung und Verstärkung der Präsenz unserer Berufsgruppe in der Öffentlichkeit.

– *Gestaltung der Treffen* sowohl zwischen Vorstand und Bezirkskoordinatoren/innen als auch der regionalen Treffen als „Projektplanungstreffen“, in denen die praktische Umsetzung der Schwerpunktthemen festgelegt werden soll.

Der Vorstand des NÖLP möchte die Gelegenheit wahrnehmen, sich bei allen Bezirkskoordinatoren/innen für ihr Engagement und die bisher geleistete Arbeit für unsere Mitglieder herzlich zu bedanken.

Dr. Helga Wimmer

1. Vorsitzende des NÖLP

Die Bezirkskoordinatoren/innen in Niederösterreich

Amstetten

Dr. Josef Bieber, Öhlermühle 81, 3362 Öhling, Tel. 07475/52161

Baden

Dr. Irmtraud Ramstorfer, Horagasse 3, 2500 Baden, Tel. 02252/43594

Bruck/Leitha

Carlies Leitzinger-Mechtler, Kupfergasse 1, 2454 Trautmannsdorf/Leitha, Tel. 02169/8122

Gänserndorf

Dr. Karl-Heinz Brückner, 2753 Weiskendorf 151, Tel. 02282/89350

Gmünd

Bernhard Dolleschka, Stadtplatz 2, 3950 Gmünd, Tel. 02852/51900, 02859/451

Hollabrunn

Mag. Gerda Brandl, Rosegggasse 1, 2070 Retz, Tel. 02942/20621, 0222/3100077

Horn

DDr. Dieter Zabransky, Hornerstraße 7, 3712 Maissau, Tel. 02984/4790, 02982/2661 DW 3060

Korneuburg

Renate Scholze, Lehengasse 11, 2100 Leobendorf, Tel. 02262/68688

Krems

Dr. Brigitte Schigl, Schwedengasse 6/A7, 3500 Krems, Tel. 02732/70226 Praxis, 0222/4062819 Dienststelle

Lilienfeld

Birgit Richter, Reisenbergsiedlung, 3160 Traisen, Tel. 02762/53337

Melk

Eva Piller, Bahnzeile 11/6, 3390 Melk, Tel. 02752/54255

Mistelbach

Mag. Reinhold Mehling, Winzerschulgasse 100, 2130 Mistelbach, Tel. 02572/4843

Mödling

Dr. Maria Färber-Singer, Babenberbergasse 7/3/23, 2340 Mödling, Tel. 02236/28728 oder 42457 – Winfrid Janisch, Babenberbergasse 7/3/23,

2340 Mödling, Tel. 02236/28728 oder 42457

Neunkirchen

Mag. Dr. Brigitte Pacher, Wiener Straße 80/Block B/1/5, 2604 Theresienfeld, Tel. 02622/72267

St. Pölten

Auguste Reichel, Radlberger Hauptstraße 27, 3105 St. Pölten, Tel. 02742/363574

Scheibbs

Mag. Andreas Rothner, Eisenstraße 19, 3250 Wieselburg, Tel. 07416/54425

Tulln

Dr. Michael Hofreiter, Leopoldgasse 17, 3430 Tulln, Tel. 02272/66982

Waidhofen/Thaya

Wolfgang Schagerl, Seebis 14, 3762 Ludweis-Aigen, Tel. 02847/80462

Wr. Neustadt

Mag. Dr. Brigitte Pacher, Wiener Straße 80/B/1/1, 2604 Theresienfeld, Tel. 02622/72267

Wien-Umgebung/Klosterneuburg

Edith Katharina Weigl, Martinstraße 157/8, 3400 Klosterneuburg, Tel. 02243/22396

Wien-Umgebung/Purkersdorf

Katharine S. Karner-Lauber, Wintergasse 53, 3002 Purkersdorf, Tel. 02231/64168

Wien-Umgebung/Schwechat

Angelika Habermiller, Hauptstraße 10, 2326 Maria Lanzendorf, Tel. 02235/42428

Zwettl

Wolfgang Schagerl, Seebis 14, 3762 Ludweis-Aigen, Tel. 02847/80462

Psychotherapie für den Kosovo

Bereits seit Jahren kommen immer wieder kosovo-albanische Flüchtlinge nach Österreich. Viele dieser Flüchtlinge sind Überlebende von Folter, Übergriffen, Verfolgungshandlungen und Massakern. Die Hoffnung, diese anhaltenden Konflikte würden sich nicht zu einem Krieg ausweiten, haben sich nicht bewahrheitet. Obwohl wir noch heute die schwere Traumatisierung durch Entwurzelung, Lagerhaft und Bürgerkrieg bei den bosnischen Familien beobachten können, ist bis jetzt fast nichts für Flüchtlinge der kosovo-albanischen Gruppe geschehen, die einer ähnlichen Situation ausgesetzt waren. Da derzeit in Österreich kaum muttersprachliche medizinische oder psychotherapeutische Versorgung besteht, ist auch die Situation von den Flüchtlingen, die dem anhaltenden Völkermord entkommen sind, nicht nur eine ökonomisch besonders schlechte. Hilfe ist daher sowohl in Kosovo und Mazedonien als auch in Österreich erforderlich.

Die Arbeitsgruppe zur Psychotherapie bei Flüchtlingen im Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie hat daher derzeit folgende Maßnahmen eingeleitet:

A. Die Einrichtung einer Liste von Psychotherapeuten/innen, die bereit

sind, in einem zeitlich begrenzten und definierten Umfang kostenlose Psychotherapiestunden für Flüchtlinge zu leisten. Dies gilt besonders für bosnisch bzw. serbokroatisch sprechende Psychotherapeuten/innen zur Abdeckung der Teilgruppe der Flüchtlinge, die neben Albanisch auch diese Sprache beherrscht. Zur Behandlung von nur albanisch sprechenden Flüchtlingen wurde eine Liste von Dolmetschern, teilweise mit Psychotherapieerfahrung, erstellt, Verhandlungen mit möglichen Kostenträgern der Dolmetschkosten wurden eingeleitet.

Zur Unterstützung dieser Hilfe für Kosovo-Flüchtlinge in Österreich steht folgendes Konto des ÖBVP zur Verfügung: Erste Bank der Oesterreichischen Sparkassen AG, Kontonummer 076-06648, BLZ 20 111, Kennwort „Kosovo-Österreich“.

B. Der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie hat in Zusammenarbeit mit CARE Österreich, dem Österreichischen Berufsverband der Psychologen, dem Europäischen Verband für Psychotherapie und OMEGA (Graz) ein psychosoziales Trainingsprojekt für Kosovo-Albaner im Bereich Kosova, Mazedonien und Albanien vorbereitet.

Bezüglich weiterer Möglichkeiten wird ebenfalls mit den zuständigen Stellen verhandelt. Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt das physische Überleben von essentieller Bedeutung ist, bitten wir Spenden an die Hilfsorganisationen (CARE Österreich: PSK 1.236.000) zu schicken.

Zur Unterstützung dieses Trainingsprojektes zur psychosozialen Betreuung steht folgendes Konto des ÖBVP zur Verfügung: Erste Bank der Oesterreichischen Sparkassen AG, Kontonummer 076-06621, BLZ 20 111, Kennwort „Kosovo“.

Für das Projekt im Kosovo suchen wir eine/n österreichische/n (Staatsbürgerschaft) Projektassistentin/Projektassistenten für eine einjährige Tätigkeit vor Ort. Voraussetzungen: Englischkenntnisse, Erfahrung im Flüchtlings- und Organisationsbereich; psychotherapeutische Erfahrung wäre günstig.

Für Rückfragen, Hinweise und Vorschläge bitten wir um Rückmeldungen an das Büro des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie oder an den Koordinator der Arbeitsgruppe Psychotherapie für Flüchtlinge:

Dr. Thomas Wenzel
Tel. 0699/10489 320
Fax 01/40400-3388
e-mail: twenzel@iname.com

H. P. Bilek, E. Schmidl, B. Hladschik und O. Frischenschlager

Erhebung über die aktuelle Situation der psychosozialen Betreuung von Krebspatienten an Institutionen in Österreich*

Einleitung

Psychosoziale Betreuung von Krebspatienten ist – inzwischen – eine anerkannte *conditio sine qua non*. Einerseits wurden die Auswirkungen der immer aggressiveren Chemotherapie – der Preis, der für die Lebensverlängerung bezahlt wird – in Frage gestellt, und der Ruf nach mehr Lebensqualität und nicht nur Quantität um jeden Preis wurde laut, andererseits wurde auch die Einsicht manifest, dass ein Patient, der an die Grenze seiner psycho-physischen Belastbarkeit geraten ist, sich nicht mehr, oder nur mehr sehr schwer, aus dieser Lage selbst befreien kann. Die Angehörigen sind in der Regel ohnedies überfordert, so dass eine fatale Pattsituation entsteht. Der Benefit, der aus der Therapie erwächst, die Lebensverlängerung, kann nicht wirklich genutzt werden. Lebensmut, Lebensfreude, Sinnhaftigkeit des Daseins, Grundwerte, die uns alle am Leben erhalten, gehen verloren. Die Notwendigkeit einer „Substitution“ von außen, eine Unterstützung im Psychosozialbereich, wurde immer evidenter. Mehrere Studienergebnisse (Faller, 1998; Fawzy, 1993; Küchler, 1997; Spiegel, 1989) haben – darüber hinaus – gezeigt, dass psychosoziale Betreuung (auch wenn sie ganz einfach gestaltet ist, wie etwa Unterstützung über Selbsthilfegruppen) lebensverlängernd wirkt. Ein „fighting spirit“, wie es Heather Goodare (Goodare, 1996), eine ehemalige Krebspatientin, genannt hat – sie hat in England eine dementsprechende Kampagne ins Leben gerufen –, erhöht die Chancen, die Krankheit zu bewältigen. Psychoonkologische Publikationen aus den letzten 4 Jahrzehnten wiesen auch eindeutig in diese Richtung, aber es hat bis heute gedauert, dass ein diesbezüglicher Konsens entstanden ist.

* Diese Erhebung wurde in Kooperation des Institutes für Medizinische Psychologie/Wien und der Österr. Gesellschaft für Psychoonkologie durchgeführt.

Jede Entwicklung braucht ihre Zeit und nun beginnt auch in Österreich allmählich die Etablierung einer psychosozialen Betreuung für Krebspatienten. Wir dürfen dabei natürlich nicht außer acht lassen, dass dahinter auch politische Entscheidungen stehen, denn mit diesen Einrichtungen sind nicht unerhebliche Kosten verbunden. Tatsächlich kostet ein Krebspatient etwa das Vierfache eines „normalen“ internistischen Patienten. Wenn sich jetzt noch die Kosten der psychosozialen Betreuung dazuschlagen (und wir die steigende Zahl der Krebspatienten im Auge haben), so ist die verhindernde Haltung von Entscheidungsträgern nur allzu verständlich. Aber die Diskussion um die Bezahlbarkeit einer optimalen medizinischen Versorgung beschäftigt uns nicht nur in der Onkologie, sie wird sich im Gegenteil sicher in den nächsten Jahrzehnten zu einem brisanten gesellschaftspolitischen Thema entwickeln.

Mit der vorliegenden Arbeit wollten wir den Ist-Zustand der psychosozialen Angebote erheben, um allgemein einsehbar den dzt. Stand der Dinge aufzuzeigen.

Methodisches Vorgehen

Zur Erfassung des Standes der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten wurden Krankenhäuser und Rehabilitationszentren in ganz Österreich in der Zeit von Mai 1998 bis Juli 1998 telefonisch kontaktiert und bezüglich ihres psychosozialen Betreuungsangebotes befragt. Insgesamt wurden 184 Krankenhäuser und Rehabilitationszentren in Österreich kontaktiert. Die dabei für den Bereich der psychosozialen Versorgung erfassten Zuständigen wurden kurz telefonisch über Art und Umfang ihres Betreuungsangebotes befragt. Weiters wurde an jeden Zuständigen ein von den Autoren ausgearbeiteter Fragebogen geschickt. Dieser Fragebogen enthielt Fragen zu den Bereichen Art und Umfang der angebotenen

Betreuung, Inanspruchnahme des Betreuungsangebotes durch die Patienten, Fragen zu in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen und zum Krankheitsstadium und der Geschlechtsverteilung der betreuten Krebspatienten.

Ergebnisse der telefonischen Umfrage

Von den insgesamt 184 kontaktierten Krankenhäusern und Rehabilitationszentren gaben 50 Institutionen (27%) an, ihren Patienten eine psychosoziale Betreuung anzubieten. Dazu gehören auch 8 Kinderstationen, an denen eine Betreuung angeboten wird. Insgesamt konnten mittels telefonischer Umfrage 66 für die psychosoziale Betreuung von Krebspatienten Zuständige erfasst werden. An diese 66 Personen wurde auch der vorher beschriebene Fragebogen verschickt.

Von diesen 66 Personen sind 30 Personen für die psychosoziale Versorgung des gesamten Krankenhauses zuständig. 5 Personen arbeiten an einer onkologischen Station, 8 Personen an einer Kinderstation, 6 an einer Gynäkologie. Eine genaue Darstellung des Zuständigkeitsbereiches ist der folgenden Graphik zu entnehmen (siehe Abb. 1).

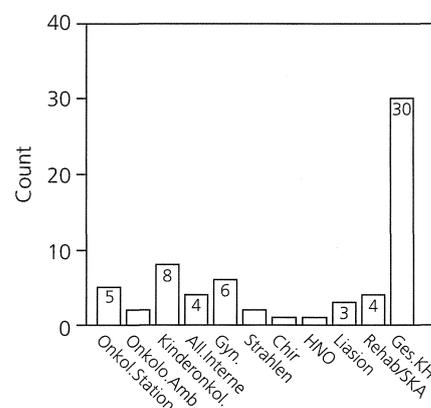


Abb. 1. Zuständigkeitsbereich der einzelnen Betreuer

Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Von den insgesamt 66 Personen, an die der Fragebogen verschickt wurde, nahmen 34 an der Fragebogenerhebung teil.

Mittels dieses Fragebogens wurde nach der Anzahl der Krebspatienten gefragt, die am betreffenden Krankenhaus bzw. Rehabilitationszentrum in einer Woche ambulant und stationär behandelt werden. Insgesamt wurden dabei 658 stationäre und 1661 ambulante Patienten erfasst. Von diesen 2319 Krebspatienten, die pro Woche an den erfassten Institutionen behandelt werden, werden 542 Patienten (23%) psychosozial betreut. Durchschnittlich kommt es bei den stationär behandelten Krebspatienten zwischen psychosozialem Betreuer und Patienten zu 4 Kontakten pro Woche, wobei die einzelnen Angaben zwischen 1 und 6 Kontakten pro Woche schwanken. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der stationären Patienten im Krankenhaus beträgt 8 Tage.

Bezüglich der Geschlechterverteilung der psychosozial betreuten Krebspatienten zeigt sich, dass 66% der betreuten Krebspatienten weiblich sind. Nur ein Drittel der männlichen Krebspatienten unserer Stichprobe nimmt ein psychosoziales Betreuungsangebot in Anspruch. Die Angaben jener Betreuer, die mit krebserkrankten Kindern arbeiten, zeigen, dass bei Kindern der Anteil von Buben und Mädchen, die psychosozial betreut werden, gleich ist.

Von den betreuten Krebspatienten befinden sich 48% der Patienten in der Krankheitsphase nach der Erstdiagnose. 36% der Patienten befinden sich in der Rezidivphase und 16% in einem terminalen Krankheitsstadium.

Betreffend die Art der angebotenen Betreuung wird an allen 34 Institutionen eine psychologische Beratung und Begleitung angeboten. 25 Betreuer nannten psychotherapeutische Interventionen, Angehörigenberatung wird ebenfalls 25mal als Betreuungsangebot genannt. Informationsvermittlung über Vorträge bzw. Broschüren wird 22mal als Angebot angegeben. Weiters gibt es an 14 Institutionen sozialrechtliche Beratung und an 10 Institutionen finden regelmäßige Gruppentreffen statt.

In einer weiteren Frage wurden die einzelnen Zuständigen gebeten, den eigenen Beruf und die Berufe der an der Institution psychosozial tätigen Mitarbeiter anzugeben, um einen Überblick über die Berufsgruppen zu erhalten, die im Bereich der psychosozialen Betreuung von Krebspatienten tätig sind.

Dabei zeigte sich, dass der Großteil der Betreuer aus dem psychologischen und psychotherapeutischen Bereich kommt. Von 60 Betreuern sind 19 (32%) Klinische Psychologen und Psychotherapeuten. 15 Personen (25%) sind Klinische Psychologen ohne psychotherapeutische Ausbildung. Weiters wurden 5 Ärzte (8%) genannt, die eine psychotherapeutische Ausbildung abgeschlossen haben und 7 Ärzte (12%) ohne psychotherapeutische Zusatzausbildung. Als weitere Berufsgruppen wurden noch Psychotherapeuten (ohne den Quellenberuf des Arztes oder Psychologen), Sozialarbeiter und Personen in Ausbildung zum Klinischen Psychologen bzw. Psychotherapeuten genannt (siehe Abb. 2).

Am Ende des Fragebogens wurde noch die Frage gestellt, ob Krebspatienten auch an andere Institutionen außerhalb des Krankenhauses bzw. Rehabilitationszentrums weiterverwiesen werden. 10 Personen gaben an, Patienten an niedergelassene Psychologen und Psychotherapeuten weiterzuverweisen. Je 9mal wurde angegeben, dass Patienten an die Österreichische Krebshilfe, an Selbsthilfegruppen bzw. an spezialisierte medizinische Einrichtungen verwiesen werden. Weiters wurden noch Sozialberatung (6 Nennungen), Rehabilitationszentren, Hospize (je 2 Nennungen) und Kriseninterventionszentrum (1 Nennung) genannt.

Diskussion

Bei den vorliegenden Ergebnissen müssen wir uns erst die Frage nach ihrer Relevanz stellen. Insbesondere die niedrige Rücklaufquote bei der Fragebogenaktion (34 von 66) lässt Bedenken aufkommen, umso mehr als die Bögen nach einem persönlichen Telefonkontakt verschickt wurden. Da wir aber seit Jahren aus intensiven Kontakten mit der Szene ein sehr genaues Bild von der Situation haben und sich unsere Erfahrungen mit den

Ergebnissen der Erhebung decken, können wir davon ausgehen, dass wir hier ein relevantes Bild über den Stand der Betreuung in Österreich vor Augen haben. So zeigt sich, dass es in knapp mehr als einem Viertel der einschlägigen Institutionen ein Betreuungsangebot gibt; wenn man die Zahl noch durch die Kinderabteilungen, die überrepräsentiert sind, korrigiert, wird das Ergebnis noch schlechter. Es verschlechtert sich auch noch dadurch, dass von den 66 Betreuern 30 für jeweils das ganze Krankenhaus zuständig sind, was bedeutet, dass eine einigermaßen brauchbare Betreuung für den Einzelnen in nur sehr geringer Zahl möglich sein wird. Die phasenbezogene Analyse zeigt, dass in der Akutphase (48%) der quantitative Anteil sehr hoch ist, in der Terminalphase sinkt er auf 16%.

Bei der Betrachtung der Frequenzen – Kontakte pro Woche – zeigt sich, dass diese doch relativ hoch ist (zwischen 1–6mal/Woche, im Durchschnitt 4mal) was einen deutlichen Unterschied zu anderen ähnlichen Betreuungsangeboten (im psychosozialen Bereich) darstellt und was auch für zu planende Einrichtungen zu berücksichtigen ist.

Die Zusammensetzung der Berufsgruppen, die sich der psychosozialen Betreuung annehmen, ergibt ebenfalls keine Überraschung. Hauptsächlich sind es Psychologen mit und ohne psychotherapeutische Ausbildung, die hier vertreten sind. Dies entspricht auch der Intention des Gesetzgebers, wurde doch über mehrere Landesgesetze die Anstellung von Psychotherapeuten in Krankenhäusern etabliert,

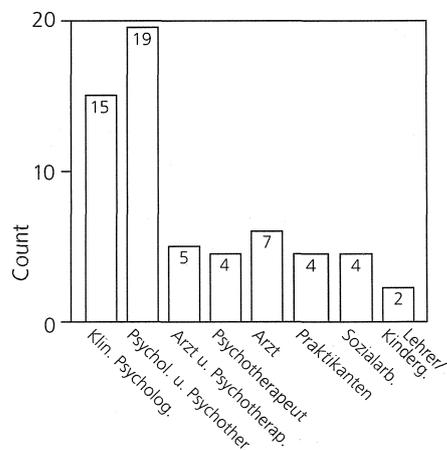


Abb. 2. Beruf der einzelnen psychosozialen Betreuer

und diese sollen sich auch – so eine interne Anweisung in Wien – besonders den Krebspatienten zuwenden. Diese Regelung ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, andererseits enthält sie auch den gravierenden Nachteil, dass das in der naturwissenschaftlich orientierten Medizin enthaltene kartesische Denken damit gestärkt wird. Man sollte daher grundsätzlich darüber nachdenken, wie die Ausbildung von Ärzten in Zukunft so gestaltet werden kann, dass ein ganzheitliches Konzept von Krankheit vermittelt wird. Sicherlich wird es auch in Zukunft nicht möglich sein, dass der hochqualifizierte medizinische Fachmann auch noch die Psychotherapie mit seinen Patienten absolviert, aber es besteht ein großer Unterschied, ob ein einschlägig geschulter Arzt einen Patienten zum Psychotherapeuten zuweist, oder ob ihn der Onkologe einer Methode überantwortet, die er nicht wirklich kennt (und der er auch in vielen Fällen misstraut) und dann schlussendlich nur die Patienten schickt, die lästig sind und der Psychotherapeut zur „Aufräumerfrau“ degradiert wird.

In einer früheren Arbeit haben wir ein Konzept dargestellt (Bilek und Linemayr, 1990), wie man sich eine optimale ärztliche Haltung in der Onkologie vorstellen könnte.

Die letzte Frage im Fragebogen bezog sich auf das weitere Schicksal der Patienten in der extramuralen Versorgung; auch hier zeigten sich sehr dürftige Ergebnisse. Nur eine ganz geringe Zahl von Patienten wird an niedergelassene Ärzte mit entsprechender Zusatzausbildung weiterverwiesen, ein größerer Teil an Psychotherapeuten. Aus eigener klinischer Beobachtung ist eine psychotherapeutische Behandlung nach der onkologischen Erstversorgung über einen Zeitraum von 1–3 Jahren sinnvoll, eine vollständige seelische Verarbeitung des Geschehens (der Patient reagierte beispielsweise nicht mehr auf jedes Körpersymptom stereotyp mit der Angst: es könnte der Krebs sein) darf mit rund sieben Jahren angenommen werden. Aus diesen beiden kursorischen Daten kann man ermes- sen, wie wichtig eine längerfristige Betreuung auch nach dem Krankenhausaufenthalt wäre.

Zusammenfassend kann man daher sagen, dass das Ergebnis dieser Umfrage bestätigt, dass psychosozia-

le Betreuung dzt. an den großen onkologischen Zentren in den Landeshauptstädten und an Kinder-Onkologien in einem relevanten Maß angeboten wird.

Zusammenfassung

Es werden die Ergebnisse einer Umfrage präsentiert, die im Sommer 1998 an allen österr. Institutionen, die onkologische Patienten behandeln, durchgeführt wurde. Es zeigte sich, dass eine psychosoziale Betreuung der Krebspatienten nur etwa an einem Viertel der Institutionen durchgeführt wird, d.h. eigentlich nur an den onkologischen Schwerpunktkrankenhäusern. Unter dem Gesichtspunkt, dass in mehreren Studien nachgewiesen wurde, dass psychosoziale Betreuung lebensverlängernd wirken kann, werden diese Ergebnisse reflektiert und Gedanken zur Abänderung bestehender Konzepte geäußert.

Literatur

- Bilek HP, Linemayr G (1990) Psychosomatik in der Onkologie. Österreichische Ärztezeitung 45/13–14: S 40–49
- Faller H (1997) Beeinflussen psychologische Faktoren die Überlebenszeit bei Krebskranken? II. Psychother Psychosom Med Psychol 47: 206–218
- Fawzy FI et al (1993) Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. Arch Gen Psychiatric 50: 681–689
- Goodare H (1996) Fighting spirit. Scarlet Press, London
- Küchler Th et al (1996) Zum Einfluss psychosozialer Betreuung auf Lebensqualität und Überlebenszeit von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. Forum DGK 11: 452–466
- Spiegel, D (1989) Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 34: 888–891

Dr. Hans Peter Bilek
Berggasse 20/25, A-1090 Wien

M. Schweiger

Psychosoziale Beratung an der BULME Graz-Gösting

Seit September 1998, also seit Beginn des Schuljahres 1998/99, steht uns an der Bulme für 5 Wochenstunden eine Psychotherapeutin vor Ort zur Verfügung.

Dieses Pilotprojekt ist auf zwei Schuljahre befristet und wird nach Abschluss der Laufzeit dokumentiert.

Bereits nach dem ersten Semester steht fest, dass die Akzeptanz für diesen – für eine technische Schule ungewöhnlichen – Versuch bei Lehrer/innen, Schüler/innen und Eltern sehr groß ist. Zwar konnten sich vor Beginn einige Skeptiker nicht gut vorstellen, dass die Beratung tatsächlich in Anspruch genommen würde, obwohl der Bedarf danach nie geleugnet wurde. Die Schwellenangst, gerade an einer männlich dominierten technischen Schule, wurde für zu hoch eingeschätzt. Diese Ängste – verbunden auch mit mangelnder Information – waren auch der Grund, dass wir vor Beginn der Beratungsarbeit lange

über die genaue Bezeichnung dieser Tätigkeit diskutierten. Einige meinten sogar, das Wort „Psycho ...“ würde zu abschreckend wirken, und schlugen Begriffe wie Beraterin, Coach etc. vor.

Die Therapeutin selbst wehrte sich jedoch zu Recht gegen diese diffusen Bezeichnungen, und so blieb es bei „psychosozialer Beratung“. Viele unserer ursprünglichen Befürchtungen haben sich in der Praxis als nichtig erwiesen. Weder die Bezeichnung noch die Räumlichkeit (die Beratung findet im adaptierten Schularzt-Zimmer statt, der Eingang kann von der Pausenhalle aus eingesehen werden) haben diejenigen, die es brauchen, daran gehindert, die Therapeutin aufzusuchen, und ihre Stunden waren bereits vor Weihnachten ausgelastet.

Wie kommt eine HTL zu diesem Projekt? (Und wie behält sie es? Letzteres bleibt leider noch unbeantwortet!) Wie bei vielen gelungenen Unterneh-

mungen haben viele verschiedene Faktoren zusammengewirkt.

Ich habe selbst vor vielen Jahren an einer anderen Schule als Klassenvorstand über mehrere Jahre hinweg einen Schüler mit Suizidneigung (2 Suizidversuche) begleitet und mir dabei die Unterstützung des Schulpsychologen (der stundenweise an der Schule seine Sprechstunde hatte) und eines befreundeten Therapeuten in Ausbildung geholt. Ohne deren „Supervision“ wäre ich mit dieser Aufgabe – die viele Fallen in sich birgt (die hilflosen Helfer) – vermutlich nur sehr schwer fertig geworden.

Als ich an meiner jetzigen Schule in einigen Situationen das Gefühl hatte, den Schülern könnte mit einer kompetenten Beratung besser geholfen werden, wuchs in mir allmählich der Wunsch, wir hätten eine ähnliche Unterstützung auch vor Ort – und nicht irgendwo anonym in einer der Institutionen. Ich bin davon überzeugt, dass dadurch bereits auf einer weniger akuten Stufe eingegriffen werden kann, denn die Vermittlung an eine Stelle außerhalb erfolgt meistens erst dann, wenn das Problem schon unübersehbar wird.

Beim Seminar *Krisenintervention bei Jugendlichen* im Rahmen der Sommerakademie des PI Steiermark im Sommer 1996 waren wir Teilnehmer/innen uns bald einig: Lehrer/innen geraten als Berater/innen sehr schnell in eine schwierige Situation, was die Wahrnehmung ihrer Verantwortung betrifft.

Ungeachtet der zu diesem Zeitpunkt verteilten Sparpakete im öffentlichen Dienst stellten wir daher in einer Art Resolution die Forderung auf, an den AHS und BHS neben den Schulärzten/innen auch psychologische/psychotherapeutische Berater/innen zu installieren.

Für die Zukunft bestünde die optimale Lösung darin, die Ausschreibung für die Schulärzte/in dahingehend abzuändern. Da dies aber nicht der augenblicklichen Situation an den Schulen entspricht, brachten wir einen weiteren Lösungsvorschlag, der uns auch finanziell umsetzbar erschien: Der Einsatz psychotherapeutisch ausgebildeter Lehrer/innen im Rahmen ihrer Lehrverpflichtung an einer anderen Schule.

Obwohl verschiedene Stellen (im Landesschulrat und in der Landes-

regierung) mit unserem Schreiben befasst wurden, gelang es nicht, diesen Vorschlag umzusetzen.

Im Gespräch mit der Elternvertreterin an unserer Schule erfuhr ich, dass der Elternverein in einem konkreten Fall bereits einmal die Bereitschaft bekundet hatte, die Kosten für eine Therapie zu übernehmen. Weiters war auch schon von Lehrer/innenseite der Wunsch nach Beratung an der Schule selbst geäußert worden.

Von etlichen Kollegen/innen bestärkt, unternahm ich daher im Jänner 1998 den Anlauf, dieses Anliegen im Schulgemeinschaftsausschuss unserer Schule vorzubringen (3 Lehrer/innen-, 3 Schüler/innen- und 3 Elternvertreter stimmen gemeinsam über Anträge ab.) Der Antrag, an unserer Schule eine psychosoziale Beratung zu installieren, wurde einstimmig angenommen und von der Schulleitung klar unterstützt.

Es wurde ein Konzept erarbeitet und gemeinsam mit dem leitenden Schulpsychologen im Landesschulrat, Dr. Josef Zollneritsch, überarbeitet.

Weil unsere Schule in den Jahren davor sehr positiv durch verschiedene innovative Entwicklungen auf sich aufmerksam gemacht hatte, wurde uns von seiten des Landesschulrates für Steiermark (Landesschulratspräsident Mag. Hans Stadler) die Finanzierung dieses Pilotprojektes genehmigt. Da die Therapeutin Lehrerin an einer anderen Bundesschule ist, wurde ihre Tätigkeit in ihre Lehrverpflichtung eingerechnet und unserer Schule wurden dafür Werteinheiten zur Verfügung gestellt.

Ich bin wie viele im Schulbereich Tätige davon überzeugt, dass die psy-

chosoziale Beratung an den AHS und BHS (in den Pflichtschulen gibt es ja das System der Beratungslehrer/innen schon lange!) in Zukunft ebenso selbstverständlich sein wird wie die Arbeit der Schulärzte/innen. Vielleicht wird die Notwendigkeit dafür ohnehin auch schon in den höheren Schulbehörden und im Ministerium erkannt, man hat nur Scheu vor den Kosten. Um den Erkenntnisprozess zu beschleunigen, halte ich es für notwendig,

- Erfahrungen an verschiedenen Orten zu vernetzen und zu dokumentieren,
- die Elternvertreter (Dachverband der Elternvereine) in das Konzept einzubinden,
- die Bedürfnisse von seiten der Schulen (Lehrer/innen, SGA) zu artikulieren und die psychosoziale Beratung vehement zu fordern,
- nicht davon auszugehen, dass alle Schulen das wünschen (Widerstand der Schulleitung),
- die Position der Schulärzte/innen unangetastet zu lassen und ihre Unterstützung zu suchen,
- politische Mandatare dafür zu sensibilisieren,
- beharrlich zu sein.

An unserer Schule ist die psychosoziale Beratung jedenfalls schon nach einem Semester nahezu selbstverständlich geworden, und die Vorstellung, mit Beendigung des Pilotprojektes könnte das wieder vorbei sein, lässt uns weiter unermüdlich an der weiteren Umsetzung arbeiten.

*Mag. Martha Schweiger
Waltendorfergasse 7A, A-8010 Graz*

E. Huber

ÖBVP-Fortbildungsseminar

Marketing für Psychotherapeuten

Was hat Psychotherapie mit Marketing zu tun? Verkaufen liegt mir nicht, und ich will mich auch nicht damit beschäftigen. Soweit meine ersten Gedanken dazu.

Angesichts der Tatsache, dass es für mich immer schwieriger geworden war, Patienten zugewiesen zu be-

kommen, entschloss ich mich aber, an dieser Fortbildung teilzunehmen. Denn ganz ohne Bekanntmachen meiner „Dienstleistung“ ginge es auf Dauer vielleicht doch nicht.

Was habe ich nun an diesem Tag gelernt? Dass es darum geht, über meine Tätigkeit zu informieren. Dazu

sollte ich mir selber Fragen stellen wie: Was ist das Besondere, Unverwechselbare an meiner Form von Therapie? Was könnte es Patienten bringen, wenn sie ausgerechnet meine Hilfe in Anspruch nehmen? Welche Gruppe von Personen möchte ich ansprechen? Wer sind meine potentiellen Patienten, was wollen und brauchen sie, und was kann ich ihnen anbieten? Dafür ist es nötig herauszufinden, was ich selber kann, wo meine persönlichen Stärken und Schwerpunkte liegen und wofür ich mich ganz besonders interessiere (bestimmte Krankheitsbilder etc.). Der Patient, der zu mir kommt, soll etwas mitnehmen können, das ihm den Preis und die Mühe wert ist, die es ihn kostet. Etwas, wofür er den oft auch

schmerzlichen Prozess der Begegnung mit sich selber und seiner Welt auf sich zu nehmen gewillt ist.

Dieses Seminar bot eine fundierte Einführung in die Thematik. Der Referent bediente sich vornehmlich einer abstrakten Sprache, die aber viel Raum ließ für eine Übersetzung in fassbare, praxisbezogene Fragestellungen. Auf solche Anfragen hin gab er dann auch konkrete Hinweise. Oft war es das scheinbar Selbstverständliche, das sich als wesentlich herausstellte. Eine stärkere Konkretisierung und eine größere Ausrichtung der Inhalte auf den Beruf der Psychotherapeuten: wäre allerdings wünschenswert gewesen. In den ausführlichen, übersichtlich gestalteten schriftlichen Seminarunterlagen ist dies viel besser gelungen.

Im Seminar wurden zwar keine fertigen Rezepte angeboten, dafür aber weitgefaste, auch konkrete Anregungen, selber weiterzuarbeiten, um so das Eigene zu suchen und zu finden. Hier wären die Zusammenarbeit mehrerer Therapeuten oder auch Bemühungen der Berufsorganisationen hilfreich, um einmal grundsätzlich das Spektrum der konkreten Möglichkeiten auszuleuchten.

Diese Veranstaltung ermöglichte es, sich einfühend mit einer zwar ungewohnten, vielleicht aber doch auch wichtigen Fragestellung auseinanderzusetzen.

*Emma Huber
Große Stadtgutgasse 22, A-1020 Wien
Tel. (01) 216 62 47*

D. Fastenbauer

Neues von der Arbeitsgruppe Gerontopsychotherapie

Diese Arbeitsgruppe existiert erst seit 15 Monaten und gibt ganz ordentliche Lebenszeichen von sich.

Inzwischen gibt es mehrere Arbeitskreise (AK), die sehr aktiv sind.

Der „AK Liste“ hat Kriterien erarbeitet, nach denen sich Psychotherapeuten/innen mit Erfahrung im Bereich der Betreuung älterer Menschen und deren Angehörigen auf einer *Gerontopsychotherapeuten/innen-Liste des ÖBVP* eintragen lassen können. Diese Liste soll beworben werden und an einschlägige Institutionen (wie Pensionistenheime und Spitäler) und andere Interessenten geschickt werden.

Diese Liste wird demnächst aufgelegt und halbjährlich ergänzt.

Der „AK Institutionalisierung“ wollte sich mit dem Thema Institution

auseinandersetzen. Nachdem diese Gruppe der Meinung war, dass das, was sie sich von einer ambulanten Institution wünscht, nicht zu finden ist, beschloss sie selber einen *gerontopsychotherapeutischen Verein* zu gründen. Aufgabe dieses Vereins soll die Betreuung älterer Menschen und deren Angehörigen sein, wo immer es nötig ist, d. h. nicht nur in freier Praxis oder in Spitälern, sondern, wenn nötig, auch zu Hause. Die Vereinsgründung ist bereits erfolgt und ein arbeitsfähiger Vorstand gewählt.

Der „AK Öffentlichkeitsarbeit“ wollte sich überlegen, wie man die Möglichkeiten der Gerontopsychotherapie bekannt machen kann (und dass es so etwas überhaupt gibt). Aber nicht nur potentielle Patienten/

innen sollten informiert werden, sondern alle mit älteren Menschen befassten Berufsgruppen.

Aus diesem Grund beschloss der ÖBVP zusammen mit dieser Arbeitsgruppe ein *2-tägiges Symposium* im Allgemeinen Krankenhaus Wien (AKH) unter dem Titel „Die Seele zum Lächeln bringen“ zu veranstalten. Termin 1. und 2. Oktober 1999. Mit älteren Menschen beschäftigte Berufsgruppen sollen angesprochen werden.

Zu unserer großen Freude haben sehr renommierte Fachleute aus Deutschland und Österreich ihr Kommen zugesagt.

Auskünfte über das Symposium und Leitung des Tagungsbüro:

*Doris Fastenbauer
Seilerstätte 10III7, A-1010 Wien
Tel./Fax (01) 513-32-26
Tel. 0664/513-32-26 oder
Elisabeth Töpel (ÖBVP)
Tel. (01) 544-40-46*

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, DSA Lore Korbei, Dr. Michael Kierein, Dr. Renate Hutterer-Krisch, Dr. Gerhard Pawlowsky, Dr. Johanna Schopper, 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. Pözlbauer

Berufsethisches Gremium des ÖBVP (BEG) – Beschwerdestellen in den Bundesländern

Das Berufsethische Gremium ist ein Organ des ÖBVP und wurde 1995 gegründet. Es setzt sich aus je einem Vertreter der Bundesländer zusammen. Treffen finden vier bis sechs mal pro Jahr statt. Das BEG hat sich folgende Aufgaben gesetzt: Bundesweite Erfassung und Analyse von Beschwerdefällen; Bearbeitung von Konfliktschwerpunkten und Erfahrungsaustausch der Beschwerdestellen in den Bundesländern, um einen optimalen und möglichst einheitlichen Schlichtungsablauf zu erarbeiten. Derzeit werden die Konfliktfälle nach Themenschwerpunkten und Häufigkeit bundesweit erfasst.

Das BEG des ÖBVP versteht sich nicht als Schlichtungsstelle.

Seit einigen Jahren gibt es in allen Bundesländern Beschwerde- und Schlichtungsstellen mit unterschiedli-

chen Organisationsformen. Die Mitglieder arbeiten ehrenamtlich und sind bemüht, im Konfliktfall sachlich, fair und – wenn erforderlich – in Teamarbeit die Schlichtungsarbeit zu bewältigen.

Die Beschwerde- und Schlichtungsstellen stehen den Klientinnen und Klienten, den Ausbildungskandidaten/innen und Psychotherapeuten/innen zur Verfügung.

Erforderliche Konfliktregelung wird übernommen, wenn es sich bei den betroffenen Therapeuten/innen um ÖBVP-Mitglieder handelt.

Im Fall der Nicht-Mitgliedschaft wird auf die Beschwerdestellen der Ausbildungsvereine verwiesen.

Im folgenden die Darstellung der Schlichtungsarbeit einzelner Bundesländer:

Salzburger Landesverband für Psychotherapie – Berufsethisches Gremium

1. Der Beschwerdeneingang erfolgt an den Vorsitzenden des BEG, entweder direkt, falls der Name bekannt ist, in der Regel jedoch über die Landesverbandsadresse. Alle Eingänge haben schriftlich zu erfolgen; mündliche Beschwerden werden nur angenommen, wenn der Beschwerdeführer bereit ist, diese schriftlich einzubringen. Obwohl das BEG eine Einrichtung des Salzburger Landesverbandes für Psychotherapie (SLP) ist, werden von ihm auch Beschwerden gegen Nichtmitglieder des SLP (und damit auch ÖBVP) behandelt.
2. Im nächsten Schritt wird die Beschwerde im Gremium besprochen. Dabei wird entschieden, ob es sich bei der Beschwerde um eine handelt, deren rechtmäßiger Adressat das BEG ist. In diesem Fall wird die Beschwerde an ein psychotherapeutisches und ein nicht-psychotherapeutisches Mitglied zur Bearbeitung weitergeleitet. Im Falle der Nicht-Zuständigkeit wird dem Beschwerdeführer ein anderer Weg empfohlen.
3. Die beiden fallbearbeitenden Mitglieder des Gremiums versuchen auf der Basis der vorhandenen Informationen zu einer ersten Stellungnahme hinsichtlich des vorliegenden Sachverhaltes zu kommen. Diese ersten Erkenntnisse werden im BEG diskutiert, dort wird dann auch das weitere Vorgehen beschlossen (z.B. Einholung weiterer Informationen, Stellungnahmen der Betroffenen, Gespräche), das von den beiden fallbearbeitenden Mitgliedern umgesetzt wird. Auf der Basis der ständigen Rücksprache mit dem Gremium wird auch jeder weiterer Schritt der beiden

fallbearbeitenden Mitglieder gesetzt, bis eine endgültige Klärung des Sachverhalts möglich ist (oder auch nicht).

4. Im Falle einer Klärung, ansonsten nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten, wird vom BEG eine Entscheidung hinsichtlich der Bewertung der Klage/Beschwerde bzw. des beklagten Verhaltens des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin getroffen. Diese Entscheidung hat einstimmig zu erfolgen.
5. Die betroffenen Parteien (Opfer, Täter, Kläger, Betroffene) werden abschließend über den Spruch des BEG informiert.

Dr. Anton-Rupert Laireiter
A-5411 Oberalm

Oberösterreichischer Landesverband für Psychotherapie – EBS OÖ

Vorgehensweise der EBS OÖ bei Schlichtungsfällen:

- Anfragen an Vorsitzenden Dr. Fischer Karl
- Besprechung der weiteren Vorgehensweise im EBS-Team
- Ev. Weitergabe an weibliches Teammitglied (in speziellen Bereichen)
- Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten
- Kontaktaufnahme mit Klienten
- Nach Möglichkeit von beiden Seiten schriftliche Stellungnahme
- Diskussion der Problematik im Team, Überlegung der Vorgehensweise
- Einladung an den Therapeuten
- Persönliche Besprechung (Schlichtung) mit dem Therapeuten und Klienten
- Lösungsmöglichkeiten oder Zielvorstellungen der beiden Seiten klären
- Abschluss und Abschlussbesprechung

Dr. Christian Neubauer
A-4061 Pasching

Ethik- Beschwerde- und Schlichtungsstelle KLP, Landesstelle Kärnten

Vorgangsweise im Konfliktfall

Die Landesstelle Kärnten hat keine Geschäftsordnung. Ihre Organisationsform ist eine weitgehend informelle, die getragen ist von einer hohen Kontinuität des Teams (seit 1995 gleichbleibend: Prof. Menschik, Doz. Krefting, Mag. Ogris) sowie einer klaren Aufgabenteilung.

Verantwortlich für konzeptionelle und organisatorische Fragen sind Doz. Krefting und Mag. Ogris. Regelmäßige Treffen (alle 8 bis 10 Wochen) der beiden dienen dem Informationsaustausch und der theoretischen Auseinandersetzung mit ethischen Grundsatzfragen im Zusammenhang mit Psychotherapie. Ein Ergebnis dieser Diskussion ist der Artikel „Werbung und Psychotherapie“, veröffentlicht im Supplement des Psychotherapieforums vom Dezember 1998. Das hier bearbeitete Thema ergab sich aus der konkreten Behandlung von Problemfällen.

Delegierte im Berufsethischen Gremium des ÖBVP ist Frau Mag. Ogris.

Mediationsaufgaben übernehmen Prof. Menschik, Doz. Krefting und Mag. Ogris. Vorgangsweise: Der/die im jeweiligen Anlassfall angesprochene Mediator/in versucht zunächst das Problem zu erheben und einzuschätzen. Die Entscheidung, ob einer allein oder zwei Teammitglieder das Problem zu lösen versucht/versuchen, hängt vom Schwierigkeitsgrad der Problemstellung ab. Über jedes Gespräch wird ein Protokoll geführt.

Aufgrund der Tatsache, dass die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Kärntner Beschwerdestelle gering ist (4 Mediationsfälle), haben wir bisher mit dieser Organisationsform das Auslangen gefunden. In der letzten Jahreshauptversammlung des KLP im Jänner 1999 wurden auch andere Kollegen/innen aufgerufen, sich in die Thematik einzuarbeiten, um Mediationsaufgaben übernehmen zu kön-

nen, sollte die Häufigkeit der Problemstellungen zunehmen.

Mag. Maria-Gabriele Ogris
A-Klagenfurt

Niederösterreichischer Landesverband für Psychotherapie – Schlichtungsstelle des NÖLP

Organisation und Vorgehensweise im Beschwerdefall:

1. Anlaufstelle: Sekretariat des NÖLP
2. Von der Landesversammlung per Wahl mit der Organisation der Schlichtungsstelle beauftragte Personen sind: Dr. Rotraut Erhard und Dr. Christa Pözlzbauer; diese informieren im Anlassfall über Ablauf der Schlichtung, Verjährungsfristen, Rechte und Pflichten der Psychotherapeuten/innen und beauftragen bei Bedarf die Vertrauenspersonen mit der Konfliktregelung.
3. Vertrauenspersonen: Vier erfahrene Psychotherapeuten/innen wurden vom Vorstand des NÖLP gewählt und mit der Abwicklung der Schlichtung betraut; je nach Konfliktfall werden ein bis zwei Therapeuten/innen mit einem Fall befasst; nach Beendigung der Schlichtung wird ein Protokoll verfasst. Die Vertrauenspersonen werden für ihre Tätigkeit finanziell entschädigt.
4. Beschwerden über Therapeuten/innen, die nicht Mitglieder des ÖBVP sind, werden an die Ausbildungsvereine weitergeleitet.

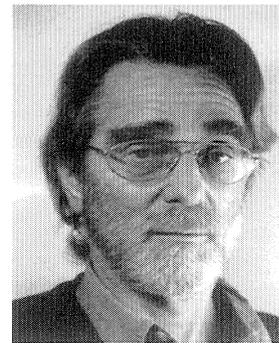
Dr. Christa Pözlzbauer, Wien

Die weiteren Bundesländer stellen ihre Schlichtungsstelle im nächsten Psychotherapie Forum vor. Für Informationen stehen die jeweiligen Landesverbände zur Verfügung.

Dr. Christa Pözlzbauer
Vorsitzende des BEG
Servitengasse 19, A-1090 Wien
Tel./Fax 1-319 56 79
e-mail: chpol@magnet.at

Editorial

Berufsidentität: Zwischen PsychotherapeutIn und VerteterIn einer Therapierichtung



Nach 20jährigem Bestehen des SPV und 10 Jahren Zusammenarbeit zwischen den Therapiemethoden innerhalb der Charta, ist die Frage nach der beruflichen Identität der PsychotherapeutInnen eine notwendige Standortbestimmung. Was haben diese 20 Jahre in der Entwicklung des Berufsbildes der Psychotherapie bewirkt? Die Frage ist auch darum berechtigt, weil nach unserer Erfahrung die Polarität zwischen unterschiedlichen Identitäten in einzelnen Therapierichtungen immer noch Quelle von grossen Spannungen ist.

Die Antworten, verfasst von KollegInnen aus verschiedenen Hauptrichtungen, sind nur zum Teil übereinstimmend, die aufgeworfenen Fragen noch lange nicht beantwortet. Wenn sich bei Ihnen Widerspruch regt oder Zustimmung ergibt, bitten wir Sie, in die Diskussion, welche im Forum weitergeführt werden könnte, einzugreifen.

Zwei äussere Gründe geben dieser Frage für viele von uns eine persönli-

che Aktualität. Zum einen haben, dank der Arbeit des SPV, die KollegInnen im Kanton Zürich zum ersten Mal die Möglichkeit, ihren Beruf mittels einer Praxisbewilligung vom Staat legalisieren zu lassen. Es ist ein grosser Unterschied für die berufliche Identität, ob man vom Staat eine Praxisbewilligung und eine geschützte Berufsbezeichnung erhält, oder ob man seine Existenz gegen das Gesetz fristet, wie das für viele von uns bis jetzt der Fall war. Zum anderen hat die Charta den wissenschaftlichen Dialog zwischen den Methoden auf einer vertieften Ebene gestartet. Die gemeinsam erarbeiteten Themen werden in den Institutionen viel grundsätzliche Reflexion in Gang bringen, Gemeinsames und Unterschiede sichtbar machen. Dieser Prozess kann gleichzeitig beide Identitäten stärken, die als PsychotherapeutIn und die als VertreterIn einer Methode.

Mario Schlegel

Identité professionnelle : entre psychothérapeutes et représentants d'un courant donné

Poser la question de l'identité professionnelle des psychothérapeutes permet de faire le point, maintenant que l'ASP existe depuis 20 ans et que depuis 10 ans, les différents courants de thérapie collaborent au sein de la Charte. Qu'ont apporté ces 20 années à l'image de notre profession ? La question se justifie d'autant que nous savons que les

polarités séparant les différentes écoles dans l'identité de leurs praticiens demeurent source de fortes tensions.

Des réponses ont été formulées par des collègues issus des principaux courants ; ils ne sont qu'en partie d'accord sur le fond et sont loin d'avoir répondu à toutes les questions soulevées. Si vous sentez que vous n'êtes pas d'ac-

cord, ou qu'au contraire vous soutenez certaines idées, vous être priés d'intervenir dans le débat qui pourrait être poursuivi dans le contexte du FORUM.

La question est d'actualité pour nombre d'entre nous, ceci pour deux raisons : d'une part et grâce au travail de l'ASP, les collègues zurichoïses ont maintenant la possibilité d'obtenir une autorisation de pratique et donc de travailler

'légalement'. Au niveau de l'identité professionnelle, avoir une autorisation accordée par l'Etat et pratiquer une profession dont la désignation est protégée au lieu de vivre hors-la-loi – comme nombre d'entre nous –, n'est pas du tout pareil. D'autre part, la Charte a lancé un dialogue scientifique inter-méthodes à un niveau plus approfondi. Les thèmes que ses membres traiteront

vont sans doute provoquer de nombreux processus de réflexion au sein des institutions, permettant de définir similitudes et différences. Ce processus va contribuer à renforcer simultanément les deux identités : celle de psychothérapeute et celle de représentant d'une méthode spécifique.

Mario Schlegel

M. Fäh

Die Doppelidentität ist berufspolitisch unabdingbar!

Die Aus- und Weiterbildung zum Psychotherapeuten verläuft in zwei Phasen: Die erste Etappe ist diejenige eines Universitätsstudiums, in welchem die wissenschaftlichen Grundlagen des Psychotherapeuten-Berufs erworben werden. Die meisten angehenden PsychotherapeutInnen studieren entweder Psychologie oder Medizin oder ein anderes humanwissenschaftliches Fach. Da Psychotherapie eine interdisziplinär fundierte Disziplin ist, kann das Psychotherapie-relevante Grundlagenwissen auch nach einem anderen Universitätsstudium in ergänzenden Studien erworben werden. Nach der „universitären Phase“ im Curriculum eines Psychotherapeuten folgt die eigentliche berufsqualifizierende Weiterbildung zum Psychotherapeuten. Diese Weiterbildung erfolgt jedoch nicht in Psychotherapie generell, sondern in einer wissenschaftlich anerkannten und klinisch bewährten Psychotherapiemethode. Nach Abschluss seiner Weiterbildung ist der zur klinischen Arbeit zugelassene Psychotherapeut also entweder „Psychoanalytiker“ oder „Gestalttherapeut“ oder „Bioenergetiker“ oder „Verhaltenstherapeut“ o.a.m. Aufgrund der Sozialisation im Rahmen seiner Weiterbildung liegt ihm diese Identität am nächsten, nähervielleicht noch als diejenige des wissenschaftlichen Universitätsstudiums.

D.h. die PsychotherapeutInnen sind von ihrem individuellen Curriculum herzunächst „Psychologin und Gestalttherapeutin“, oder „Arztin und Bioenergetikerin“, oder „Literaturwissenschaftlerin und Psychoanalytikerin“ oder „Philosophin und Daseinsanalytikerin“

u.a.m. Nur durch individuelle bewusste berufspolitische Willensakte, durch methodenübergreifende wissenschaftliche Diskussionen und durch die öffentliche berufsrechtliche und kassenrechtliche Definition werden diese heterogenen Individuen in der Oberfamilie der „PsychotherapeutInnen“ zusammengefasst.

Viele PsychotherapeutInnen empfinden ihre „psychotherapeutische“ Identität deshalb oft als rein äusserlich im Sinne einer soziologischen Rolle. Ihre „Psychotherapeuten-Identität“ reicht oft nicht einmal so tief, dass sie sich in ihren Auskünftungen „Psychotherapeutin“ nennen würden. Auf ihren Rechnungsformularen sind sie z. B. „PsychoanalytikerInnen“.

Aus berufspolitischer Sicht halte ich dies für einen Missstand, der für die mangelhafte Verankerung von PsychotherapeutInnen aller methodischen Ausrichtungen im öffentlichen Sektor verantwortlich ist.

Berufspolitik im Sinne einer kraftvollen Interessenvertretung für das ganze Feld der PsychotherapeutInnen kann nur erfolgreich sein, wenn sie die gemeinsamen Interessen und die gemeinsamen Grundlagen aller PsychotherapeutInnen in den Mittelpunkt stellt. Dies kann umso besser geschehen, je deutlicher jeder Psychotherapeut und jede Psychotherapeutin sich bewusst zu einer Doppelidentität bekennt: Ich bin von meiner Weiterbildung her Psychoanalytikerin, und als solche wissenschaftlich und praktisch ausgebildete Psychotherapeutin! Ich interessiere mich sowohl für die Fortbildung in meiner psychotherapeutischen Methode wie auch in allgemei-

nen psychotherapeutischen Fragen! Ich engagiere mich sowohl für die Weiterentwicklung meiner eigenen methodischen Orientierung wie auch für die Entwicklung des methodenübergreifenden psychotherapeutischen Faches und Diskurses! Ich kämpfe sowohl für die Anerkennung meiner eigenen psychotherapeutischen Methode wie auch für die berufs- und versicherungsrechtliche Anerkennung der PsychotherapeutInnen generell! Dieses „Sowohl-als-auch“ sollte jeder Psychotherapeutin in Fleisch und Blut übergehen. So wie jede Schweizerin Europäerin ist und beide Identitäten pflegen sollte, so muss jeder Verhaltenstherapeut, Psychoanalytiker, Gestalttherapeut, usw. auch seine Psychotherapeuten-Identität pflegen, nicht nur durch Einzahlung der entsprechenden Mitgliederbeiträge in den Psychotherapeuten-Dachverband, sondern durch bewusste Pflege des Selbstverständnisses.

Wenn diese individuelle Pflege des Psychotherapeuten-Selbstverständnisses zu kurz kommt, fehlt der berufspolitischen Speerspitze des Berufsverbandes die geballte Stosskraft, die Mitglieder sind zuwenig mit der allgemeinen Stossrichtung ihres Verbandes identifiziert. Der Vorstand des Schweizer PsychotherapeutInnen Verbandes setzt sich deshalb in seiner Kommunikation nach innen, d.h. mit den Mitgliedern, sehr dafür ein, dass er ein attraktiver Promotor der „Psychotherapeuten-Identität“ ist. Die Mittel sind Fortbildung zu methodenübergreifenden Themen, Fachtagungen zu verbindenden Psychotherapie-Fragen und die Förderung der Kommunikation zwischen den Mitgliedern über die Grenzen der therapeutischen Richtungen hinweg.

*Dr. phil. Markus Fäh
Präsident SPV*

M. Fäh

Du point de vue de la politique professionnelle nous devons avoir une double identité !

La formation (postgrade) du psychothérapeute se fait en deux étapes : une formation de base au niveau d'un diplôme universitaire permettant d'acquiescer les bases scientifiques de la profession. La plupart des futurs thérapeutes font des études de psychologie ou de médecine, ou étudient l'une des sciences humaines. La psychothérapie étant une discipline fondée sur une base interdisciplinaire, il est aussi possible d'acquiescer le savoir fondamental pertinent en suivant une filière complémentaire après acquisition d'un diplôme universitaire dans un autre domaine. Cette « étape universitaire » est suivie d'une formation spécialisée en psychothérapie, formation postgrade qualifiant le thérapeute. Celle-ci ne se fait pas en psychothérapie générale, mais dans une méthode reconnue du point de vue scientifique et ayant fait ses preuves sur le plan clinique. Une fois qu'il est qualifié et autorisé à pratiquer, le psychothérapeute est donc, par exemple, psychanalyste, Gestalt-thérapeute, bioénergéticien ou thérapeute du comportement. Durant sa formation spécialisée et au contact d'autres membres de son courant, il acquiesce une identité en tant que praticien d'une méthode donnée et celle qu'il avait au terme de ses études universitaires tend à perdre de son importance.

Dans ce sens et en conséquence de leur curriculum individuel, les psychothérapeutes sont d'abord « psychologue et Gestalt-thérapeute » ou « médecin et praticien de la bioénergétique » ou « germaniste et psychanalyste » ou encore « philosophe et analyseur Dasein ». Ce n'est que par le biais d'une adhésion consciente à une politique professionnelle, de débats scientifiques entre les courants et d'une définition « publique » (droit professionnel et droit des assurances) que ce groupe hétérogène d'individus se trouve réuni sous la désignation globale de « psychothérapeutes ».

De ce fait, de nombreux psychothérapeutes considèrent leur identité professionnelle comme relativement superficielle : elle correspond à la ca-

tégorie 'rôle social'. Leur « identité en tant que psychothérapeutes » n'est souvent pas suffisamment ancrée pour les inciter à employer ce terme dans leurs en-têtes et publications.

Je suis d'avis que, du point de vue de la politique professionnelle, cet état de faits est un handicap, qui a fait que les psychothérapeutes de tous les courants méthodiques sont mal insérés dans la vie publique.

Nous ne pouvons militer avec succès pour les intérêts de toute notre profession que si nous nous centrons sur ce que tous ses membres ont en commun (intérêts et bases). Et nous pourrions le faire d'autant mieux une fois que tous ceux-ci auront accepté consciemment leur double identité : je suis psychanalyste et en tant que tel, psychothérapeute qualifié aux niveaux scientifique et pratique ! Je m'intéresse aussi bien à la formation permanente offerte dans ma méthode qu'à des questions ayant trait à la psychothérapie de manière plus générale ! Je me sens impliqué à la fois par l'évolution de mon propre courant et par celle de la discipline et du discours psychothérapeutiques, indépendamment de ma formation ! Je lutte pour que la méthode à laquelle j'ai été formé soit reconnue, mais aussi pour que la psychothérapie en général soit admise par le droit professionnel et par celui des assurances ! Ce « non seulement ... mais encore »

devrait devenir une sorte de seconde nature : de même que chaque Suisse est aussi un Européen, tout thérapeute du comportement, psychanalyste, Gestalt-thérapeute etc. devrait aussi considérer comme un psychothérapeute, non seulement en versant ses cotisations à une association faitière mais aussi en devenant plus conscient de cette identité.

Si les thérapeutes individuels entreprennent trop peu cette démarche, le fer de lance brandi par notre association au niveau de la politique professionnelle perd de sa force : ses membres sont trop peu identifiés avec ses visées. C'est pourquoi le comité de l'Association suisse des psychothérapeutes s'efforce de communiquer à ses membres l'idée qu'il s'implique dans une promotion positive d'une « identité en tant que psychothérapeute ». Il le fait en offrant des perfectionnements sur des thèmes indépendants des différentes méthodes, en organisant des rencontres sur des questions globales et en encourageant la communication entre ses membres au-delà des frontières pouvant séparer les différents courants.



Markus Fäh, président de l'ASP

A. Holzhey-Kunz

Psychoanalyse und Psychotherapie: fruchtbares Spannungsverhältnis oder unvereinbarer Widerspruch?

Dass die Psychoanalyse mehr ist als bloss eine bestimmte Therapieschule neben anderen – davon ist auszugehen. Nicht nur deswegen, weil alle andern Therapierichtungen ausser der Verhaltenstherapie via Reduktion

von Komplexität daraus entwickelt wurden, und auch nicht nur deswegen, weil einzig die psychoanalytische Praxis in einer eigenen differenzierten Neurosen- und Psychosentheorie gründet. Immer schon war sie auch

Kultur- und Gesellschaftstheorie, und immer schon bot sie sich an, als Interpretationsmethode in die verschiedensten anderen Wissenschaften eingeführt zu werden. Dieser „Überschuss“ stellt aber an sich für den praktizierenden Psychoanalytiker noch kein Hindernis dar, sich als Psychotherapeut – nämlich als Psychotherapeut mit besonderem Zuschnitt und Background – zu verstehen.

Der Grund dafür, dass sich die Psychoanalyse immer schon mit dem Etikett Psychotherapie schwer getan hat, liegt in der Eigenart ihrer Praxis selber. Erinnert sei an das berühmte Diktum Freuds, für die „Massenanwendung“ müsse das „reine Gold der Analyse“ wohl mit dem „Kupfer der direkten Suggestion“ legiert werden. Damit war nicht nur die Basis gelegt für die Unterscheidung von „klassischer Analyse“ und „psychoanalytischer Psychotherapie“, sondern gleich auch die entsprechende Wertung der beiden mitgeliefert: je mehr Abweichungen von der klassischen Technik und je niedriger Stundenfrequenz und zeitliche Dauer der Therapie, umso „unreiner“ und damit minderwertiger das Unternehmen.

Aufgrund dieser Wertung boten und bieten auch heute noch die meisten psychoanalytischen Institutionen ausschliesslich eine Ausbildung zum „Analytiker“ an, obwohl sich de facto die grosse Mehrzahl der PsychoanalytikerInnen heutzutage einer Klientel gegenüberübersieht, die weder die Indikation noch vor allem die nötige Bereitschaft mitbringt, sich auf die finanziellen und zeitlichen Bedingungen einer klassischen Analyse einzulassen.

Diese Entwicklung scheint denn auch für viele Psychoanalytiker hinreichend zu belegen, dass die traditionelle Animosität gegen das „bloss“ Psychotherapeutische heute obsolet geworden und dass es an der Zeit sei, eine den heutigen Bedingungen gemässere Verhältnisbestimmung von Psychoanalyse und Psychotherapie vorzunehmen.

So weit, so gut. Das durch die veränderte Realität diesbezüglich geforderte Umdenken scheint zunächst nicht nur plausibel, sondern auch unproblematisch. Aber der Schein trügt. Denn inzwischen geht es kaum mehr um die in der Tat fällige Entmystifizierung der „reinen“ Analyse. Heute muss sich die Psychoanalyse (ob

„rein“ oder „angewandt“) ins Verhältnis setzen zur Psychotherapie als einer *neu etablierten Berufsgattung*, die von sich selber – via Berufsverbände – ein eigenes Image entworfen hat. Dieses Image legt fest, was „Psychotherapie“ generell – und das heisst unabhängig von und damit verbindlich für alle verschiedenen Schulrichtungen – ist, will und leistet. Mit diesem Image erkämpfen die Berufsverbände öffentliche Anerkennung sowie die Verankerung im KVG und damit die Kostenübernahme durch die Kassen. Das ist neu. Ein solches berufliches Leitbild des Psychotherapeuten unangesehen spezieller Schulrichtungen hat es bisher nicht gegeben. Und hier ist die Psychoanalyse herausgefordert. Sie muss sich fragen, ob sie sich in der nun vorliegenden Identitätsdefinition wiederfinden kann oder eben nicht, ob sie mit einer Anpassungsleistung im Dienste sozialer Anerkennung und Absicherung ihre Essentials gleichwohl bewahrt oder aber aufgibt.

Die Antwort auf diese Frage spaltet die Psychoanalyse.

Worum geht es? Eine detaillierte Ausfaltung der Problematik ist hier nicht möglich. Ich beschränke mich darum auf die in diesem Leitbild implizierte Festlegung von Psychotherapie auf ein *wissenschaftlich-technisches Verfahren zum Zwecke der Heilung*. Diese Bestimmung wirkt auf den ersten Blick rein formal, sodass die Inhalte der verschiedenen Schulen davon gar nicht tangiert scheinen. Ob dieser erste Eindruck stimmt, ob diese Form sich also mit dem psychoanalytischen Inhalt verträgt oder ob sie diesen Inhalt in zentraler Weise verändert, ist umstritten.

Jene Psychoanalytiker, welche sich für die Identifikation mit dem übergreifenden Psychotherapie-Leitbild einsetzen, sind entweder der Meinung, dass diese formale Bestimmung dem analytischen Inhalt gar nichts anhaben könne und dass deswegen in schwierigen Zeiten deren Übernahme sowohl opportun wie auch unproblematisch sei, oder sie sind gar überzeugt, dass genau diese Form mit dem Inhalt der Psychoanalyse übereinstimme. – Für jene aber, die eine Identifikation von sich weisen, kann diese formale Bestimmung den psychoanalytischen Inhalt nicht in sich aufnehmen und steht deshalb in einem un-

vereinbaren Gegensatz zur Psychoanalyse.

Auszugehen ist vom Unstand, dass das neue Leitbild die Psychotherapie als ein *zweckrationales Verfahren* ausgibt. Das besagt dreierlei:

- 1) Alles psychotherapeutische Tun ist auf einen Zweck (Heilung, Gesundheit etc.) ausgerichtet, ist davon geleitet, hat sich von daher zu rechtfertigen. Das aber gibt – unangesehen der Möglichkeit, diesen Zweck schulenspezifisch zu erläutern – dem ganzen Prozedere eine *normative Ausrichtung*.
- 2) Alles Gewicht liegt auf der wissenschaftlich fundierten Methode. Das heisst, dass die erlernbare Methode im Sinne einer gezielt anwendbaren Technik als das A und O jeder Psychotherapie gilt, die diesen Namen verdient. Hinter ihr hat die Subjektivität des Analytikers notwendig zu verschwinden. Denn das gilt für jede Methode im strengen Sinne: *je weniger Subjektivität, umso perfekter das methodengeleitete Vorgehen*.

Aus den beiden ersten Punkten ergibt sich notwendig der dritte:

- 3) 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 ein Verfahren per definitionem ein Objekt, worauf es angewandt wird. Dieses Objekt ist nun weniger die Person als vielmehr die „psychische Störung“. Nur auf der Basis eines psychopathologischen Störungs- bzw. Defizitkonzeptes kann Psychotherapie als zweckrationales Verfahren bestimmt werden.

Summa summarum: das neue Leitbild macht den Psychotherapeuten zum Fachmann, die Psychotherapeutin zur Fachfrau. Das therapeutische Tun steht nun unter dem Begriff der *Professionalität*. Der Therapeut legitimiert sein Tun durch den Ausweis einer anerkannten Ausbildung, die ihm das technische Können vermittelt hat, und entsprechende fachspezifische Weiterbildung.

Freud zählte die Psychoanalyse bekanntlich zu den drei „unmöglichen“ Berufen – genau so unmöglich wie das Erziehen und das Regieren. Dies wohl deshalb, weil er überzeugt war,

dass alle drei Tätigkeiten etwas anderes erfordern als die professionelle Ausübung einer lernbaren Technik.

So ist denn die Frage an jeden Psychoanalytiker und jede Psychoanalytikerin gestellt: ob und wie er oder sie glaubt, die traditionelle analytische Auffassung, dass gerade *kein* „positives“ Ziel anzustreben und das Deuten mehr *Kunst* als Technik sei, dass die analytische Beziehung samt den ihr wesentlichen Momenten von Übertragung und Gegenübertragung mehr *Ereignis*- denn Handlungscharakter habe, und last but not least die Neurose keinesfalls bloss als eine Sinnbare Störung, sondern als *interpretierbarer Sinnzusammenhang* zu nehmen sei, mit dem Leitbild psychotherapeutischer Professionalität im dargelegten Sinne vereinbaren zu können.

Im Interesse der Psychoanalyse ist

es auf jeden Fall, dass niemand diese Frage zu leicht nimmt. Denn die Psychoanalyse befindet sich da tatsächlich auf dem Prüfstand – aber nicht hinsichtlich der Frage, ob sie „effizienter“ ist als andere Methoden, sondern viel radikaler: ob sie sich gemäss dem heutigen Zeitgeist zu einem zweckrationalen Verfahren umdeuten will oder aber – und das ist beängstigend – ob sie in Kauf nehmen will, im Sinne Marcuses „veraltet“ zu sein. Marcuse hatte bekanntlich bereits 1963 das Veralten der Psychoanalyse diagnostiziert, ihr aber nahegelegt, ihren „veralteten“ Erkenntnissen die Treue zu halten, weil darin ihre „Wahrheit“ und damit auch eine „neu zu gewinnende Zukunft“ liege.

Dr. Alice Holzhey-Kunz
Zollikerstrasse 195, CH-8008 Zürich

A. Holzhey-Kunz

Psychoanalyse et psychothérapie : une antinomie inconciliable ou une tension fructueuse ?

Il faut partir du principe que la psychoanalyse est plus qu'un simple courant de thérapie parmi d'autres. D'une part, parce que la thérapie du comportement mise à part, tous les autres courants se sont développés par le biais d'une démarche visant à réduire des aspects complexes ; mais aussi parce que seule la pratique psychanalytique se fonde sur sa propre théorie différenciée des névroses et des psychoses. Elle a toujours été également théorie de la culture et de la société et elle s'est toujours avérée méthode d'interprétation applicable au niveau de diverses autres disciplines. Or, ce « surplus » n'empêche pas le psychanalyste praticien de se percevoir comme un psychothérapeute – à savoir comme un thérapeute travaillant d'une façon et en fonction d'un background particuliers.

La raison pour laquelle la psychoanalyse a toujours eu de la peine à gérer l'étiquette de 'psychothérapie' se situe dans les particularités de sa pratique. Rappelons la fameuse phrase de Freud, selon laquelle « l'or pur

de l'analyse » doit être allié au « cuire de la suggestion directe » lorsqu'on veut l'appliquer sur une large échelle. En énonçant ce principe, il posait d'une part la base d'une distinction entre « analyse classique » et « psychothérapie psychanalytique » et, d'autre part, il attribuait une valeur différente à chacune d'elles : plus l'on s'éloignait de la technique classique et plus la fréquence des séances et la durée du traitement diminuaient, plus la démarche perdait de sa 'pureté' et de sa valeur.

Se référant à cette évaluation, la plupart des institutions psychanalytiques ont offert et continuent à offrir uniquement une formation en « analyse », alors même qu'aujourd'hui la grande majorité des psychanalystes travaillent avec des clients pour lesquels une analyse classique n'est pas indiquée, mais aussi qui ne sont pas disposés à y investir les moyens financiers et le temps requis.

Compte tenu de cette évolution, il semble que de nombreux psychanalystes ont maintenant accepté que la

traditionnelle animosité envers ce qui n'est « que » psychothérapie est dépassée et que le temps est venu de définir les rapports entre psychanalyse et psychothérapie d'une manière mieux adaptée aux conditions de notre époque.

Jusqu'ici tout paraît clair. Au premier abord, la réorientation exigée par une réalité changée paraît plausible et de plus, elle ne semble pas poser problème. Or, les apparences trompent. Entre-temps la question a cessé d'être celle de la démystification (impérative) de l'analyse « pure ». De nos jours, la psychanalyse (qu'elle soit « pure » ou « appliquée ») doit trouver sa place dans le contexte d'une psychothérapie constituant *une nouvelle profession établie*, qui a élaboré sa propre image d'elle-même – par le biais de ses associations professionnelles. Cette image définit ce qu'est la psychothérapie en général, c'est-à-dire indépendamment des différents courants, donc de manière ayant force obligatoire pour tous ceux-ci ; elle définit aussi ce que cette discipline veut et ce qu'elle a à contribuer. En présentant cette image, les associations professionnelles tentent de faire connaître la psychothérapie dans le grand public, mais aussi de faire inclure ses traitements dans la LAMal – et donc dans les prestations remboursées par les caisses. Il s'agit là d'une nouveauté, puisque jusqu'il n'y a pas longtemps il n'existait aucun « modèle » de la profession indépendant des différentes écoles. Et à ce niveau, un défi est posé à la psychanalyse. Il faut qu'elle se demande si la définition d'une identité qu'on lui présente correspond ou non à ce qu'elle est et si elle va accepter de s'adapter pour être reconnue par la société et parallèlement, trouver les moyens de maintenir ses visées centrales – ou bien si elle va y renoncer.

La réponse à cette question divise les psychanalystes.

Quels sont les enjeux ? Nous ne pouvons pas entrer dans le détail ici. Je me contente donc d'examiner la définition implicitement contenue dans l'image mentionnée ci-dessus de la psychothérapie en tant qu' *ensemble de procédés fondés scientifiquement, appliqués au service d'une guérison*. Au premier abord, cet énoncé paraît purement formel et il ne semble pas toucher aux contenus des

différents courants. Or, la question de savoir si cette première impression n'est pas trompeuse, donc celle de savoir si l'énoncé ci-dessus est compatible avec les contenus de la psychanalyse ou, au contraire, les modifie de manière centrale demeure contestée.

Les analystes qui s'engagent pour que leur courant s'identifie à une notion plus globale de la psychothérapie soit pensent qu'une définition formelle ne va en rien influencer le contenu analytique de leur travail et que, en cette époque difficile, on peut y adhérer – par opportunisme, mais aussi parce qu'elle ne pose pas de problème –, soit ils sont même convaincus que cette forme particulière correspond très bien aux contenus de la psychanalyse. Mais il y a ceux qui refusent d'entreprendre cette démarche, parce qu'ils considèrent que la définition n'englobe pas ce que contient la psychanalyse et se trouve en rapports d'antinomie inconciliables avec elle.

Il faut partir de l'idée que le nouveau modèle perçoit la psychothérapie comme un *ensemble de procédés visant certains objectifs de manière rationnelle*. Ceci implique trois aspects :

- 1) Toute activité psychothérapeutique s'axe sur un objectif (guérison, santé, etc.), est guidée par ce dernier et doit donc se justifier en fonction de lui. Or, on lui attribue ainsi une *orientation normative* – indépendamment de la manière dont chaque courant pourrait expliquer cet objectif.
- 2) L'accent est placé entièrement sur une méthode fondée du point de vue scientifique. Ceci implique que c'est la méthode que l'on apprend qui constitue le B.A.-ba d'une psychothérapie méritant ce qualificatif, dans le sens d'une technique qui peut être appliquée systématiquement. Cette dernière élimine alors nécessairement la subjectivité de l'analyste. En effet, ceci est valide pour toute méthode prise au sens étroit: *moins elle est subjective, plus ses procédures sont parfaites*.
- 3) Le troisième aspect découle automatiquement des deux premiers: la psychothérapie est une procédure technique, dont on peut *prévoir et contrôler* le déroulement. Ici, procédure est le contraire de « processus ». Alors qu'un processus implique toujours des sujets, une procé-

ture a par définition un objet auquel elle est appliquée. A ce niveau, l'objet est moins la personne (le client) que le « trouble psychique ». Ce n'est qu'à partir du moment où la psychothérapie se fonde sur la notion de troubles ou déficits pathologiques qu'elle peut être définie en tant que visant des objectifs de manière rationnelle.

Summa summarum : le nouveau modèle fait du psychothérapeute, de la psychothérapeute des spécialistes. Leurs activités thérapeutiques sont placées sous le signe du professionnalisme. Ils se légitiment en suivant une formation reconnue, qui leur a appris la technique, puis en faisant de la formation continue spécialisée.

On sait que pour Freud, la psychanalyse était l'une de trois professions « impossibles à pratiquer » – les deux autres étant l'éducation et le gouvernement. Il pensait sans doute ainsi parce qu'il était convaincu que les trois activités mentionnées requièrent, pour leur pratique, quelque chose qui n'est pas simplement l'application professionnelle d'une technique qui peut s'apprendre.

Chaque psychanalyste va donc devoir répondre à la question suivante : croit-il et de quelle manière à la conception analytique traditionnelle, selon laquelle il s'agit justement de ne pas viser un objectif positif et l'interprétation est plus un art qu'une techni-

que ; selon laquelle aussi la relation analytique, y compris les moments essentiels liés au transfert et au contre-transfert, est plus parente d'un événement que d'une action et – last but not least – la névrose n'est pas simplement un trouble dont le sens est rationnel, mais qu'elle doit être saisie en tant que contexte signifiant qui peut être interprété. Et ses opinions à ce sujet sont-elles compatibles avec l'idéal d'un professionnalisme thérapeutique tel qu'il a été défini plus haut ?

Il faut certainement que personne ne prenne ces questions trop à la légère, ceci dans l'intérêt de la psychanalyse. Car il est de fait que cette dernière subit là un véritable test – pas du point de vue de savoir si elle est plus « efficace » que d'autres méthodes, mais à un niveau beaucoup plus radical : est-elle disposée à se laisser transformer en une procédure visant des objectifs rationnels pour satisfaire à l'esprit de notre époque ou – et cela fait peur – va-t-elle s'accommoder de devenir « obsolète » au sens où l'entend Marcuse. On sait qu'en 1963 déjà ce dernier avait dit que la psychanalyse tombait en désuétude ; mais il lui avait aussi fait comprendre qu'il fallait qu'elle demeure fidèle à son savoir « dépassé » parce que c'est là que se situe sa « vérité » et donc « l'avenir qu'elle peut se créer ».

Dr. Alice Holzhey-Kunz
Zollikerstrasse 195, CH-8008 Zürich

M. Gutberlet

Die Sicht eines Gesprächspsychotherapeuten*

Kleiner Schreibräum für ein grosses Thema, daher ohne Vorrede das wichtigste Ergebnis des Nachdenkens: Nach meiner Einschätzung verstehen sich die meisten GesprächspsychotherapeutInnen eher als „PsychotherapeutIn“ denn als „VertreterIn ihrer Therapierichtung“.

* Es sind immer beide Geschlechter gemeint, wenn im Text die weibliche, die männliche oder die integrierte Schreibweise verwendet wird.

Diese Einstellung dürfte ihre Wurzeln im Konzept selbst haben: Die Personzentrierte Psychotherapie/Gesprächspsychotherapie (GT) ist von ihrem Wesen her eine offen konzipierte und integrative Therapieform. Hauptgrund: die Persönlichkeits- und Therapietheorie, die Carl Rogers ausgearbeitet hat, legt die GesprächspsychotherapeutInnen in ihrem Handeln nicht fest. Lediglich ihre Haltung – die personzentrierte Haltung – wird als unverzichtbares und entscheidendes Agens von Therapie fixiert.

Die TherapeutInnen-Identität, die sich aus diesem Grundkonzept herauschält, könnte so formuliert sein: „Ich habe eine innere Haltung und eine (Kunst-)Fertigkeit entwickelt, die es mir ermöglicht, mich in meiner therapeutischen Tätigkeit primär von der Person der Klientin und ihrer organismischen Tendenz hin zu Entwicklung, Entfaltung und Gesundheit leiten zu lassen. Darauf gründet meine therapeutische Effizienz.“ Als abgrenzender Teil der Identität würde hinzugefügt: „Mein theoretisches Wissen und meine Kenntnis spezieller Techniken haben in diesem Vorgehen eine Hilfs- und Kontrollfunktion, aber keine Leitfunktion.“

Ein solches Selbstverständnis kreiert in der Regel keine markante, scharf abgrenzende Berufsidentität als VertreterIn der GT. Die individuelle Ausgestaltung der Grundkonzeption prägt das Selbstbild mehr als die Methode als solche.

Diese Freiheit und Selbstverantwortung bei der Bildung einer Identität als GesprächspsychotherapeutIn kommt in mehreren Bereichen zum Ausdruck:

In abweichenden Konzepten: Es gibt innerhalb der GT inzwischen zahlreiche eigenständige Ansätze, die sich z.T. weit von Rogers' klientenzentrierter/personenzentrierter Psychotherapie entfernt haben: Angefangen bei der „Gesprächspsychotherapie“ von R. Tausch (die dem Konzept im deutschsprachigen Raum ihren Namen gibt) über das „Focusing“, die „Prozessorientierte“ GT, die „Zielorientierte“ GT zur „GT als Inkongruenzbehandlung.“ Die Verschiedenheit dieser Zugänge verweist darauf, dass es eine einheitliche Identität bei VertreterInnen dieser Therapierichtung kaum gibt.

Im Ausbildungsweg der AusbilderInnen: Unter den gesamtschweizerisch knapp 30 AusbilderInnen der SGGT kenne ich keine/n, der/die sich nicht intensiv mit anderen Therapierichtungen befasst hat – von tiefenpsychologischen über humanistische, körperorientierte, systemische bis zu den verhaltenstherapeutischen. Diese selbstverständlich-integrative Grundhaltung wirkt freilich auch in die Gestaltung der Ausbildung hinein.

In der Ausbildung: Das personenzentrierte Verständnis von der Arbeit mit Menschen verbietet es auch in der GT-

Ausbildung, andere therapeutische Verstehens- und Vorgehensweisen auszugrenzen. Das kommt der äusseren Realität entgegen: Fast alle AusbildungsteilnehmerInnen bringen psychotherapeutische Vorkenntnisse aus verschiedensten Quellen mit. So werden in den Ausbildungsgruppen von Anfang an Fragen gestellt, ob und wie auch Elemente anderer Verfahren integriert werden dürfen und können, zum Beispiel: Übertragung und Gegenübertragung, der Leere Stuhl, die Traumdeutung, die Reizkonfrontation, körpertherapeutische Interventionen, systemisches Denken und viele andere mehr. Meine Aufgabe als personenzentrierter Ausbilder ist es dann nicht, die Ausbildungsteilnehmerin zum Verzicht auf den Gebrauch solcher Elemente zu bewegen. Vielmehr fordert das personenzentrierte Konzept, ihr zu helfen, diese Möglichkeiten – sofern sie sich intensiv mit ihnen beschäftigt hat – ggf. in ihr therapeutisches Handeln zu integrieren und dabei die Zentrierung ihrer Aufmerksamkeit auf die Person des Klienten nicht zugunsten einer Theorie/Technik-Zentrierung aufzugeben.

Konzept und Ausbildung der GT im Sinne von Rogers steuern also auf eine *Identität als PsychotherapeutIn* hin, die die Kooperation mit anderen therapeutischen Orientierungen als systemimmanent ansieht.

Das ändert aber nichts daran, dass ich – wie viele KollegInnen – zum *Vertreter der GT* mutiere, wenn ich etwa in einer renommierten Zeitung von einer Vertreterin einer renommierten Therapieschule einen Über-

blick über Therapieformen lese, in der die knappe Beschreibung der GT zur Hälfte aus krassen Fehlern, Vorurteilen oder berufspolitischen Kampfpapieren besteht. Es stellt sich dann das Bedürfnis ein, bei nächster Gelegenheit die Vorzüge und die Überlegenheit der GT und die eklatanten Mängel und Gefahren von konkurrierenden Methoden herauszustreichen.

Das Beispiel ist eines von zu vielen und zeugt davon, dass der Konkurrenzkampf wie vor 20 Jahren noch zu oft mit Ignoranz und Arroganz geführt wird. Es zeigt mir, dass wir von einer stabilen gemeinsamen Berufsidentität als PsychotherapeutInnen, in der Unterschiede Platz haben und erwünscht sind, trotz aller Bemühungen noch ziemlich weit entfernt sind.

Die Charta-Verbände haben sich mit viel Einsatz zu der Erkenntnis und dem Bekenntnis durchgearbeitet, dass jede Therapieform nicht mehr ist als *einer* von vielen *Versuchen*, der Komplexität der Psyche und ihrer Störungen gerecht zu werden. Die Verankerung dieser Kognition in der Emotion braucht offenbar noch Zeit. Aus dem fachlichen Wissen um die Daseins- und die Gleichberechtigung anderer Zugänge zum Menschen ist aus meiner Sicht noch nicht genügend ernsthaftes und echtes Interesse, Verstehen und Akzeptieren geworden. Das braucht es aber, bevor eine übergreifende Berufsidentität als PsychotherapeutIn zur Norm werden kann.

*Michael Gutberlet
Dipl. Psych., SGGT, SVG, SPV
Birmensdorferstrasse 285
CH-8055 Zürich*

M. Gutberlet

Le point de vue d'un thérapeute par entretiens*

Le cadre de cet article est limité et son thème important – je présente donc sans autre introduction le principal résultat de ma réflexion : à mon avis, la plupart des professionnels prati-

* J'utilise la forme masculine dans tout le texte pour indiquer les professionnels et clients des deux sexes.

quant la thérapie par entretiens se perçoivent plus comme « psychothérapeutes » que comme représentants d'une école donnée.

Cette attitude découle sans doute de ce qui caractérise leur courant : la psychothérapie centrée sur la personne ou psychothérapie par entretiens (PE) est par nature ouverte et c'est

une forme de thérapie visant à l'intégration. La principale raison en est que les théories de la personnalité et de la thérapie élaborées par Carl Rogers ne fixent pas la manière dont ses praticiens doivent *agir*. Elles définissent leur *attitude* – centrée sur la personne –, qui est considérée comme l'instrument indispensable et décisif du traitement.

On peut formuler comme suit l'identité qui dérive de ce concept fondamental : « J'ai acquis une attitude intérieure et une technique (un art) qui dans le cadre de mes activités thérapeutiques, me permettent de me laisser guider en priorité par la personne du client et par sa capacité organique au développement, à l'épanouissement et à la santé. C'est sur ce donné que se fonde mon efficacité thérapeutique ». Pour préciser, on ajouterait : « Mon savoir théorique et mes connaissances au niveau de techniques particulières sont des outils utiles et permettent de contrôler le processus, mais ils n'ont pas fonction directrice. »

En règle générale cette forme d'identité fait que les professionnels de la PE ne se démarquent pas de manière extrême d'autres courants. Plus que la méthode en soi, c'est la manière individuelle dont ils pratiquent à partir de certains concepts de base qui leur fournit une identité.

Cette liberté et cette prise en charge de lui-même par le thérapeute se manifestent dans plusieurs domaines :

Les concepts : au sein du courant PE on trouve de nombreuses approches indépendantes, dont certaines se situent relativement loin de celle développée par Rogers : pensons à la « thérapie par entretiens » de R. Tausch (dans les pays de langue allemande c'est cette désignation qui domine), au « focusing », à la « thérapie axée sur un processus », à la « thérapie axée sur des objectifs » ou encore au « traitement des non-congruences ». Les différences séparant ces approches montrent bien que les thérapeutes utilisant la PE ne

peuvent pas se référer à une seule identité.

La formation des formateurs : parmi les quelques 30 formateurs de la SPCP/SGGT je ne connais personne qui ne se serait intéressé de manière intensive à d'autres courants de thérapie – psychologie des profondeurs, thérapies humaniste, corporelle, systémique ou même thérapie du comportement. Cette attitude fondamentalement intégrative n'est pas sans effet sur le contenu de la formation.

La formation en soi : le fait de percevoir le travail avec des clients en tant que centré sur la personne implique qu'au niveau de la formation, on ne peut pas exclure d'autres manières de saisir la thérapie et de procéder. Cet aspect est positif dans le concret de la réalité : presque tous les candidats à la formation disposent déjà d'un savoir en psychothérapie, acquis dans des cadres variables. On constate alors qu'au sein des groupes de formation, ils posent dès le début des questions concernant la possibilité et la manière d'intégrer d'autres procédés dans le travail centré sur la personne. Exemples de thèmes : transfert / contre-transfert, la chaise vide, interprétation des rêves, confrontation à des stimuli, interventions au niveau du corps, approche systémique etc. etc. En tant que formateur, ma tâche n'est pas de pousser les candidats à ne plus utiliser ces éléments. Au contraire, du fait même que j'applique le concept de « centré sur la personne », je les encourage à intégrer ces potentiels dans leur travail – à condition toutefois qu'ils en aient des connaissances suffisamment approfondies – et à éviter de se centrer sur une théorie ou une technique au lieu de centrer leur attention sur la personne du client.

Donc, les concepts comme la formation en PE selon Rogers tendent à encourager l'élaboration d'une identité en tant que psychothérapeute et inévitablement, à coopérer dans le cadre de cette identité avec d'autres courants de thérapie.

Ceci n'empêche pas que nous – mes

collègues et moi – devenions soudain des thérapeutes par entretiens lorsque, par exemple, nous lisons dans un quotidien connu un article rédigé par une représentante d'une école de thérapie connue, dans lequel elle fait une synthèse des différentes formes de thérapie et inclut un court passage sur la PE dans lequel s'accumulent des erreurs grossières, des préjugés ou des slogans en rapport avec la politique professionnelle. En ces moments, nous ressentons le besoin de présenter à la première occasion les avantages et les qualités de la PE, tout en soulignant les lacunes d'autres méthodes ou les risques qu'elles peuvent faire courir.

Il ne s'agit là que d'un exemple parmi d'autres ; il montre que comme il y a 20 ans, la lutte entre concurrents se mêle d'ignorance et d'arrogance. Il montre aussi que nous sommes encore loin d'avoir acquis une identité professionnelle solide, commune à tous les psychothérapeutes, qui autoriserait et même encouragerait les différences.

Les associations de la Charte se sont beaucoup investies pour parvenir, ensemble, à la réalisation que chaque forme de thérapie n'est qu'une tentative *parmi d'autres* pour rendre justice à la complexité du psychisme et de ses troubles. Il semble qu'il faudra encore du temps pour que cette admission se fasse également au niveau émotionnel. Je suis d'avis que le fait de savoir, en tant que professionnels, que d'autres approches sont en droit d'exister et de se considérer comme ayant valeur égale n'a pas encore suscité un intérêt suffisamment sérieux et authentique – il n'est pas encore devenu un « comprendre et accepter ». Or, c'est ce dont nous aurions besoin si nous voulons définir notre identité de psychothérapeutes indépendamment de tous les courants.

Michael Gutberlet
Dipl. Psych., SGGT, SVG, SPV
Birmensdorferstrasse 285
CH-8055 Zürich

M. Koemeda-Lutz

Persönliche Stellungnahme einer Bioenergetischen Analytikerin

PsychotherapeutInnen unterliegen in Zeiten finanzieller Engpässe im Gesundheitswesen einem verschärften Legitimationsdruck. Spezielle Therapiemethoden sollen mit differentiellen Indikationsstellungen zur Passung gebracht werden. Rasche und effiziente Reparaturen sind angesagt. Wohl denen, die für ihre Methode den Nachweis diesbezüglicher Potenz längst erbracht haben.

Als Psychotherapeutin bin ich mit Menschen konfrontiert, die eine Linderung ihres Leidens erhoffen, die aber gleichzeitig ihre persönliche Leistung, mit widrigen Lebensumständen fertig geworden zu sein, gewürdigt haben wollen, die allzurache Veränderungen fürchten. Haben sie nicht die seinerzeit beste Überlebensstrategie entwickelt? Und kennen sie sich nicht selbst tausendmal besser als irgendso ein Therapeut, der Veränderungen anregen will? Die menschliche Seele ist langsamer als viele unserer technischen Errungenschaften.

Meine persönliche Berufsidentität ist langsam gewachsen. Ich erzähle davon, weil ich vermute, dass es anderen ähnlich ergangen ist. Ungern würde ich meinen Werdegang gegen den Besuch einiger Crash-Kurse über psychotherapeutische Essentials eintauschen. Psychotherapie ist in meinen Augen zumeist ein Handwerk und reift vielleicht in einzelnen Fällen zur Kunst.

Als Psychotherapeutin verdanke ich meine Kenntnisse einer Reihe von Schulen. Als Vertreterin einer Schule betone ich bestimmte Aspekte in psychotherapeutischen Prozessen, die sich in der klinischen Erfahrung als bedeutsam erwiesen haben. In meinem Fall sind dies zum Beispiel die verschiedenen Formen nonverbaler Kommunikation, sowie die körperlichen Aspekte mentaler und emotionaler Prozesse bzw. Interaktionsmuster.

Mein professioneller Werdegang begann in einer Zeit, als es noch keine etablierte Psychotherapiewissenschaft gab. Damals schloss ich mein

Psychologie-Studium an einer deutschen Universität mit der Vorstellung ab, ich müsste nun eine klinische Stelle antreten, um dort mithilfe praktischer Erfahrung Psychotherapeutin zu werden. In verhaltenstherapeutischen Techniken war ich im Rahmen meines Studiums unterwiesen worden.

Zu diesem Zeitpunkt hatte ich „verdrängt“, dass mich ursprünglich die Lektüre der Schriften von C. G. Jung zum Psychologie-Studium motiviert hatte. C. G. Jung kam an der Universität nicht mehr vor. Einzig mein jährlicher Besuch der Lindauer Psychotherapiewochen bestärkte mich darin, dass die Psychologie und Psychotherapie ein möglicherweise weiteres Feld sein könnte, als mich das universitäre Curriculum glauben machen wollte. In Lindau hörte ich Vorlesungsreihen über Psychoanalyse und erwarb erste „professionell orientierte Selbsterfahrung“ in tiefenpsychologisch fundierten und humanistischen Gruppenmethoden.

Eine klinische Stelle fand ich zunächst nicht, weil ich für das Land, in dem ich damals lebte, keine passende Staatsbürgerschaft und damit auch keine uneingeschränkte Arbeitserlaubnis hatte. Ich bekam die Möglichkeit, einige Jahre in einem Forschungsprojekt der Deutschen Forschungsgemeinschaft mitzuarbeiten. Nebenher begann ich eine Psychoanalyse. Bald danach fing ich an, mich für körperliche Aspekte der menschlichen Entwicklung und interpersonellen Interaktion zu interessieren bzw. einen Mangel bezüglich derselben in der analytischen Situation zu empfinden. Ich behandelte erste PatientInnen und streckte meine Fühler in Richtung körper(psycho-)therapeutischer Verfahren aus: Konzentrierte Bewegungstherapie, Shiatsu, Tanz und Tanztherapie, Biodynamik und Bioenergetik. Bei der Schweizerischen Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT) fand ich schließlich einen klar strukturierten Ausbildungsgang mit einem definierten Curriculum.

Ich hatte immer noch meine Forschungs-Teilzeitstelle an der Universität. Das gab mir Spielraum, langsam eine private psychotherapeutische Praxis aufzubauen. Und weil ich meine PatientInnen besser verstehen und wirksamer behandeln wollte, als dies mit meinen bis dahin erworbenen Fertigkeiten gelingen wollte, entschloss ich mich, die Ausbildung zur Bioenergetischen Analytikerin und Therapeutin zu machen. Nicht-ärztliche Psychotherapie existierte damals in der Schweiz nicht offiziell. Als Psychologin durfte ich zu jener Zeit tun, was ich wollte, ich durfte es nur nicht *Psychotherapie* nennen. Und meine PatientInnen bezahlten privat.

Der Charta-Prozess kam erst einige Jahre später in Gang. Ich fand ihn spannend und hoffnungsvoll von Anfang an. Mittlerweile existiert – von hochoffizieller Seite postuliert – neben der ärztlichen auch eine „psychologische Psychotherapie“ (Grawe 1998)*. Und nun wird gestritten, ob es auch eine theologische, pädagogische, soziologische, philosophische usw. Psychotherapie geben soll oder nicht, ob psychoanalytische, daseinsanalytische, verhaltenstherapeutische, szondianische, bioenergetische, rational emotive (250 Richtungen und mehr) Verfahren kategorial verschieden sind und einander ausschließen oder ob wir eine Konvergenz in Richtung einer allgemeinen Psychotherapie anstreben sollen. So, wie ich in der Tier- und Pflanzenwelt die Erhaltung einer möglichst großen Artenvielfalt unterstütze (anstelle der Züchtung eines Einheitstier-Prototypen, der dann in zentralen Zoos zu besichtigen wäre), bin ich der Auffassung, dass individuell unterschiedliche Therapeutenpersönlichkeiten aufbauend auf einem (meinetwegen universitär vermittelten) Grundkanon an psychotherapiewissenschaftlich relevanten Fächern eine Wahl bezüglich der Ausbildung ihrer individuellen Fähigkeiten und Stile haben sollten.

Der Bedarf an leibseelischen Heilbehandlungen, Beistand bei Lebensorientierungsfragen und persönlicher Sinnsuche dürfte so alt sein wie die Menschheit selbst. Bereits die Sumerer im 3. und 4. Jahrtausend vor Christus sollen archäologischen Funden zufolge

* Grawe K (1998) Psychologische Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen.

ge über diesbezügliches Wissen und Techniken verfügt haben. Verbunden mit dem Bedarf ist immer auch die Notwendigkeit, wirklich „Berufene“ von Scharlatanen zu unterscheiden. Gerade in der jetzigen Zeit ist das Zulassungsgerangel in den westlichen Industriegesellschaften besonders heftig und kontrovers und die herrschende Praxis z. B. der Kostenerstattungspraxis aus Versicherungsgeldern besonders ungerecht. Meine persönliche Hoffnung ist die, dass dieser Kampf die eigentliche therapeutische Arbeit nicht aus dem Zentrum der Aufmerksamkeit verdrängt.

Wirksamkeits- und Prozessforschung halte ich für unbedingt nötig. Aber der Umkehrschluss, dass, was (noch) nicht nach Kriterien der empirisch-positivistischen Wissenschaft untersucht ist, auch wirkungslos sein muss, ist sicher unredlich und falsch. Zur Zeit haben die „Forscher“ das Wort. Darf es dem Zufall überlassen bleiben, auf welche Spezies ihr Interesse fällt, womit deren Überlebenschancen steigen? Sollten nicht alle Therapierichtungen wenigstens gleiche Chancen haben, überprüft zu werden? Niedergelassene PraktikerInnen können sich nicht selbst beforstern. Die Gefahr, dass solche Studien zu einer reinen Legitimationsanstrengung verkommen, wäre zu groß. Wer ist aber heute noch unvoreingenommen genug, um das real existierende Gebiet der Psychotherapie samt allen Beteiligten umfassend zu untersuchen? Und wer wäre ausreichend unbestechlich, um nicht Steuergelder und universitäre Infrastrukturen dafür zu missbrauchen, das Gebiet der Psychotherapie unter die Hegemonieansprüche einer persönlich bevorzugten Richtung zu bringen?

Als individuelle Psychotherapeutin verdanke ich – wie oben ausgeführt – vielfältigen Einflüssen mein derzeitiges Wissen und Können und halte dessen Entwicklung für lebenslanglich nicht abgeschlossen. Körperliche Aspekte in die Psychotherapie miteinzubeziehen, ist mir ein Anliegen, das ich auch fachöffentlich vertrete. Und in diesem Zusammenhang ärgere ich mich über Verunglimpfungen oder Skotomisierungen von KollegInnen, die in einer machtpolitisch momentan günstigeren Nische sitzen. Schulen sind ja selten völlig homogen. Einzelne VertreterInnen werden leicht mit

besonders spektakulären Aspekten ihrer Richtung identifiziert, weil eine Rezeption des gesamten Wissens einer Schule selten geleistet werden kann. Auch finden innerhalb von Schulen beständig Weiterentwicklungen statt. In diesem Zusammenhang ist bloßes Etikettieren und Urteilen auf der Basis von minimalen Kenntnissen unsachlich und verletzend.

Als Körperpsychotherapeutin vertrete ich „meine“ Schule, solange ich den Eindruck habe, dass die von uns hervorgehobenen Aspekte in anderen Schulen noch nicht genügend Berücksichtigung finden. Darüber

hinaus erwarte ich, dass, auch wenn eine sich allgemein nennende Psychotherapie psychosomatisches Wissen eines Tages integriert haben wird, die historischen Wurzeln angemessen berücksichtigt werden. Das heißt, ich erwarte ein faires Zitieren von Quellen und einen respektvollen Umgang mit den dann lebenden Trägern dieses Wissens.

*Dr. Margit Koemeda
Breitenstein
Fruthwiler Strasse 70
CH-2872 Ermatingen
Tel. 0041-71-6641110*

M. Koemeda-Lutz

Une prise de position personnelle d'une analyte bioenergeticienne

En cette époque de restrictions budgétaires dans le domaine de la santé, les psychothérapeutes sont soumis à des pressions plus fortes concernant leur légitimation. Des méthodes de thérapie particulières doivent être adaptées en différenciant leurs indications. On veut réparer, rapidement et avec efficacité. Bienheureux sont ceux qui ont déjà réussi à démontrer la puissance de leur méthode à ce niveau.

En tant que psychothérapeute, je suis confrontée à des êtres qui espèrent que leur souffrance peut être atténuée mais qui, simultanément, voudraient que l'on valorise la manière dont ils ont réussi à survivre dans des circonstances difficiles et qui ont peur de changements trop rapides. N'ont-ils pas à l'époque élaboré une excellente stratégie de survie ? Et ne se connaissent-ils pas eux-mêmes mille fois mieux que n'importe quel thérapeute qui, de plus, veut les inciter à changer ? L'âme humaine fonctionne sur un rythme plus lent que nombre de nos conquêtes techniques.

C'est lentement que j'ai acquis ma propre identité personnelle. Je le mentionne parce que j'ai l'impression que d'autres ont eu une expérience similaire. Ce ne serait pas volontiers que j'échangerais cette évolution contre quelques cours intensifs sur les

aspects essentiels de la psychothérapie. A mes yeux, cette dernière est le plus souvent un artisanat qui, dans quelques cas, s'élève à la dimension d'art.

Mon savoir psychothérapeutique est issu de toute une série de courants. En tant que représentante d'une école, je mets l'accent sur des aspects spécifiques des processus psychothérapeutiques, aspects qui se sont avérés significatifs dans la pratique clinique. Il s'agit dans mon cas, par exemple, des différentes formes de communication non-verbale, ainsi que des aspects corporels de processus et de schémas d'interaction mentaux et émotionnels.

J'ai commencé ma formation professionnelle à une époque où la science psychothérapeutique ne s'était pas encore établie. Ayant terminé des études de psychologie dans une université allemande, j'imaginai qu'il faudrait maintenant que je trouve une place dans une clinique pour, en y faisant une expérience pratique, apprendre le métier de psychothérapeute. Durant mes études j'avais également appris à utiliser les techniques de la thérapie du comportement.

A cette époque, j'avais "oublié" qu'à l'origine cela avait été la lecture des œuvres de C.G Jung qui m'avait poussée à étudier la psychologie. Son

nom ne fut jamais mentionné à l'université. Mais je participais chaque année aux rencontres de Lindau (Psychotherapiewochen) et cela renforçait en moi l'idée que le champ de la psychologie et de la psychothérapie était éventuellement beaucoup plus étendu que ne le m'aurait fait croire le curriculum universitaire. A Lindau j'assistai à des séries de conférences sur la psychanalyse et commençai une première démarche d'"expérience sur soi à orientation professionnelle", dans le cadre de groupes se référant à des méthodes basées sur la psychologie des profondeurs et une approche humaniste.

Je ne trouvais d'abord pas de travail dans une clinique parce que du point de vue du pays dans lequel je vivais alors, je n'avais pas la nationalité requise et donc pas d'autorisation illimitée de travail. Mais j'eus la possibilité de travailler pendant quelques années dans le cadre du projet de recherche mis en chantier par la Deutsche Forschungsgemeinschaft. Parallèlement j'entrepris une psychanalyse. Je commençai assez rapidement à m'intéresser aux aspects corporels du développement humain et aux interactions interpersonnelles, ce qui signifie aussi que ces aspects me manquaient dans la situation analytique. Je commençai à traiter des patients et m'orientai vers les méthodes de (psycho)thérapie corporelle : thérapie par le mouvement concentré, Shiatsu, danse et thérapie par la danse, biodynamique et bioénergétique. Je trouvais finalement auprès de la Société suisse d'analyse et de thérapie bioénergétique un programme de formation clairement structuré, avec des contenus bien définis.

Je travaillais toujours à temps partiel dans la recherche menée par l'Université. Cela me donnait plus de temps pour m'établir progressivement dans mon propre cabinet de psychothérapie. Et parce que je voulais mieux comprendre mes patients et les traiter de manière plus efficace que je n'avais pu le faire jusqu'alors, je décidai de suivre la formation en analyse et thérapie bioénergétique. A cette époque en Suisse, la psychothérapie non-médicale n'existait pas de manière officielle. En tant que psychologue j'étais autorisée à travailler comme je le voulais, mais il ne m'était pas permis d'utiliser le terme de psy-

chothérapie pour désigner mes activités professionnelles. Et mes patients payaient eux-mêmes leurs factures.

Le processus de la Charte s'est engagé quelques années plus tard. Dès le début je l'ai trouvé passionnant et porteur d'espoir. Depuis, en plus de la psychothérapie médicale il existe une "psychothérapie psychologique" (Grawe 1998)* – ceci selon des milieux très officiels. Et maintenant on se dispute pour savoir s'il ne faudrait pas aussi des psychothérapies théologique, pédagogique, sociologique, philosophique etc., si les différentes procédures (psychanalyse, Dasein-analyse, thérapie du comportement, analyse selon Szondi, méthode bioénergétique etc. – j'en passe, il existe plus de 250 courants) relèvent vraiment de catégories si différentes qu'elles s'excluent mutuellement ou s'il ne vaudrait pas mieux tenter de les ramener à un axe commun, direction psychothérapie générale. Or, de même que je suis favorable au maintien d'une diversité aussi large que possible dans le monde des animaux et des plantes (au lieu de créer le prototype d'un animal universel que l'on pourrait aller admirer dans les jardins zoologiques), je pense que les thérapeutes individuels, ayant chacun leur propre personnalité, devraient pouvoir choisir comment leur formation va leur permettre de développer leurs capacités et styles individuels une fois qu'ils auront acquis un savoir de base dans les branches pertinentes par rapport à la psychothérapie – et je ne suis pas opposée à ce que cet enseignement soit donné dans les universités.

Le besoin de traitement du corps et de l'âme, de soutien au niveau de questions existentielles et la quête personnelle d'un sens sont sans doute aussi vieux que l'humanité. Selon les archéologues, les Sumériens vivant aux 3e et 4e siècles avant Jésus-Christ disposaient déjà d'un savoir et de techniques à ce sujet. Lorsqu'il y a besoin, il y a aussi nécessité de distinguer les charlatans de ceux qui sont compétents. Actuellement, les conflits entourant les autorisations d'accès à la formation et de pratique sont particulièrement virulents dans les sociétés occidentales industrialisées ; et la pratique qui règne – par rapport en

* Grawe K (1998) Psychologische Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen.

particulier au remboursement des traitements par les assurances – est singulièrement injuste. J'espère personnellement que ces luttes ne vont pas faire perdre de vue le véritable travail thérapeutique, qui devrait demeurer au centre de notre attention.

Des travaux de recherche s'intéressant aux effets et aux processus psychothérapeutiques me paraissent indispensables. Mais il est parfaitement déshonnête et faux de considérer que ce qui n'a pas (encore) été étudié sur la base des critères élaborés par les sciences empirico-positivistes ne produit pas d'effets. En ce moment, ce sont les "chercheurs" qui ont la parole. Faut-il laisser le hasard décider à quelles "espèces" ils vont s'intéresser, faisant croître les chances de survie de celles qu'ils auront choisies ? Ne faudrait-il pas que tous les courants de thérapie aient au moins les mêmes chances d'être évalués ? Les praticiens établis ne peuvent pas mener des recherches sur eux-mêmes, car le risque serait trop important que ces études ne soient menées qu'à fin de légitimation. Mais qui, aujourd'hui, est encore suffisamment dénué de préjugés pour être à même d'étudier la psychothérapie dans sa réalité, y compris tous ses participants ? Et qui serait suffisamment incorruptible pour ne pas abuser à ses propres fins des moyens financiers (impôts) et des infrastructures universitaires, en plaçant l'ensemble de la psychothérapie sous l'hégémonie du courant qu'il préfère personnellement ?

En tant que psychothérapeute individuelle je dois – comme je l'ai dit plus haut – mon savoir et mes capacités actuelles à de nombreuses influences et je considère que je devrai continuer à me développer professionnellement pendant toute ma vie. Je perçois comme important que la psychothérapie inclue les aspects corporels et je soutiens cette position dans le milieu des spécialistes. Et dans ce contexte, il m'arrive de me mettre en colère quand j'entends des collègues en calomnier et en dénigrer d'autres, simplement parce que ces derniers travaillent dans un créneau jouissant actuellement de plus de faveur de la part de ceux qui ont le pouvoir politique. Les représentants de certaines écoles sont facilement identifiés aux aspects les plus spectaculaires de leur méthode car il est rare qu'on fasse

une synthèse de tout le savoir dont dispose un courant donné. De plus, des évolutions ont lieu sans cesse au sein même des écoles. Dans ce contexte, étiqueter et porter des jugements sur la base de connaissances minimales ne peut pas être objectif – et cela est blessant.

En tant que représentante de la psychothérapie corporelle je soutien-

drai "mon" école jusqu'au moment où je n'aurai plus l'impression que les autres écoles ne tiennent pas suffisamment compte des aspects que nous avons mis en évidence. Je souhaite en outre que l'on prenne en compte de manière adéquate les racines historiques des différents courants, même une fois qu'une psychothérapie se disant générale aura inté-

gré à ses méthodes la dimension psychosomatique. Ce qui signifie que j'espère bien que les sources seront citées de manière équitable et que l'on portera respect à ceux qui disposeront encore de ce savoir.

*Dr. Margit Koemeda
Breitenstein, Fruthwiler Strasse 70
CH-2872 Ermatingen*

N. Holtz

Ein Märchen zum Thema IGGWFPI SPV

Vor langer, langer Zeit sass der Hirte Hillel mit seinen Kühen und Schafen auf der Weide. Er schaute zu, wie die Schafe frassen und die Kühe wiederkauten – und er fragte sich nicht, was sein Beruf sei und wer er sei – und die Tiere auch nicht. Wenn sein Freund Maror wütend war – und das war er immer wieder mal – kam er zu Hillel und schimpfte und stampfte. Manchmal nahm er seine Axt und hackte einen Stamm in Stücke, manchmal setzte er sich zu Hillel und weinte, bis es ihm leichter war.

Verlassen wir diese Idylle, machen wir im Zeitalter der Esoterik eine Seelenwanderung mit diesen beiden ins zwanzigste Jahrhundert. Sie sind nun Charta- anerkannte Psychotherapeuten in Neustadt in der Schweiz. Sie sitzen nicht mehr auf der Weide, sondern je in einem gepflegten Therapieaum, der mit frischen biologischen Blumen geschmückt ist. Beide wissen nach längerer sorgfältiger Ausbildung, dass sie sind und wer sie sind: Der Hirte Hillel ist Gestalttherapeut IGG und sein Freund Maror ist Integrativer Therapeut FPI.

Und jetzt gerade können sie den andern nicht leiden: Hillel will in einer Chartasitzung experimentieren. Alle sollten hier und jetzt und sofort die gespannte Gruppensituation in einer Skulptur darstellen. Maror möchte zuerst noch klären, welche der fünf Säulen seiner Identität damit gestärkt würden, und er möchte das Experiment einordnen in den tree of science und in sein Menschenbild. (Die Grenzen müssen klar sein, sonst ist sowieso kein Kontakt möglich.) Dann könnte er sich das weitere Vorgehen überlegen, schliesslich sei die Gestalt ja auch

eine Wurzel der Integrativen Therapie und sollte dementsprechend integriert werden.

Wie Sie – liebe LeserInnen – sich ja lebhaft vorstellen können, wurde das Experiment mit viel Lebenslust fallengelassen.

In den hektischen Zeiten des zwanzigsten Jahrhunderts – in denen alles viel schneller geht als je zuvor, verliessen die Seelen die beiden Therapeuten sehr bald und inkarnierten sich bereits zwei Jahre später wieder in einer völlig veränderten Landschaft. Die Seelen hatten wegen ihres doktrinären Verhaltens ihre Lebensaufgabe nicht optimal erfüllt, weshalb sie diesmal als weibliche Seelen zur Welt kamen: Hillel als Rina IGGWFPI, Maror als Mara IGGWFPI (Bei der Fusion hatten die Institute aus Traditionsbewusstsein auf neue Namen verzichtet.) Diesmal sass sie in schwesterli-

cher Eintracht als Psychotherapeutinnen an einer Chartakonferenz zusammen. Sie engagierten sich – ihrer Gestalterkunft treu bleibend – in den dazumal leider noch notwendigen Projekten gegen Gewalt, unterstützten ihre jugoslawischen KollegInnen (auch solche aus andern Schulen) wirksam, wirtschaftlich und effizient und lernten viel von ihnen.

Und dank der heilenden Beziehungen brauchte es bald keine IGGWFPI SPV PsychotherapeutInnen mehr. Die Seelen kamen zur Ruhe. Hillel und Maror hüteten wieder Schafe und Kühe auf ihrer Weide. Sie fragten sich nicht, ob sie Gestalt- oder Integrative Therapeuten oder Psychotherapeuten seien. Sie waren gut miteinander und das Leben war kreativ und heil. Nur manchmal, wenn Maror an seinen Lebenslauf dachte, spielte er mit Frust und Lust sein Psychotherapie-schulen-Darts.

*Noemi Holtz lic phil I
Psychotherapeutin SPV, SVG
Stüssistrasse 64, CH-8057 Zürich*

N. Holtz

IGGWFPI SPV – un conte de fées

Il était une fois il y a fort longtemps un berger qui gardait ses vaches et ses moutons dans un pré. Il regardait les moutons brouter et les vaches ruminer – et ne se demandait pas quelle était sa profession ni même qui il était – et ses animaux ne se posaient pas cette question non plus. Mais il avait un ami auquel il arrivait souvent de se mettre en colère – et quand il était dans cet état, il venait le voir et il vitupérait et il trépinait. Parfois il

empoignait sa hache et fendait un tronc d'arbre en mille morceaux ; et parfois il s'asseyait près de lui et il pleurait jusqu'à ce qu'il se sente mieux.

Abandonnons ces images idylliques pour entreprendre une métempyscose avec nos deux bergers, les faisant renaître au 20e siècle, âge de l'ésotérisme. Ils sont devenus psychothérapeutes reconnus par la Charte et pratiquent quelque part en Suisse. Ils ne

sont plus assis dans un pré, mais chacun dans un beau fauteuil, dans une pièce ornée de fleurs fraîches garanties sans produits chimiques. Ils ont joui d'une longue formation et savent très bien qui ils sont : le premier (son nom est Hillel) est Gestalt-thérapeute IGGW et le second (Maror) pratique la thérapie intégrative FPI.

Et en ce moment, ils se détestent : Hillel projette de mener une expérience lors d'une séance de la Charte, en demandant à tous les participants de représenter les tensions régnant parmi eux en créant sans délai une sculpture. Maror préférerait répondre d'abord à la question de savoir quel pilier de son identité – il en a cinq ! – cette entreprise renforcerait et il voudrait définir la place de cette expérience dans le « tree of science » et dans l'image qu'il a de l'être humain (il faut se démarquer, sinon tout contact est impossible). Ensuite il serait disposé à envisager l'étape suivante – après tout la Gestalt joue également un rôle en thérapie intégrative et il faudrait donc quelle soit intégrée de manière correcte.

Comme vous l'imaginerez facilement, chers lecteurs, l'expérience fut très vite abandonnée.

Mais comme au vingtième siècle tout va beaucoup plus vite qu'avant, il ne fallut pas longtemps pour que les âmes des deux thérapeutes transmigrent à nouveau et se réincarnent deux ans plus tard dans un environnement radicalement changé. Comme elles s'étaient comportées de manière trop doctrinaire, elles n'avaient pas accompli leur tâche comme il faut et c'est pourquoi, cette fois, elles se réincarnèrent dans les corps de deux femmes : celle de Hillel dans celui de Rina IGGWFPI et celle de Maror dans celui de Mara IGGWFPI (au moment de fusionner et pour ne pas manquer de respect à la tradition, les deux instituts avaient renoncé à choisir un autre nom). Et cette fois, nos deux thérapeutes participaient en toute harmonie « sororale » à une conférence de la Charte. Elles manifestaient leur engagement tout en demeurant fidèles à leurs origines Gestalt, collaboraient aux projets contre la violence que l'époque rendait malheureusement encore nécessaires, apportaient à leurs collègues yougoslaves (y compris celles pratiquant d'autres méthodes) un soutien efficace et adéquat

compte tenu de facteurs économiques – et ces dernières leurs apprenaient beaucoup de choses.

Et grâce à toutes ces belles relations porteuses de guérison, on n'eut bientôt plus besoin de psychothérapeutes IGGWFPIASP. Les deux âmes trouvèrent le repos éternel. Hillel et Maror retournèrent garder leurs vaches et leurs moutons. Ils ne se posèrent plus la question de savoir s'ils étaient thérapeutes IGGW ou FPI ou s'ils étaient psychothérapeutes. Ils se

sentait bien ensemble, se respectaient mutuellement et la vie était belle. Sauf que parfois, lorsque Maror réfléchissait à son passé, il avait soudain grand besoin de jouer aux fléchettes – en visant une cible portant l'inscription « courants de psychothérapie ».

Noemi Holtz
psychothérapeute ASP, SVG
Stüssistrasse 64
CH-8057 Zürich

F. Caspar

Therapeutische Identität und Psychotherapie-Integration

Identität bedeutet im Zusammenhang mit dem Therapeutenberuf wohl vor allem, zu wissen, wer man ist und was man kann, mit welchen Konzepten und Vorgehensweisen, vielleicht auch: mit welchen Leitfiguren und Werken man sich identifiziert. Wir gehen als Psychotherapeuten einem anspruchsvollen, oft verunsichernden Beruf nach. Ist es da nicht allzu verständlich, wenn wir Konstanz, Sicherheit suchen? Sicher, es gibt die plastischen Metaphern, wie die von der Eiche, die bricht, während das Schilfrohr sich im Sturm biegt und diesen übersteht. Aber können und wollen wir Schilfrohr sein? Kann man als jemand, der ständig sucht und sich wandelt – um eine andere Metapher zu brauchen – gleichzeitig der Fels in der Brandung sein, den viele Patienten sich wünschen?

Ist es nicht allzu verständlich, dass wir in einer komplexen Welt, oft an der Grenze der Überforderung, versuchen, durch Identifikation oder Anhängerschaft mit und bei Leitfiguren eine Identität zu schaffen, teilzuhaben an deren Sicherheit, an einem Fluidum, das ihnen zu ermöglichen scheint, mit den schwierigsten Patienten zurechtzukommen und dabei sogar noch konzeptuell den Überblick zu bewahren? Haben nicht viele von uns (natürlich nicht wir selber, aber andere) therapeutische Konzepte als Waffen entdeckt, mit denen wir uns selber besser durch die Welt schlagen

und vielleicht sogar Einfluss auf andere nehmen können?

Es gibt viele verständliche Gründe dafür, an einfachen Wahrheiten und vereinfachenden Leitfiguren festzuhalten, vor allem in berufspolitisch schwierigen Zeiten. Warum sollten Psychotherapeuten nicht so funktionieren wie andere Menschen, die unter Druck mehr noch als sonst zu klaren Positionen, zu Abgrenzung von „wir“ vs. „die anderen“ Zuflucht nehmen, zu Identifikation mit Führfiguren, welche Hoffnung vermitteln und eigene, überfordernde Auseinandersetzungen mit einer komplexen Welt abnehmen? Die in Krisenzeiten die eigene Identität stärken, indem sie durch Abgrenzung von den anderen die eigene Gruppe – wie immer die definiert sei – hervorheben. Die, aus verschiedenen Gründen selber dazu nicht in der Lage, denen zuzuhelfen, die es auf sich nehmen, Vertreter anderer Ansätze auszuhebeln und damit die Identität im eigenen Lager stärken? Ist es, bedenkt man die menschliche Natur so recht, nicht höchst unwahrscheinlich, dass es überhaupt Menschen und Psychotherapeuten geben sollte, die eigene Standpunkte ständig in Frage stellen, die auch in anderen Ansätzen Brauchbares entdecken und sich aktiv zunutze machen?

Die Identität aus Selbstbewusstsein für das, was man kann: Es soll ja Therapeuten geben, denen kein Pati-

ent zu schwierig ist, die allenfalls kurzfristig auf Irrwege kommen, um dann um so triumphaler Zugang zu Patienten zu gewinnen, gordische Knoten zu lösen, etc. Die meisten irdischen Therapeuten haben aber nur hin und wieder eindeutig geniale Erfolge, die meisten Patienten verbessern sich einigermaßen, und doch ein beträchtlicher Teil wenig oder gar nicht, von Verschlechterungen gar nicht zu reden. Aber was sind überhaupt Verbesserungen? Für unsere Psychohygiene und unsere Identität als gute Therapeuten mag es zunächst hilfreich sein, wenn wir Erfolgskriterien für jeden Patienten neu so definieren können, dass unsere Therapie zumindest nicht gerade als Misserfolg erscheint. Es ist gar nicht so schwierig, am Glauben festzuhalten, man sei ein weit überdurchschnittlich guter Therapeut, so wie eine Mehrheit der Autofahrer glaubt, sie seien überdurchschnittlich gute Autofahrer. Aber ist das wirklich eine brauchbare Quelle für ein solides Selbstbewusstsein? Behalten nicht wenigstens die Selbstkritischen unter uns insgeheim Zweifel an der eigenen Beurteilung von Erfolgen, selbst wenn es ihnen gelingt, andere von ihren Qualitäten zu überzeugen? Ich meine, eine solide Identität als Therapeut, der seinen Patienten wirklich nützt, kann man nur aufbauen, wenn man Therapieerfolge (und Misserfolge) so erfasst, dass man sich direkt mit anderen vergleichen und sich nicht selber in die Tasche lügen kann. In meiner praktischen Arbeit wüsste ich nicht, wie ich mich selber ohne laufende Kontrolle mit Fragebogen, Videobändern und ähnlichen Instrumenten vor Irrtümern einigermaßen schützen sollte, als Wissenschaftler weiss ich zum Glück, wie man solche Absicherungen (mit grosser Flexibilität, was die Kriterien betrifft, notabene) vornimmt, und als Supervisor und Vorgesetzter weiss ich, ein wie solides und gleichzeitig realistisches Selbstbewusstsein Therapeuten entwickeln, die sich von Anfang an an Qualitätssicherungsmaßnahmen gewöhnen. Zu einem Misserfolg zu stehen und daraus zu lernen, ohne dabei grundsätzlich die eigene Identität gefährdet zu sehen, setzt einige Sicherheit voraus, und ein gutes Mittel, diese zu erwerben, ist das präzise und von der eigenen Beurteilung so weit wie mög-

lich unabhängige Wissen um eigene Fähigkeiten und Leistungen in der Vergangenheit.

Eine wichtige Grundlage dafür, sich selber und die eigenen Konzepte immer wieder in Frage zu stellen, sind Konzepte, die hinter bzw. über den konkreten inhaltlichen Annahmen stehen, auf denen unsere Therapien konkret beruhen. Wenn ich mir nur gerade die konkreten Inhalte einer bestimmten therapeutischen Richtung angeeignet habe, dann würde ich alles verlieren, wenn diese in Frage gestellt werden. Wenn ich über solides psychologisches Grundlagenwissen verfüge (man mag mir das als Einseitigkeit ankreiden, aber ich halte tatsächlich diese Grundlagen auf aktuellem Stand für am wichtigsten), wenn ich zudem über methodische und wissenschaftstheoretische Kenntnisse verfüge und mir so ein eigenes Urteil über die Qualität neuer Einsichten und Konzepte bilden kann, dann kann ich auf dieser Basis relativ gelassen vieles Liebgewonnenes und bis dahin Unhinterfragtes zur Debatte stellen. Ich kann auch über den Gartenzaun schauen und anerkennen, dass es Therapeuten anderer Couleur gibt, die ebenfalls scharfsinnige Beobachtungen und kluge Gedanken und vielleicht sogar solide empirische Belege dafür anbieten können. 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. Diese Identität sollte nach meiner Überzeugung auf einer soliden Kontrolle der eigenen Praxis, auf Konzepten, die weit über traditionel-

le Therapieschulen hinausgehen und auf dem Prinzip des ständigen, fundierten Wandels beruhen. Eine Identität auf der Basis solcher Prinzipien zu bilden und zu pflegen, ist weit anspruchsvoller als eine Identitätsbildung aufgrund der Identifikation mit einfachen Wahrheiten und glorifizierten Führerfiguren. Das ist in der Psychotherapie nicht anders als in der Politik. In Kanada versuchen die Bürger, sich nicht mit einer Ethnie zu identifizieren, sondern mit dem Prinzip der Multi-Ethnizität. Das ist schwierig und erleidet immer wieder Rückschläge, wenn es gelingt aber ungleich zukunftsträchtiger.

Erwarten wir das nicht auch von unseren Patienten, dass sie lernen, sich in Frage zu stellen, sich anderen Meinungen zu öffnen, sich verunsichern zu lassen, zu einfache Wahrheiten über Bord zu werfen und sich den Anforderungen des Lebens entsprechend immer wieder zu wandeln? Vielleicht sollten wir einfach den erfolgreichen unter unseren Patienten nacheifern. Dann sollte es doch auch uns gelingen, eine Identität als selbstkritischer, im guten Sinne integrativer Therapeut zu entwickeln. Zahlen belegen, dass weltweit immer mehr Therapeuten integrativ arbeiten und sich dabei wohlfühlen – und dennoch kommt mir das Skizzierte oft wie eine rührende, aber unrealistische Vision vor, etwa wie John Lennons „Imagine“. Aber gibt es denn wirklich eine zukunftsträchtige Alternative?

*Franz Caspar, Prof. Dr. phil.,
Lehrstuhl Klinische Psychologie und
Psychotherapie Universität Freiburg
Belfortstraße 38
D-79098 Freiburg i.Br.*

F. Caspar

Identité thérapeutique et intégration de la psychothérapie

En rapport avec la profession du thérapeute, 'identité' implique sans doute principalement que ce dernier sait qui il est et ce dont il est capable, par le biais de quels concepts et procédures, mais peut-être aussi : quelles personnes et quelles oeuvres lui servent-

elles de modèles ? Notre profession est exigeante et souvent désécurisante. On ne comprend donc que trop bien que nous recherchions la constance, la sécurité. Cette dernière pourrait être exprimée par des métaphores imagées, comme celle du ro-

seau qui contrairement au chêne, se tord dans la tempête sans se briser. Mais pouvons-nous et souhaitons-nous être des roseaux ? En tant qu'individus en quête et en transformation permanentes – pour utiliser une autre métaphore – pouvons-nous être aussi le roc résistant aux brisants, comme le voudraient de nombreux patients ?

Il est d'autre part parfaitement compréhensible que dans un monde complexe, qui souvent nous dépasse presque, nous tentions de participer à un sentiment d'identité, de partager de ce fluide qui semble permettre à nos modèles de travailler avec des patients difficiles – et même de s'y retrouver au niveau conceptuel. N'est-il pas incontestable que nombre d'entre nous (pas nous, bien sûr, mais d'autres) ont découvert que les concepts thérapeutiques peuvent servir d'armes nous permettant de mieux maîtriser le monde et même d'exercer une influence sur autrui ?

Il y a en outre beaucoup de raisons plausibles à ce que nous demeurions fixés sur des vérités simples et sur des « maîtres » aux modèles simplistes, surtout en cette époque difficile au niveau de la politique professionnelle. Pourquoi les psychothérapeutes ne fonctionneraient-ils pas comme monsieur Tout-le-monde qui, lorsque les pressions augmentent, tend encore plus que d'ordinaire à adopter des positions simples, à se réfugier dans un « nous » s'opposant « aux autres », à s'identifier avec des dirigeants qui promettent l'espoir et qui lui évitent de s'affronter trop directement à la complexité du monde ? Qui en temps de crise, réaffirme sa propre identité en démarquant son propre groupe – quelle que soit la définition de ce dernier – du reste. Qui pour diverses raisons n'est pas capable d'apporter son soutien à ceux qui ont le courage de s'affronter aux représentants d'autres approches et qui donc ne fait que renforcer l'identité de son propre camp ? Si l'on tient vraiment compte de la nature humaine, ne paraît-il pas assez improbable qu'il existe des êtres et des psychothérapeutes qui ne cessent de remettre en question leur propre point de vue, qui découvrent des éléments utiles dans d'autres approches et qui les exploitent activement ?

Identité en tant que conscience de ce dont l'on est capable : il paraît qu'il

existe des thérapeutes qui ne trouvent aucun patient trop difficile, qui bien sûr connaissent parfois de brefs échecs mais qui toujours, retrouvent triomphalement le moyen de se reconnecter au patient, de trancher le noeud gordien, etc. Or, la plupart des thérapeutes travaillant en ce bas monde n'ont que rarement l'occasion de remporter des succès vraiment géniaux ; l'état de la plupart des patients s'améliore plus ou moins, mais il en est d'autres pour lesquels ce n'est pas le cas – sans parler de ceux qui vont finalement plus mal qu'avant. Mais que signifie « s'améliorer » ? Du point de vue de notre hygiène psychique et de notre identité de bons thérapeutes, il peut sembler utile de redéfinir des critères de succès pour chaque patient de manière telle que notre traitement ne puisse au moins pas être qualifié d'échec. Il n'est pas très difficile de demeurer convaincu que l'on est un thérapeute au-dessus de la moyenne – comme la majorité des conducteurs qui croient qu'ils conduisent de manière supérieure à la moyenne des autres. Mais cette conviction peut-elle vraiment servir de base à une solide confiance en soi ? Ceux qui parmi nous tendent à l'auto-critique ne continuent-ils pas en secret à douter que ce qu'ils considèrent comme des succès l'est vraiment, même lorsqu'ils réussissent à convaincre d'autres qu'ils offrent des traitements de qualité ? Ce que je veux dire c'est que pour acquérir une identité solide, en tant que thérapeute vraiment utile à ses patients, il faut que l'on saisisse la notion de succès (et d'échec) thérapeutique par le biais d'une comparaison directe avec d'autres, faute de quoi on risque de se faire des illusions. Au niveau de mon travail pratique je ne sais vraiment pas comment je pourrais éviter certaines erreurs si je ne disposais pas de moyens qui me permettent de continuellement contrôler mon travail : questionnaires, enregistrements vidéo et autres instruments de ce type. En tant que scientifique, je sais heureusement comment procéder (tout en demeurant très flexible, notons-le, au niveau des critères appliqués) et en tant que superviseur et supérieur hiérarchique, je sais 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 eux – à un niveau réaliste, il va sans dire. Assumer la responsabilité d'un échec et en tirer des leçons sans risquer de perdre sa propre identité professionnelle présuppose une certaine assurance et un excellent moyen d'acquiescer cette dernière est une prise de conscience de ce que l'on peut faire et de ce que l'on a fait par le passé, le tout mesuré de manière précise et aussi indépendante que possible de jugements subjectifs. Ceci permet aussi de constamment remettre en question les concepts qui sous-tendent ou recouvrent notre travail concret, donc nos propres concepts. Si je n'ai une formation que dans un seul courant de thérapie (y compris ses contenus concrets), je perds tout au moment où ce dernier est mis en question. Si je dispose d'un savoir de base solide en psychologie (et l'on pourrait me reprocher d'être partial, mais il est de fait que je considère qu'actuellement c'est ce savoir qui est le plus important) et si en plus j'ai de bonnes connaissances au niveau théorique et épistémologique, qui me permettent d'évaluer la qualité d'idées et de concepts nouveaux, je peux avoir une attitude ouverte par rapport à ce qui m'est familier et accepter un débat sur ce que je n'avais jusqu'alors pas mis en question. Je peux aussi découvrir ce qui n'est pas dans mon propre village et admettre que des thérapeutes utilisant d'autres approches font des observations judicieuses et ont des idées intelligentes et sont peut-être même en mesure d'en fournir preuve empirique. 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 mérites mais en nous laissant travailler à élaborer une nouvelle identité. Je suis convaincu que cette nouvelle identité doit se fonder sur un contrôle solide de la pratique, sur des concepts indépendants des différents courants traditionnels et sur le principe d'une évolution constante et bien fondée. Développer et entretenir une identité sur la base de ces principes exige beaucoup plus qu'une simple identification avec des vérités simplistes et des « maîtres » glorieux. Il en va en psychothérapie comme en politique. Au Canada les citoyens tentent de ne

pas s'identifier à une ethnie et de soutenir le principe de la multi-ethnicité. Il s'agit là d'une entreprise difficile et qui connaît de fréquents échecs ; mais lorsqu'elle réussit, elle ouvre de formidables perspectives d'avenir.

N'attendons-nous pas de nos patients qu'ils apprennent à se mettre en question, à s'ouvrir aux opinions des autres, à se laisser désécuiser, à jeter par dessus bord toutes les vérités simplistes et à évoluer en fonction

des exigences posées par la vie ? Peut-être devrions-nous imiter ceux de nos patients qui ont réussi leur démarche. Nous devrions alors arriver à nous créer une identité de thérapeutes (auto-)critiques, qui intègrent les méthodes dans un sens positif. Les chiffres montrent que dans le monde entier des thérapeutes en nombre croissant travaillent de cette manière et s'en sentent bien – et pourtant par moments, mon

esquisse des éléments de cette démarche me paraît trop ressembler à une vision peu réaliste, à un écho de la chanson « Imagine » de John Lennon. Mais avons-nous vraiment d'autres possibilités d'avenir ?

*Franz Caspar, Prof. Dr. phil.
Lehrstuhl Klinische Psychologie und
Psychotherapie Universität Freiburg
Belfortstraße 38
D-79098 Freiburg i.Br.*

Bericht aus der Schweizer Charta für Psychotherapie

Nachdem 1997 beschlossen wurde, die Charta und den SPV zu entflechten, fand im Januar 1998 die Gründungsversammlung des Vereins „Schweizer Charta für Psychotherapie“ statt (s. Psychotherapie Forum Nr.1/98). Die Mitgliedorganisationen haben beschlossen, die Statuten des neuen Vereins zu ratifizieren und bei der Charta zu bleiben. Am 29. August 1998 hat die erste ordentliche Versammlung stattgefunden.

Der Text der Charta musste der neuen Situation angepasst werden, weil die bisherigen Übereinkünfte mit dem SPV aufgehoben wurden. Die Gelegenheit wurde dazu benutzt, den ganzen Text einer äusserlichen Revision zu unterziehen. Inhaltliche Veränderungen wurden dabei keine vorgenommen, ausser dass Beschlüsse, welche im Laufe der Jahre gefasst wurden, in den neuen Text übernommen worden sind. Auch nach der Überarbeitung und Streichung von historisch überholten Passagen zeigt sich, dass der Text an Aktualität nicht verloren hat, sondern immer noch die gleiche Zukunftsorientiertheit ausstrahlt. Mit dem letzten Versand des Forums haben Sie die neue Charta zugestellt bekommen.

Die Ablösung vom SPV hat bewirkt, dass ein neues Mitglied, die Bündner Vereinigung für Psychotherapie (BVP) aufgenommen werden konnte, welche ein Jahr zuvor wegen berufspolitischer Differenzen aus der Delegiertenkammer des SPV ausgetreten war. Dieser Beitritt ist insofern von Bedeutung, als sich die Ärzte in der BVP verpflichtet haben, nach einer Übergangsfrist für die noch in Ausbildung befindlichen ärztlichen PsychotherapeutInnen ebenfalls die Ausbildungsrichtlinien der Charta zu übernehmen.

Verschiedene neue Strukturen mussten geschaffen werden. Es entstand eine Aus- und Weiterbildungskommission unter dem Vorsitz von Irene Lüscher, welcher der Zulassungsausschuss (für AusbildungskandidatInnen mit anderen akademischen Grundausbildungen als Psychologie oder Medizin), der Gewährleistungsausschuss (überprüft die Einhaltung der Abmachungen in den Mitgliedorganisationen), der Fortbildungsausschuss und das Ergänzungstudium Psychotherapiewissenschaften angegliedert sind. Die Wissenschaftskommission steht unter der Co-Leitung von Rudolf Buchmann und Mario Schlegel. Sie organisiert

das Forschungskolloquium, welches die Forschung unter den Charta-Mitgliedern koordinieren und eine Wissenschaftscharta erarbeiten soll. Im wissenschaftlichen Teil dieser Nummer finden Sie die neue Rubrik „Abstracts“, welche durch das Kolloquium angeregt wurde. Die Ethikkommission, unter der Leitung von Karl Bruder, deckt den dritten Kernbereich der Charta ab. Die LeiterInnen der Kommissionen sind gleichzeitig Mitglieder des Vorstandes.

Die Charta ist neu auch Mitherausgeberin des Psychotherapie Forums. Verantwortlicher Redaktor für die Charta ist Mario Schlegel, für den SPV Markus Fäh. Es ist auch beschlossen worden, das Konzept der Zeitschrift mehr auf die Bedürfnisse der PraktikerInnen auszurichten (s. Editorial Nr. 1/99).

Alle TherapeutInnen, welche den in der Charta organisierten Institutionen angehören, helfen bei der Finanzierung des Chartavereins mit. Der Betrag ist so festgelegt worden, dass die jährlichen Kosten für die verschiedenen Mitgliedschaften wenn möglich nicht höher sein sollten als bisher.

Mario Schlegel

Nouvelles de la Charte suisse pour la psychothérapie

La décision ayant été prise en 1997 de désengager la Charte de l'ASP, une assemblée constitutive de l'association « Charte suisse pour la psychothérapie » a eu lieu en janvier 1998 (cf. Psychothérapie Forum 1/98). Les associations membres ont décidé d'en ratifier les statuts et de continuer à faire partie de cet organisme. Sa première assemblée ordinaire a eu lieu le 29 août 1998.

Le texte de la Charte a dû être adapté à la nouvelle situation puisque les accords liant cette dernière à l'ASP étaient devenus caducs. On a également profité de cette occasion pour le revoir d'un point de vue stylistique, tout en maintenant le contenu tel quel – exception faite des décisions qui avaient été approuvées au cours des ans et qui devaient y être intégrées. Une fois certains passages ne correspondant plus à la situation actuelle éliminés, il est clairement apparu que le texte n'avait rien perdu de son actualité et que son ouverture vers l'avenir demeurait évidente. Vous avez reçu copie de la version révisée en annexe du dernier Forum.

La distance prise par rapport à l'ASP a fait qu'une association a déci-

dé de (re)devenir membre ; un an plus tôt, la Bündner Vereinigung für Psychotherapie (BVP) avait démissionné de la chambre des délégués de l'ASP, car elle n'était pas d'accord avec la politique professionnelle pratiquée par cette dernière. Cette adhésion est importante du fait que les médecins membres de la BVP se sont engagés à reprendre les directives de formation émises par la Charte, après un délai transitoire devant permettre aux psychothérapeutes médecins encore candidats de terminer leur formation.

Plusieurs nouvelles structures ont dû être mises en place. Une commission de formation et de perfectionnement a été créée (présidente : Irene Lüscher). Elle comporte plusieurs délégations : comité d'admission (qui traite des cas des candidats dont la formation de base n'est ni la psychologie, ni la médecine), comité des normes (vérifie que les associations membres respectent les conventions), comité de perfectionnement et filière complémentaire en sciences psychothérapeutiques. La commission scientifique est co-présidée par Rudolf Buchmann et Mario Schlegel ; c'est elle qui organise le colloque de recherche

permettant de coordonner les efforts entrepris dans ce domaine par les associations et c'est aussi elle qui a été chargée d'élaborer une Charte scientifique. Le cahier scientifique du présent numéro comporte une nouvelle rubrique intitulée « Abstracts » ; elle a été créée sur proposition du colloque. Une commission de déontologie (président : Karl Bruder) s'occupe du troisième domaine central à la Charte. Les président/es des commissions sont simultanément membres du comité.

De plus, la Charte collabore maintenant à la publication du Psychothérapie Forum. Rédacteurs responsables : pour la Charte, Mario Schlegel et pour l'ASP, Markus Fäh. On a décidé de mieux adapter la conception du Forum aux besoins des praticiens (cf. Editorial 1/99).

Tous les thérapeutes affiliés aux institutions membres de la Charte contribuent au financement de l'association du même nom. Le montant de cette contribution a été fixé de manière telle que le total des différentes cotisations demeure au même niveau que par le passé.

Mario Schlegel

Letzte Nachricht / Dernière nouvelle

Die Psychotherapeuten in der Schweiz können aufatmen. Am 31. Mai 1999 hat nun auch der Nationalrat bei der Beratung des *Mehrwertsteuergesetzes* die Leistungen der *Psychotherapie generell als Heilbehandlung anerkannt* und damit die *Patienten von der Mehrwertsteuer befreit*. Details dazu folgen in der nächsten Ausgabe des Psychotherapie Forum, ebenso Informationen

über den Stand der Pilotprozesse gegen die derzeit noch gültige bundesrätliche Verordnung über die Mehrwertsteuer.

Ernst Spengler

Soulagement pour les psychothérapeutes travaillant en Suisse : le 31 mai 1999 le Conseil national a délibéré de la *loi sur la TVA* et a, lui aussi, *reconnu la psychothérapie en tant que traite-*

ment médical, ceci à un niveau global. *Ses traitements sont donc exclus du champ de l'impôt*. Plus de détails à ce sujet dans le prochain numéro du Psychothérapie Forum, avec également des informations concernant l'état des procédures pilotes menées actuellement à titre de recours contre l'ordonnance TVA du Conseil fédéral qui demeure en vigueur.

Ernst Spengler

Editorial

Grenzen: Psychotherapie in Zeiten des Krieges in Europa – und seit dem Inkrafttreten des deutschen Psycho- therapeutengesetzes. Viele Fragen



Liebe Leserin, lieber Leser,

als Koordinatorin des deutschen Teils des *Psychotherapie Forum Supplements* freue ich mich, Sie heute hier begrüßen zu dürfen, nachdem Cornelia Krause-Girth in den wissenschaftlichen Teil dieser Zeitschrift übergewechselt ist. Zunächst einmal möchte ich ihr danken für ihr Engagement für den DVP im Rahmen dieses Fachjournals. Ich wünsche ihr für ihre weitere Tätigkeit viel Freude und Erfolg.

Eine weitere personelle Veränderung hat es gegeben: Inge Rosenbaum-Munsteiner ist aus gesundheitlichen Gründen aus dem Vorstand ausgeschieden. Ihr verdanken wir einen hochqualifizierten und engagierten Einsatz für die interdisziplinäre Psychotherapie und die akademischen PsychotherapeutInnen. Wir verlieren ein engagiertes Mitglied aus unserem Vorstand. Wir danken ihr und wünschen ihr für ihr weiteres Leben alles Gute und vor allem gute Gesundheit.

Soweit zu den Angelegenheiten in eigener Sache.

Wir im DVP stehen für eine Psychotherapie im Europäischen Verband. In Europa ist Krieg. Ein sogenannter Krieg für Freiheit, Menschenwürde, Demokratie und Frieden. Wenn wir von dem gemeinsamen Auftrag des Kampfes für diese Werte sprechen (s. Editorial in Heft 6/4/1998), so stellt sich mir die Frage, welche Aufgaben der Psychotherapie zukommen in diesem Konflikt.

Viele von uns tun sich schwer damit, Deutsche zu sein angesichts der Tatsache, dass Deutschland wieder

beteiligt ist an einem – dazu gesetzeswidrigen – Angriffskrieg gegen Jugoslawien, mit einem unermesslichem Ausmaß menschlicher Aggression und Zerstörungsgewalt, unbeschreiblichem Leid und großer Not in der Folge. Wir wissen nicht, welche Wunden geschlagen werden in unsere gemeinsame europäische Sache, den Zusammenhalt der Psychotherapie, das Begründen eines gemeinsamen Berufsbildes des Psychotherapeutenberufes in Europa. Ich weiß nicht, inwieweit psychotherapeutisches Wissen Einfluss genommen hat in politische Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Kosovo-Konflikt, wo es auf der Hand liegt, dass psychologische Phänomene u.a. bei den politischen Machträgern für das Entstehen dieses Krieges eine entscheidende Rolle spielen. In jedem Fall ist die Initiative des EAP zu begrüßen, einen festen beratenden Sitz im Europarat zu beanspruchen, wie es in Straßburg beim Ethik-Symposium im März d.J. – kurz vor Beginn der Bombardements auf Jugoslawien – angestrebt wurde. Leider können wir den Bericht über dieses Symposium aus terminlichen Gründen in diesem Heft nicht drucken, es ist jedoch für die nächste Nummer vorgesehen.

Von den Widersprüchlichkeiten des PTG hinsichtlich Anspruch und Wirklichkeit handeln die drei von Ulrich Sollmann in dieser Ausgabe veröffentlichten Artikel.

Ich wünsche Ihnen allen eine interessante Lektüre.

Gisela Steinecke

U. Sollmann

Was macht Psychotherapie aus?

Sozialwissenschaft statt Naturwissenschaft

Schon Freud zeigte in seinem Artikel „zur Frage der Laienanalyse“ an Gefahr, dass eine bestimmte Blickrichtung, wie zum Beispiel die auf das Stofflich-Körperliche in der Medizin, eine dem seelischen Gegenstand angemessene Perspektive verhindert. Laien besitzen nach Freud eher die Voraussetzungen zur Ausübung der Analyse und damit zum Perspektivenwechsel als ein auf ein materialistisch-positivistisches Weltbild ausgerichteter Naturwissenschaftler (Report Psychologie Nr. 2/98, S. 187 ff). Dieses Zitat macht die Thematik und eine zentrale hieraus resultierende Problematik der Psychotherapie nach Inkrafttreten des PTG deutlich. Die Arbeit mit der Psyche, sprich psychotherapeutische Behandlung, bedingt nämlich ein breites Spektrum unterschiedlicher Blickrichtungen und Herangehensweisen. Von Anfang an sind daher zwei Aspekte des PTG als besonders kritikwürdig anzusehen:

- Psychotherapie darf nicht nur von einer Berufsgruppe, sprich den Ärzten, ausgeübt werden.
- Ein Naturwissenschaftler ist in keinsten Weise per se beruflich prädestiniert, Psychotherapie zu machen.

Das PTG und die hierdurch festgeschriebene psychotherapeutische Berufspraxis bzw. die sich hieraus ergebenden Berufsbilder widersprechen diesen Aspekten. Der Grundberuf des Diplom-Psychologen, wie er im PTG gefordert ist, basierte oft auf einem eher naturwissenschaftlich ausgerichteten Studium. Dies wird laut PTG als psychotherapie-relevantes Grund-Studium akzeptiert, obwohl ein Student bei einem solchen Curriculum das Diplom erlangen konnte, ohne jemals psychotherapie-relevante Fächer studiert zu haben. Ferner wird der psychologische Psychotherapeut durch das PTG über das Integrationsmodell in das Berufsrecht der Ärzte eingereiht. Er ist somit Mitglied gerade der Gruppe, die von Freud und anderen namhaften Psychotherapeuten nach Freud, kritisch beäugt wird. Selbst der

BDP/VPP betonen, dass es nicht so wichtig sei, ob die Seelenbehandlung „von einem Schamanen, einem Pädagogen, einem Arzt oder einem Psychologen durchgeführt wird“ (Report Psychologie 2/98). Im gleichen Artikel wird unterstrichen, dass die Kategorien ärztliche und psychologische Psychotherapeuten lediglich unter Standesgesichtspunkten relevant seien. „Von fachlicher Seite aus gibt es für diese Zweiteilung keinerlei Begründung, ihre Festschreibung durch das geplante Psychotherapeutengesetz stellt vielmehr das Zünftesystem über die fachlichen Ansprüche einer optimalen Versorgung“ (Report Psychologie 2/98).

Die „Verberuflichung“

Es ist deutlich, dass die Psychologie in ihrer *Entwicklung als Profession* eine für Soziologen nicht überraschende Entwicklung durchlaufen hat. Die „Verberuflichung“ (ebenso wie die von Juristen, Ärzten, Architekten usw.) wird durch die *Verwissenschaftlichung, die Institutionalisierung* und das *Expertentum gekennzeichnet*. Ernst-H. Hoff unterstreicht im Report Psychologie (1/98), dass jedoch die innere Entwicklungsdynamik der Professionalisierung, wie sie sich für die Psychologie aufzeigen lässt, die bisherigen Vorteile in Nachteile hat umschlagen lassen (Report Psychologie 1/98, S. 18). Gerade die naturwissenschaftliche Orientierung, die oft die Studiengänge geprägt hat, wird „dem Wandel und der Komplexität vieler psychologischer Phänomene immer weniger gerecht und verliert an Glaubwürdigkeit“ (S. 19). Will der Berufsstand des Psychotherapeuten sich im Sinne einer „positiven Professionalisierung ‚entwickeln‘, muss an die Stelle der stärker naturwissenschaftlich ausgerichteten Orientierung eine sozialwissenschaftliche Orientierung und damit eine Zunahme an Reflexivität“ treten (S. 19). Hoff führt im einzelnen aus, dass die naturwissenschaftliche Orientierung der Psychologie, auf die sich das Diplom einer Großzahl von Diplompsychologen stützt, in der heutigen Zeit vor einer Menge von Problemen steht.

Hoff sagt, dass Orientierungslosigkeit, Unübersichtlichkeit, Beziehungslosigkeit, Unglaubwürdigkeit, Überspezialisierung und rigide Überstrukturierung vorherrschen. Diese Probleme behindern eine sozialwissenschaftlich-reflexive Ausrichtung, eine an komplexen Prozessen orientierte und kritisch eingestellte Psychologie, die in ihrer Praxis strukturiert aber flexibel, integrativ und auf das Praxisgeschehen spezialisiert ist.

Die Professionssoziologie sagt daher (und es trifft im besonderen Maße für die Psychologie/Psychotherapie zu), dass „die Tatsache, dass die Psychologie nicht mehr mit dem Anspruch auftreten kann, eine objektive und verlässliche Wahrheit, sondern allenfalls eine Pluralität von vergänglichen Wahrheiten anzubieten, zu jener Reflexivität zwingen kann“, die gerade durch die Sozialwissenschaften garantiert ist. Gibt es diese Reflexivität, wäre die Grundlage für Professionalität insoweit gegeben, als Erklärungen und Interpretationen bereitgestellt werden, die *zu Vergleichen anregen, anregen zum Abwägen von Angemessenheit, zur Integration in der Praxis usw. ... Dies wird laut Hoff gerade im Bereich Psychologie nicht gewährleistet*. Dies wurde, so Hoff, durch die Entwicklung der psychologischen Institutionen, die wissenschaftlichen Gesellschaften und berufsständischen Organisationen bedingt, „die nicht zuletzt der Interessenvertretung der Profession dient“. Anders ausgedrückt: *je stärker sich diese berufsständischen Organisationen entwickeln, je stärker also die Eigen-dynamik dieser Entwicklung wird, desto weiter entfernen sich diese Organisationen vom Objekt ihrer Arbeit: nämlich dem Patienten*. Bekanntester Ausdruck von Professionalisierung sind sicherlich die akademischen Zertifikate und Titel, die zugleich auf eine Institutionalisierung und „Durchstrukturierung der individuellen Lebensläufe“ verweisen (Hoff, S. 21). Es ist nicht unschwer zu erkennen, dass die Forderung, der Diplomstudiengang in Psychologie müsste eine inhaltlich psychotherapie-relevante Qualifikation sein, also aus der Berufspraxis und den hiermit verbundenen Voraussetzungen resultieren, ins Leere geht. Schaut man genau hin, ist der Studiengang eher

ein Ergebnis der Institutionalisierung und Interessenvertretung der psychologischen Profession. Dieser Prozess beginnt, und das muss betont werden, schon sehr früh im Studium.

Hoff schlägt daher in der Mitgliederzeitschrift des BDP (Man höre und staune) folgendes vor, um sich auf die Zukunft des Expertentums (Psychologie / Psychotherapie) vorzubereiten:

„Deshalb wird für eine künftige Phase der Professionalisierung plädiert, die sich durch eine neue (Meta) Ebene der Flexibilität und Kommunikation auszeichnet. Verwissenschaftlichung würde dann auch den stärkeren Einbezug sozialwissenschaftlicher Traditionen sowie Vergleich, Austausch und Vermittlung angesichts einer Pluralität wissenschaftlicher Orientierung bedeuten“ (Hoff, S. 24).

Eine fortschrittliche Psychologie ohne die Einbettung in einen sozialwissenschaftlichen Kontext ist daher für ihn nicht denkbar. *Ein rein psychologischer Zugang stellt somit keine psychotherapierelevante Grundqualifikation dar.*

Integration in die Berufswelt der Ärzte

Das PTG stellt also leider einen weiteren Schritt der psychologischen Professionalisierung in die falsche Richtung dar. Die Tatsache, dass die psychologischen Psychotherapeuten sich in die Berufswelt der Ärzte einfügen müssen, heißt, dass sie auch die auf sie zukommende „ärztliche“ Rechtsauffassungen zur Kenntnis nehmen müssen. *„So galt [bislang, d.V.] alles heilkundliche Wissen nach standesrechtlicher, ärztlicher Auffassung als ärztliches Wissen.“* Wenn die Wissenschaft der Psychologie heilkundlich wirksames Wissen produziert hatte, so war dies quasi medizinisches Wissen und der Medizin zu subsumieren. Psychologie konnte – nach dieser Auffassung – nur als Grundlagenwissenschaft anwendungsrelevante Erkenntnisbestände dem Berufsträger „Arzt“ zur Verfügung stellen (Report Psychologie 2/99, S. 109). Dies heißt für die Versorgung, dass sich auch psychologische Psychotherapeuten in soweit in Zukunft sachgerecht verhalten, „wenn sie die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Grundlage nehmen. Diesem Erfordernis wird durch die Heranziehung von Kassen-

ärzten Rechnung getragen (denn) bei Ihnen ist auf Grund ihrer medizinischen Ausbildung der Ablegung von Staatsprüfungen der Approbation und der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit ausreichende Gewähr für die bestehende erforderliche Sachkunde gegeben“ (ebenda). Diese sowie weitere Regelungen machen deutlich, *„dass die ärztliche Behandlung der Kernbestandteil der kassenärztlichen Versorgung ist und nicht isoliert als Einzelleistung gesehen werden kann, die beliebig durch Maßnahmen anderer Personen (Berufsgruppen) ersetzbar wäre“* (ebenda). Hockel macht deutlich, dass sowohl die ärztliche Behandlung als auch die Behandlung des psychologischen Psychotherapeuten jeweils ein Konstrukt ist. *Sie sind vom Menschen und von Berufsgruppen geschaffen und nicht von dem Gegenstand der Arbeit, sprich den Patienten und seiner Krankheitssymptomatik geprägt.* In diesem Zusammenhang führt er aus, dass *nur Ärzte definieren, was ein kranker Mensch sei.* Es bleibt offen, wie die Begriffe Krankheit, ärztliche Behandlung und „was ist behandlungsbedürftig“ im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien entwickelt werden. Es „hängt auch von der Kernentscheidung ab, ob die psychotherapeutische Behandlung analog zur ärztlichen Behandlung gesehen wird oder als eine schmalspurärztliche Tätigkeit, die vorgegebene ‚Verfahren‘ anwendet“ (Hockel, S. 111). Es wird also *deutlich, dass weder die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Gegenstand, sprich Studium, noch die konkrete Arbeit mit dem Patienten die Begriffe Arbeit und Therapie definieren, sondern das dies durch einen Berufsstand und dessen restliche Einbettung in das Gesellschaftssystem erfolgt.*

Hockel verweist in diesem Zusammenhang auf den Unterschied der psychologischen Sachkunde und der ärztlichen Sachkunde, einen Unterschied der mit Sicherheit besteht. Die psychotherapeutische Sachkunde müsste demnach auch anders definiert sein. Und doch ist gerade die Psychologie/der psychologische Therapeut mit der *Legaldefinition: Ausübung von Heilkunde konfrontiert.* Diese schloss bislang (vor Inkrafttreten des PTG) lediglich Ärzte und Heilpraktiker ein. *Andere methodische,*

heilsame Beeinflussungen psychisch erkrankter/gestörter Personen auf der Grundlage anderer Fachwissenschaften (z.B. medizinisch, psychologisch, pädagogisch u.a.) waren per Gesetz ausgeschlossen. Wird, so die Sorge Hockels, die psychologische Psychotherapie durch das Integrationsmodell „verärztlicht“, bleibt alles wie beim alten. Daher plädiert er für die Perspektive eines *interdisziplinären Faches Psychotherapie, in dem unterschiedliche Fachdisziplinen und Berufsgruppen zusammen wirken.* Er verweist in diesem Zusammenhang auf das *österreichische Modell.*

Die Entwicklung des PTG zeigt die *starke Einflussnahme des BDP, sprich einer psychologischen Interessenvertretung, auf den Gesetzgeber.* Wurde im ersten Referentenentwurf 1978 noch vom nicht-ärztlichen Psychotherapeuten gesprochen, ist ab Ende der 80er Jahre der psychologische Psychotherapeut Grundlage der Gesetzesinitiative.

Diese wiederum ist durch das starke Bemühen des BDP in Gang gesetzt worden, und nicht primär durch die Politiker und den Gesetzgeber. Die wohl einzige eigenständige Leistung des Gesetzgebers bei der Gestaltung/Verabschiedung des PTG ist die Verpflichtung auf das Integrationsmodell, das sowohl Ärzte als auch Psychologen ablehnen.

Psychotherapeutische Berufsfelder

Was sagt aber die psychotherapeutische Praxis sowie die praxisrelevante Forschung, wenn nämlich Psychotherapeuten selbst befragt werden, zur Psychotherapie-Qualifikation? Nimmt man die unterschiedlichen „psychotherapeutischen Berufsfelder, gibt es entsprechend der Patientengruppe“ eine unterschiedliche Gewichtung der Berufsgruppen (Psychotherapeuten).

In der Suchttherapie sind mehr als $\frac{2}{3}$ aller Psychotherapeuten Nicht-Ärzte und Nicht-Psychologen. Eine Befragung bei den Lindauer Psychotherapiewochen (dem ältesten und größten Psychotherapie-Kongress im deutschsprachigen Raum) zeigt sich, dass 1996 35,1% Ärzte, 37,1% Psychologen, 20,1% Sonstige und 7,6% ohne Angaben teilgenommen hatten. Nimmt man nur die Gruppe der

„Sonstigen“ liegt die Vermutung nahe, dass $\frac{1}{5}$ aller Psychotherapeuten Nicht-Ärzte und Nicht-Psychologen sind. Dies ist im Zusammenhang mit der Forderung verschiedener Fach- und Berufsgruppenverbände zu sehen, die der letzten Anhörung zum PTG im September 1997 die Aufhebung der Einschränkung auf den Diplom-Psychologen als einzigem Grundberuf vorgetragen wurde. (Insbesondere erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist der BAPt* mit seiner Informationspolitik.)

Selbstverständnis der Therapeuten

Wie sehen sich die Psychotherapeuten aber selbst? Hierzu gibt es international angelegte Untersuchungen und einschlägige Analysen. (Ich beziehe mich im weiteren auf das Spezialheft vom *Psychotherapeut*: 5/97. Der *Psychotherapeut* ist die größte psychotherapeutische Fachzeitschrift in Deutschland und wird von namhaften Psychotherapeuten/Psychologen/Ärzten und Professoren herausgegeben.) Im Editorial fordert Cierpka vier Kriterien, die den Beruf des Psychotherapeuten bestimmen:

– die Selbstbeobachtung des Therapeuten

Hierunter ist die Förderung eines besseren Verstehens der eigenen Person zur persönlichen Reife und zum beruflichen Erfolg hin und die damit adäquat gesteuerte Selbstbeherrschung gemeint. Der Psychotherapeut kann nur dann heilen, wenn er auch auf seine eigene Gesundheit bedacht ist.

– Ausbildung und Praxis

„Ausbildung und konsekutive Erfahrungen in der Praxis verändern die Behandlungstechnik und damit das Handwerkszeug des Therapeuten. Diese Veränderungen bleiben jedoch nicht äußerlicher Natur. Die im Umgang mit Menschen gemachten Erfahrungen wirken auf die Therapeuten zurück und führen dort zu persönlichen Entwicklungen“. Dieser Prozess ist lebenslang.

* Berufsverband Akademischer PsychotherapeutInnen e.V.

– Persönliche Bedürfnisse des Therapeuten

Hierunter sind die Selbstreflexion, Integration und das korregierende Selbstverständnis gemeint. Mittel, dies zu gewährleisten, sind die Lehrtherapie, die Supervision u. a.

– Selbstreflexion

Hierunter ist die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten des Berufs gemeint. Der Psychotherapeut bezieht sich auf die empirische Forschung, die Aneignung des berufs- und praxisrelevanten Wissens u. a.

Der Gegenstand der Psychotherapie

Der Beitrag über Psychotherapeuten: „wer sind wir?, wo arbeiten wir?, wie helfen wir?“ gründet auf der Analyse vorhandenen forschungsbasierten Wissen über Psychotherapeuten. Hier einige wesentliche Kriterien, die die spezifische Relevanz verdeutlichen, die aber auch aufzeigen, dass der Gegenstand von Psychotherapie viel breiter angelegt ist, als von der ärztlichen Psychotherapie und der psychologischen Psychotherapie behauptet wird.

„Psychotherapie ist die Spezialität, die in diesen städtischen und technologisierten Gesellschaften hervorgebracht wurde, um mit Stressvulnerabilitäten und Krankheiten fertig zu werden“ (S. 270). *Psychotherapie* ist also „eine Antwort auf die oben geschilderten Belastungsfaktoren“ und *hat daher unterschiedliche professionelle Identitäten hervorgebracht*.

Psychotherapie wird daher in *den verschiedenen Ländern* praktiziert, oftmals als *eine Spezialdisziplin der Ärzte oder der Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Erzieher, Berater, und anderer Berufsgruppen*“ (S. 271).

„Die Vielfalt der Psychotherapie-Szene ist trotz aller Kritik durch den verwirrend-komplexen Gegenstand selbst konstituiert. Ob dies einen Mangel darstellt, ist mehr als diskussionsbedürftig“ (S. 271). *Psychotherapie ist demnach gekennzeichnet durch eine empatisch-unterstützende Beziehung, die einen „Verstehensprozess zur Verfügung stellt, der zum Wegweiser durch die subjektiven Erfahrungen und die Leidensprozesse in*

intimen Beziehungen werden kann“. Darüber hinaus bietet sie die Möglichkeit, eine bessere kognitive Beziehungs- und Selbstmanagementfähigkeit zu erlernen, auf die die Patienten in ihrem sonstigen Leben nicht zurückgreifen können. Die *Wirksamkeit der Psychotherapie* wird an unterschiedlichen Kriterien gemessen. So gibt es Richtungen, die sich an der Symptomatik/Krankheit des Patienten orientieren. Andere, die Effizienz mit der Qualität der therapeutischen Beziehung verbinden, die sich zwischen Therapeut und Patient entwickelt hat. Die Persönlichkeit des Therapeuten, sowie die Gestaltung der hilfreichen Beziehung sind zwei wesentliche, unstrittige Elemente der Psychotherapie. „Auf jeden Fall beruht die therapeutische Effektivität auf der Fähigkeit, sich auf eine besondere, für den Patienten maßgeschneiderte Beziehung, einzulassen. Die persönlichen Qualitäten des Therapeuten und seine Fähigkeit einen besonderen zwischenmenschlichen Raum zu gestalten, zählen also mehr als die angewandten Behandlungstechniken“ (S. 273).

„Gute Therapeuten müssen also nicht nur herausfinden, was sie gut können, sondern auch was sie weniger gut können“, damit die Beziehung zwischen Therapeut und Patient passt (*Die Passung zwischen Therapeut und Patient ist das wohl wesentlichste Kriterium der therapeutischen Praxis nach heutigem Forschungsstand*).

Berufliche Entwicklung des Psychotherapeuten

Schaut man sich *die persönliche und berufliche Entwicklung des Psychotherapeuten an*, so gibt es sechs Phasen:

- Imitation der Technik von Experten zu Beginn der Ausbildung
- Eingeschränkte Autonomie
- Erkundungsstufe
- Integration
- Individuation
- professionelles Selbst.

Diese Entwicklung zeigt auf, dass ein psychotherapie-relevantes Studium grundsätzlicher Art sein muss. Es weist weniger explizit ausgewiesene Psychologie-spezifische Inhalte auf (vgl. die Kriterien von Cierpka und Hoff).

Befragt man die PsychotherapeutInnen nach ihrer *Qualifikation und Kompetenz* (als Grundlage effizienten und effektiven therapeutischen Handelns) wird deutlich, dass *Theoriekurse/Seminare, Supervision, Eigentherapie und Selbsterfahrung von Beginn an die wesentlichen Strukturelemente darstellen*. „Therapieschulen“ übergreifend werden sie als Medien der Vermittlung von Kompetenz und Expertise in diesem Bereich verstanden (S. 283).

Neben der Theorie und Supervision wird die *Selbsterfahrung als wichtige Ausbildungskomponente genannt*. Die *Praxiserfahrung stellt die implizite zentrale Komponente des Bildungsprozesses überhaupt dar*. Die Eigentherapie bzw. Selbsterfahrung, als Weg der psychischen Stabilisierung des Psychotherapeuten und als Begründung eines aktiven und emphatischen Therapiestils, scheinen vor allem für die psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten/humanistischen Verfahren eine unbedingte Voraussetzung zu sein. *Aber, und das muss an dieser Stelle betont werden, ist wenn immer eine spezielle Ausbildung in Psychotherapie eine obligatorische Voraussetzung für die Praxistätigkeit darstellt, „der Nutzen einer Therapieausbildung – insbesondere für den Therapieerfolg – bislang so gut wie nicht nachgewiesen“* (S. 284).

Psychotherapeutische Kompetenz vs. Standespolitik

Dies stimmt gewiss nachdenklich, stützt sich doch das PTG gerade auf eine qualifizierte Ausbildung in Psychotherapie. Der Umstand, dass die Therapiebeziehung bzw. die Passung zwischen Therapeut und Patient von wesentlicher Bedeutung sind, legt den Schluss nahe, das was *Freud* bereits vor 100 Jahren gefordert hatte, auch jetzt zu fordern ist. Abschließend heißt es daher in der Studie von Willutzki u.a. (Befragung der Kongressteilnehmer der Lindauer Psychotherapiewochen, in *Psychotherapeut* 5/97 S. 288): Insgesamt betrachtet sei der Zusammenhang zwischen den einzelnen Ausbildungskomponenten und dem Kompetenzerleben der Psy-

chotherapeuten nicht sonderlich beeindruckend. „... Aber Kompetenzentwicklung ist ein konstruktiver, kein instruktiver Prozess, der nicht nach Art eines Nürnberger Trichters funktioniert“. Der DPTV fordert daher auch: „Es muss eine *allgemeine psychotherapeutische Qualifikation entstehen, die auf dem kundigen Gebrauch aller gängigen Methoden ansetze sowie auf die lebenslange Integration neuer Möglichkeiten in die eigene Praxis vorbereitet, wobei weitere Spezialisierungen an Störungsbildern und nicht an Weltanschauungen zu orientieren sind* (vergleiche Grawe, 1994). Die *Basisqualifikation* muss in den drei Bereichen theoretisches Wissen, Persönlichkeitsbildung und supervidierte Praxiserfahrung ein noch zu spezifizierendes, angemessenes Niveau erreichen“ (Bonnekamp in *Psychotherapeuten Forum* 6/97, S. 33 ff). Bonnekamp beklagt in diesem Zusammenhang den „*Spaltpilz des konfessionellen oder standespolitischen Fundamentalismus*“ (S. 35). ... „Dass alle (psychotherapeutischen) Schulen mit den gleichen Menschen zu tun haben, ist angesichts der Vielschichtigkeit und Vielseitigkeit psychotherapeutischer Theorieproduktion kaum zu fassen.

Das liegt wohl hauptsächlich daran, so Bonnekamp, dass „*der Ochse von hinten anders aussieht als von vorne. Der Blick von hinten ist aber nicht richtiger als der von vorne*“ (S. 35 ff). ... „*Ein großer Teil des akademischen Diskurses mit seinen süffisanten Rängeleien und der strategischen Missachtung des Konkurrenten ist also primitiver territorialer Kampf auf dem Feld der rivalisierenden methodologischen Kulturen im Klima knapper ökonomischer Ressourcen*“ (S. 36).

Psychotherapeutische Fachverbände sowie die Berufsgruppenvertretungen in den verschiedensten europäischen Ländern haben den Blick auf ein breiter angelegtes Psychotherapieverständnis noch nicht verloren. *So fordert zumindest die DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie), die ein Richtlinienverfahren vertritt, die Verwirklichung einer psychosozialen Versorgung, die den Interessen der Bevölkerung entspricht*

[d.V.: *nicht der beruflichen Ständevertretung*], die „für das gemeinsame Handeln aller Berufsgruppen und Institutionen, die zu der Verwirklichung einer psychosozialen Gesellschaftsversorgung, i.S. der Bedürfnisse der Hilfesuchenden/Leidenden beiträgt“ (*Psychotherapeuten Forum* 3/97, S. 8).

Das *österreichische Psychotherapiegesetz* schränkt die *Grundqualifikation daher auch nicht auf einige Berufe ein*. Dort ist die *psychotherapeutische Fachausbildung von zentraler Bedeutung*, die im Anschluss an einen Grundberuf erfolgt. Darüber hinaus haben sich 22 Länder auf europäischer Ebene in der *EAP (European Association for Psychotherapy)* zusammengeschlossen. Sie haben Qualitätskriterien entwickelt, die die Rolle des Psychotherapeuten und eine ethisch verantwortliche und hoch qualifizierte psychotherapeutische Praxis begründen. Ebenso wie auf österreichischer Ebene wird von der EAP keine Einschränkung des Grundberufs gefordert, noch wird behauptet, dass das Psychologiestudium die einzige Grundqualifikation für die Ausbildung in Psychotherapie sei. Die Ansicht der österreichischen PsychotherapeutInnen und die der EAP werden somit den Untersuchungsergebnissen, die zuvor skizziert wurden, am ehesten gerecht.

Literatur

- Cierpka M, Orlinsky D, Kächele H, Buchheim P (1997) Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – Wer sind wir? Wo arbeiten wir? Wie helfen wir? *Psychotherapeut* 5: 267 ff
- Willutzki U et al (1997) Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. *Psychotherapeut* 5: 269 ff
- Ambühl H et al (1997) Zum Einfluss der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut* 5: 282 ff
- Hockel CM (1998) Psychotherapeutische Behandlung – Konsequenzen der gesetzlichen Anerkennung als Heilberuf. *Report Psychologie* 1: 18 ff
- Hoff E-H (1998) Probleme der Psychologie als Profession. *Report Psychologie* 2: 18–25
- Cierpka M (1999) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ihr Beruf. *Report Psychologie* 2: 108 ff

U. Sollmann

Psychologie-Studium mit naturwissenschaftlichem Gütesiegel

Analyse eines universitären Curriculums

Der Diplom-Studiengang für das Fach Psychologie ist seit den Sechzigerjahren unterschiedlichen Fakultäten zugeordnet. So taucht der Studiengang bei den Geisteswissenschaftlern, den Naturwissenschaftlern sowie mathematisch-technischen Fakultäten auf. Promoviert wird dann als Dr. phil. oder als Dr. rer. nat. Die Studieninhalte sind dementsprechend sehr unterschiedlich. Vor allem in den Sechziger-, Siebziger- bis Anfang der Achtzigerjahre kann *nicht davon ausgegangen werden, dass das Studium eine psychotherapierelevante Grundausbildung darstellt*. Als Beispiel nehme ich die Prüfungsordnung für die Diplomprüfung in Psychologie der Universität Düsseldorf (*mathematisch-naturwissenschaftliche Fakultät*) von 1975.

Das Diplom bescheinigt, dass der „Kandidat gründliche Fachkenntnisse in den verschiedenen Gebieten der Psychologie erworben hat und die Fähigkeit besitzt, nach wissenschaftlichen Methoden selbständig zu arbeiten“. Schaut man sich die Fächer im einzelnen an, so kann jemand das Diplom in Düsseldorf erworben haben, ohne sich im einzelnen mit psychotherapierelevanten Fächern groß befasst zu haben.

Zur *Diplom-Vorprüfung* kann zugelassen werden, wer Nachweise in folgenden Lehrveranstaltungen erworben hat:

- Übungen zu quantitativen Methoden
- Experimentelles Praktikum
- Praktikum zur Hirnforschung
- Übungen zu ausgewählten Grundbegriffen der Physik für Psychologen
- Übungen zu ausgewählten Grundbegriffen der Chemie für Psychologen.

Die Vorprüfung bezieht sich u.a. auf allgemeine Psychologie, Entwicklungspsychologie, differentielle Psychologie und Sozialpsychologie (neben den naturwissenschaftlichen Themen). Unter allgemeiner Psychologie

sind Themen wie Motivation, Wahrnehmung, Denken u.a. gemeint. Entwicklungspsychologie meint u.a. auch vergleichende Psychologie-Theorien. Die differentielle Psychologie befasst sich unter anderem auch mit der Persönlichkeitsforschung. Dies sind die in der Studienordnung ausgewiesenen Vorlesungen, die (nach freier Wahl) *studiert werden können*. Darüber hinaus gibt es weitaus mehr Vorlesungen/Übungen zu Themen wie quantitative Methoden, biologische Psychologie, Physiologie, Physik, Chemie, Methodenlehre, quantitative statistische Methoden u.a. Weitere psychologische Themen befassen sich mit grundsätzlichen Fragen der Psychologie wie: Überblick über die Psychologie, gesellschaftliche Funktionen.

Zugelassen zur *Diplom-Prüfung* kann derjenige werden, der neben den anderen Voraussetzungen zwei berufsorientierte Praktika von je sechs Wochen Dauer absolviert hat. Ebenso müssen Nachweise erbracht werden über Teilnahme an Lehrveranstaltungen in den vier gewählten psychologischen Prüfungsfächern.

Der Katalog der psychologischen Fächer gliedert sich in drei Schwerpunkte: Methodik, Anwendung, Grundlagenvertiefung. Ein viertes Fach kann aus den Gebieten Mathematik, Physik, Chemie u.a. ausgewählt werden.

Letzteres und der Bereich Grundlagenvertiefung hat laut damaliger Studienordnung überhaupt nichts mit Psychotherapie zu tun, so wie sie heute definiert wird. Der Bereich Methodik handelt von physiologischer Psychologie bis psychologische Beratungs- und Behandlungsmethoden, der Bereich Anwendung von physiologischer Psychologie bis angewandte klinische Psychologie. Laut Prüfungsordnung kann jemand zum Beispiel aus dem Bereich Methodik die physiologische Psychologie und aus dem Bereich Anwendung die angewandte physiologische Psychologie nehmen. Somit hat der Diplomkandidat in keinsten Weise sich mit nach heutiger

Auffassung psychotherapie-relevanten Fächern befasst. Er hat aber das Diplom erworben und wird nach dem PTG als jemand behandelt, der ein psychotherapie-relevantes Psychologiestudium absolviert hat. Wählt jemand den Bereich psychologische Behandlungsmethoden und angewandte klinische Psychologie, so hat er bestenfalls zwei vierstündige Praktika absolviert.

Die *Diplomarbeit* ist lediglich ein Beleg dafür, dass der Student entsprechend seiner Fachrichtung selbständig nach wissenschaftlichen Methoden arbeiten kann. Sie ist in keinsten Weise mit einem originär psychologischen Thema verbunden. Letztendlich wird in der Prüfungsordnung betont, dass das Diplom „mit dem *Siegel* der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät versehen wird“. Hat jemand in den Bereichen Methodik und Anwendung die psychologischen Behandlungsmethoden und die angewandte klinische Psychologie gewählt, so muss er maximal zweiundzwanzig SWS (Semesterwochenstunden) an Vorlesungen belegt haben.

Demgegenüber habe ich nachweislich folgende psychotherapie-relevanten Vorlesungen/Übungen/Seminare belegt:

tiefenpsychologische Theorie:	23 SWS
Psychiatrie (Theorie und Praxis):	10 SWS
therapeutische Behandlungsmethoden:	29 SWS
sonstige psychologische Fächer:	72 SWS
Sozialmedizin:	9 SWS

Darüber hinaus habe ich seit 1969 während des gesamten Studiums praktisch gearbeitet. Allein in der Zeit des Aufbaus der Sonderstation am Landeskrankenhaus Düren habe ich ein Jahr lang vollzeitlich gearbeitet. Dies entspricht gewiss bei weitem der Mindestanforderung, die in den Praktika zugrunde gelegt sind.

Schließlich kann noch auf die *Entscheidung des BVerwG von 1993* hingewiesen werden. Dort wird das Studium des Pädagogen/Soziologen mit dem Studium des Psychologen gleichgesetzt, um die Anerkennung nach dem HPG zu bekommen. Hätte das Gericht damals einen wesentlichen Unterschied bei den Studiengängen hinsichtlich der psychotherapeutischen Qualifikation angenommen, hätte es mit Sicherheit entsprechend reagiert.

Literatur

- Prüfungsordnung für die Diplomprüfung in Psychologie der Universität Düsseldorf. Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät 14. 1. 1975
- Studienordnung für das Fach Psychologie an der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Düsseldorf 11. 6. 1974
- Studium/Ausbildung als Diplom-Psychologe. In: Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg) Blätter zur Berufskunde 3-II B 01 November 1987

U. Sollmann

Die Verarmung der Psychotherapie

(Erweiterte Fassung meines Artikels aus der Süddeutschen Zeitung, Mai 1999)

Es hatte vielversprechend begonnen. Der Aufbau der psychotherapeutischen Praxis von Horst Schreiber wurde durch das Arbeitsamt der Stadt Köln vorfinanziert, um dem Diplom-Pädagogen die Gründung einer beruflichen Existenz zu ermöglichen. Jahrelang rechnet er über die sogenannte Kostenerstattung mit allen gesetzlichen Krankenkassen ab. Schreiber selbst ist als Fachautor in der psychotherapeutischen Welt bekannt und bildet qualifizierte Psychotherapeuten aus, die als Diplom-Psychologen inzwischen das staatliche Gütesiegel verliehen bekommen haben.

Das am 1. 1. 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz vernichtet aber seine eigene berufliche Existenz. Hat er doch leider vor 25 Jahren, als noch niemand an ein derartiges Gesetz gedacht hatte, das „falsche Diplom“ erworben.

Das Gesetz regelt – und das ist längst überfällig – den Berufsstand des psychologischen Psychotherapeuten einerseits und die Bezahlung der Psychotherapie durch die Krankenkassen andererseits. Therapiesuchende können, so der Gesetzgeber, jetzt genau unterscheiden, wer ein anerkannter qualifizierter Psychotherapeut ist, oder wer, wie der Bund Deutscher Psychologen (BDP) betont, „ein Scharlatan“ sei. Wer sich also ab Jahresanfang noch Psychotherapeut

nennt, aber keine staatliche Anerkennung spricht Approbation besitzt, kann sogar mit Gefängnis bestraft werden.

Herr Schreiber hat am Silvesterabend über Nacht seine Qualifikation verloren. Er muss sich nunmehr in die Reihe der „Scharlatane“ einordnen lassen. Da die Krankenkassen die Behandlungen nicht mehr bezahlen, droht Herrn Schreiber der existenzielle Ruin.

Zur Zeit stehen mindestens 1500 seiner frei praktizierenden Kollegen, ähnlich wie er am Rande des Ruins. Der Berufsverband akademischer Psychotherapeuten (BAPT) klagt daher bereits auf die verfassungskonforme Auslegung des Gesetzes. Die Übergangsrichtlinien des Gesetzes, so der Aachener BAPT-Anwalt Stock, verstoßen nämlich gegen drei Artikel des Grundgesetzes. Sie schränken das Recht auf Berufsfreiheit sowie den damit verbundenen Bestandsschutz ein. Ferner verletzen sie das Recht auf Gleichbehandlung. Wird doch trotz gleicher therapeutischer Qualifikation nur der Diplom-Psychologe zugelassen, alle anderen Akademiker aber nicht. Schließlich habe jeder, so der Jurist, ein verbrieftes Recht auf Eigentum, das der Staat zu schützen hat.

Der Gesetzgeber hat die akademischen Psychotherapeuten, die gut 20% aller Psychotherapeuten ausmachen, bewusst geopfert. Diese Thera-

peuten besitzen nämlich keine berufsständische Lobby, obwohl sie beispielsweise zwei Drittel aller Suchtkranken-Therapeuten stellen. Deren Arbeit ist, so das Ergebnis einer Untersuchung von Professorin Alexa Franke, von der Universität Dortmund, hoch qualifiziert und besonders nötig für die von ihr behandelten Patientengruppen, dabei auch noch erfolgreich.

Die Bonner Politiker haben vor der Ärztelobby und dem Psychologendruck kapituliert. Dr. Faltin, Chef der Approbationsbehörde in Rheinland-Pfalz, versteht den ungewöhnlich harten Schnitt des Gesetzgebers daher als Auswirkung der „grenzenlosen Arroganz dieser beiden Berufsstände“. Auch wenn die neue Bundesregierung „das Gesetz nicht schon wieder anpacken will“, wird sie sich bereits im Sommer einer Flut von Klagen gegenüber gestellt sehen.

Inzwischen aber „blüht das Musterbeispiel von bürokratischem Föderalismus“, so Dr. Horn vom niedersächsischen Gesundheitsministerium in Hannover. Obwohl alle Bundesländer gleiche Übergangsrichtlinien entwickeln sollten, weiß der eine Ländervertreter nicht was der andere tut. Hamburg beispielsweise prüft die Äquivalenz der verschiedenen Studienabschlüsse der Antragsteller. Pech für Herrn Schreiber, da er seinen Antrag leider nicht in Hamburg gestellt hatte. Bayern gibt sogar Lehrern mit erstem Staatsexamen plus Studium in schulpсихologischen Fächern die Approbation. NRW lehnt, so wie die meisten anderen Länder, „alle Antragsteller knallhart ab“. Die zuständige Referentin im Bonner Gesundheitsministerium Frau Storsberg schließlich befürwortet zwar die Einzelfallprüfung, verwehrt sie jedoch Herrn Schreiber auf seine konkrete Anfrage hin mit der lapidaren Bemerkung, dass er „nicht die allgemeinen nachprüfbaren Qualitätskriterien erfülle“. Sie hielt es nicht einmal für nötig, Schreibers Unterlagen anzufordern. Im Übrigen solle er sich doch „über die positive Auswirkung des Gesetzes freuen, dass nämlich jetzt die Psychologen gleichberechtigt an die Seite der Ärzte gestellt worden seien“.

Fragt man die Psychologenvertreter, wie sie selbst das „viel gepriesene Miteinander“ sehen, tut sich ein wei-

teres trauriges Kaptitel in der Geschichte des PTG auf. Der Grundlagenforscher und Psychotherapeut Professor Hilarion Petzold sieht gar einen Rückfall ins „bildungspolitische Mittelalter“. Das von der alten Bundesregierung verabschiedete Integrationsmodell, welches dem Psychologen verordnet, sich unter dem Dach der Ärzteschaft (KBV) berufsständig zu organisieren, sei „ein einzigartiges Beispiel von ideologischer Umerziehung in der deutschen Wissenschaftsgeschichte“.

Hat ein Psychologe nämlich die Hürde der Approbation genommen, stehen ihm schlaflose Nächte ins Haus. Will er seine Therapie durch die Krankenkassen bezahlt bekommen, sieht er sich bereits im sogenannten Zulassungsausschuss dem rigiden Medizinsystem ausgeliefert. Er muss sich der „Zulassungsverordnung für Ärzte“ unterwerfen und wird schließlich wie ein Vertragsarzt behandelt. Dies ist vom Gesetzgeber so explizit nicht vorgesehen. Die Psychologenvertreter erleben das, was dort mit ihnen geschieht, als pure Schikane und fühlen sich gedemütigt.

Die Praxis eines psychologischen Psychotherapeuten widerspricht in wesentlichen Teilen nämlich der eines ärztlichen Psychotherapeuten. So soll der psychologische Psychotherapeut beispielsweise gemäß der Residenzpflicht seine Wohnung in der Nähe der Praxis haben. In der Regel suchen Psychotherapiepatienten aber aus verständlichen Gründen einen Therapeuten in einer anderen Stadt auf. Mögliche Krisengespräche führt der Psychotherapeut daher in der Regel telefonisch.

Der Psychologe muss sich ferner weitaus härteren Auslesekriterien unterwerfen, als dies bei seinen ärztlichen Kollegen der Fall ist. Eins wirkt so, der Deutsche Psychotherapeutenverband (DPTV) wie ein K.O.-Schlag-Argument: Jeder der Psychologen, der zugelassen werden will, muss von 1994–1997 innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten 250 Therapiestunden über gesetzliche Krankenkassen abgerechnet haben. Hat jemand in jener Zeit beispielsweise in einer Klinik ge-

arbeitet oder Kinder erzogen, hat er Pech gehabt. Ärztliche Psychotherapeuten unterliegen natürlich nicht dieser Regelung.

Das medizinische Korsett wird auch eng um die Methodenvielfalt in der psychologischen Psychotherapie geschnürt. Diese, besonders durch die humanistische Psychologie begründete und inzwischen wissenschaftlich erforschte Vielfalt, hatte sich in der psychologischen Berufskultur entwickelt und bietet hervorragende Mittel, um den unterschiedlichsten Krankheitsbildern auf Seiten der Patienten individuell gerecht zu werden. Ist die Medizinalisierung der psychologischen Psychotherapeuten durch die sozialrechtliche Zulassung besiegelt, gilt jetzt nicht mehr das, was wissenschaftlich anerkannt und erfolgreich ist oder gar den Patienten dient. Die sogenannten Psychotherapierichtlinien, welche nur zwischen Ärztevertretern und Krankenkassen verabredet sind, regeln nämlich die sozialrechtliche Umsetzung der Psychotherapie. Zur Zeit sind nur drei Methoden akzeptiert: Die Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. „Alle anderen therapeutischen Ansätze sind nicht vertragsfähig“, so der AOK-Bundesverband. Psychologenvertreter halten dies für einen Skandal, da sich daran so schnell nichts ändern wird.

Was tut aber ein psychologischer Therapeut, der in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren (Gesprächstherapie, Gestalttherapie o. a.) ausgebildet ist und die Hürde im Zulassungsausschuss gemeistert hat? Er muss seine bisherige Ausbildung, sowie seine eigene Berufskultur von nun an verleugnen. Darf er doch in Zukunft nur noch über die drei Richtlinienverfahren abrechnen.

Will der Psychologe seine therapeutische Tätigkeit beispielsweise als Gesprächstherapeut von einer Krankenkasse bezahlt bekommen, wird er, so wie es bereits von vielen der psychologischen Psychotherapeuten praktiziert wird, den Gutachter bluffen müssen. Das Gesetz dient somit auch als Aufforderung zur wissentlichen Falschaussage.

Der Psychologe wird nämlich nur das in seinen Therapieberichten schreiben können, was die ärztlichen Richtliniengutachter akzeptieren. Berichtet er davon, was er konkret mit dem Patienten gemacht hat und warum sein psychotherapeutischer Ansatz gerade für diesen Patienten gut ist, wird die Therapie abgelehnt.

Das Gesetz, welches gerade dem Patienten einen Therapieplatz bei einem staatlich anerkannten psychologischen Psychotherapeuten seines Vertrauens sichern sollte, entpuppt sich zusehends als gefährliche Mogelpackung und als Instrument der Denunzierung: Qualifizierte akademische Psychotherapeuten werden kommentarlos geopfert. Psychologische Psychotherapeuten verlieren ihre eigene Berufskultur. Die viel beklagte Unterversorgung der Psychotherapiepatienten, die gerade durch das PTG beseitigt werden sollte, bleibt bestehen. Und die Ärzteschaft hat, so Dr. Heß von der KBV, „einfach Angst“ vor den Psychologen im eigenen Haus.

Der Patient schließlich muss sich warm anziehen. Auf keinen Fall darf er sein gesundes Misstrauen einer staatlich geprüften Psychotherapie gegenüber aufgeben. Hat er doch gerade ein Interesse an einer für ihn sinnvollen Psychotherapie und an einer Vertrauensbeziehung zu seinem Therapeuten.

So gesehen kann er nur hoffen, dass sein Recht auf Psychotherapie uneingeschränkt, d.h. ohne standespolitische Reibungsverluste, gewahrt wird. Inzwischen wurde daher vom Europäischen Psychotherapeutenverband (EAP) an den Generalsekretär des Europarats in Straßburg die Forderung gestellt, das Recht auf Psychotherapie sowie das Recht des Psychotherapeuten auf freie Berufsausführung als ein Menschenrecht in die europäische Sozialcharta aufzunehmen. Hierdurch sind die Voraussetzungen geschaffen worden, europaweite Richtlinien zu formulieren, die dann auch in Deutschland umgesetzt werden müssten.

*Dipl. rer. soc. Ullrich Sollmann
PF 250 531, D-44743 Bochum*

Überlegungen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

EAP-Symposium „Psychotherapie, Ethik und Menschenrechte“
in Straßburg vom 19. bis 20. März 1999

Die Arbeitsgruppe traf sich am Sonntag, dem 21. März 1999, im Anschluss an das Symposium. Anwesend waren elf Personen aus sechs Nationen: aus Frankreich, Österreich, Großbritannien, Belgien, Russland und Rumänien.

1. Wir beschlossen als Arbeitsgruppe *ethische Richtlinien* für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu erarbeiten. Es wurde zunächst gemeinsam eine Reihe von Bereichen zusammengetragen, die uns für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beachtenswert erschienen. Dann erklärten sich die untenstehenden Teilnehmer/innen bereit, zu diesen Themen beim nächsten Treffen der EAP-Arbeitsgruppe für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 2. und 3. Juli 1999 zu referieren.

- „Abstempelung durch Diagnosen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie!“ – Dr. Ileana Botezat-Antonescu (Rumänien)
- „Die Frage der Freiwilligkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ – Doris Hebenstreit (Österreich)
- „Formen der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in unserer Zeit im russischen Kulturraum“ – Albina Loktionova (Russland)
- „Ethische Richtlinien in der psychotherapeutischen Interaktion mit Kindern und Jugendlichen“ – Marc Possoz (Belgien)
- „Der Umgang des/der Psychotherapeuten/in mit der Abhängigkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ – Martine Wolff (Frankreich)
- „Strukturen und Formen von sozialer Gewalt im heutigen Umfeld von Kindern und Jugendlichen“ – Dr. Vera Zimprich (Österreich)

2. Zum *Thema Menschenrechte*: Aus Russland berichtete Frau Albina Loktionova, dass die Rechte des Kindes, beziehungsweise die Rechte auf seine Persönlichkeit, zum Beispiel in der

Psychiatrie in Russland, nicht respektiert werden. Ebenso werden auch die Rechte des Kindes von Lehrerinnen und Lehrern nicht respektiert. Es besteht ein dringendes Bedürfnis, das Recht des Kindes unter den Schutz einer internationalen Gesellschaft zu stellen. Fragen oder Projekte, wie eine Verbesserung der Stellung des Kindes in Russland erreicht werden können, sollten ein Ziel unserer Arbeitsgruppe sein.

Marc Possoz aus Belgien betonte die Gewalt in unserer Gesellschaft und forderte, dass Psychotherapeuten/innen als Menschen in der Therapie und Interaktion mit Kindern und Jugendlichen humanistische Aufgaben zum Wohle unserer Klienten/innen zu erfüllen haben.

Ileana Botezat-Antonescu, Psychiaterin, Psychotherapeutin und Vorsitzende des rumänischen Dachverbandes, meinte, dass eine gute Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen in Rumänien dringend nötig wäre.

Sie bedauerte, dass kein Geld vorhanden ist, solche Trainings zu bezahlen, und sie schlug eine österreichisch-rumänische Zusammenarbeit für Aus- und Weiterbildung unter Einbeziehung anderer europäischer Trainerinnen vor. Die Ausbildung solle mit Geldern, die der Unterstützung der osteuropäischen Länder gewidmet sind, bestritten werden.

Martine Wolff aus Straßburg, Mit-Koordinatorin des Symposiums, erinnerte an die ethischen Probleme und die Notwendigkeit, die Menschenrechte von autistischen und psychotischen Kindern in der Psychotherapie zu schützen. Kinder und Jugendliche, die ihre Rechte auf Entwicklung nicht selbst einfordern können, brauchen entsprechenden Schutz durch Gesetze. Sie machte den Vorschlag, bei der Europäischen Kommission in Brüssel ein Projekt zur Wahrung der Rechte der Kinder einzureichen.

Donald Prentice aus England unterstützte die Idee, auf die Menschenrechte der Kinder Einfluss zu nehmen,

und sprach sich für eine Zusammenarbeit von West- und Osteuropa aus. Ein Ziel für das Projekt könnte sein, dass die Menschenrechte der Kinder in den osteuropäischen Ländern wie Russland, Rumänien u.a. respektiert werden. Zum Inhalt des Projektes machte er folgende Vorschläge:

- Informationen zusammentragen (Es passieren fürchterliche Dinge mit Kindern und Jugendlichen)
- Möglichkeiten der Einflussnahme der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Wodurch passiert es, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen an der Ausübung ihrer Arbeit gehindert werden? Wasverunmöglicht Psychotherapie? (Zusammenarbeit mit Juristen)

Es wurde beschlossen, einerseits nähere Informationen zu dem Aus- und Weiterbildungsprojekt einzuholen, und andererseits nächste Schritte für die Wahrung der Menschenrechte für Kinder zu setzen und an einer Resolution zu arbeiten.

Wir möchten alle *Kolleginnen und Kollegen* der europäischen Arbeitsgruppe für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie *herzlich einladen*, sich an diesen Projekten zu beteiligen.

Nähere Informationen

in Wien

Dr. Vera Zimprich, Kirsten Tisch
 Wilhelm Exner Gasse 30/10
 A-1090 Wien
 Tel. 0043/1/3178578
 Fax 0043/1/3176511
 E-mail:
 Kinderpsychotherapie@oeagg.at

in Frankreich

Martine Wolff
 1 Rue de Verger, F-67400 Illkirch
 Tel. 0033/388343523
 Fax 0033/388673618

in Russland

Dr. Gundi Siegl, Austrian Embassy
 Starokunjuschennyi Per 1
 RUS-119034, Moscow
 Tel. 007/095/2202043
 Fax 007/095/2202102

Albina Loktionova
 Phonivisna Str. 14-30
 RUS-127322 Moscow
 Tel. 007/095/2181819
 Fax 007/095/2005187
 E-mail: genesis@dol.ru

in Rumänien

Dr. Ileana Botezat-Antonescu
 Bd. N. Grigorescu 41 B-sect. 3

RO-74641 Bukarest
 Tel. 401/3143902
 Fax 401/3112998

in England

Donald Prentice
 27 Cambridge Road
 Lee-on-Soleny
 UK-P013 01DH Hampshire
 Tel. 0044/01/705553986

ACHTUNG: Das Treffen der EAP-Arbeitsgruppe für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie findet von Donnerstag, dem 1. bis Freitag, dem 2. Juli 1999 (vor dem Weltkongress) in Wien, im Gesundheitsministerium, Radetzkystraße 2, A-1030 Wien, statt. Bitte kurze schriftliche oder telefonische Voranmeldung bei:

Frau Kirsten Tisch
 Wilhelm Exner Gasse 30/10
 A-1090 Wien
 Tel. 0043/1/3178578

Die Teilnahme ist kostenlos.

Dr. Vera Zimprich, Koordinatorin der EAP-Arbeitsgruppe für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Wilhelm Exner Gasse 30/10 Tel. 0043/1/3178578, Fax 3176511 E-mail: Kinderpsychotherapie@oeagg.at

Veranstaltungskalender

8. September 1999, Zürich Sind alles Hebammen und Kinder mädchen?

Die Therapeuten und die
Wichtigkeit der Kindheit
Auskunft: Sekretariat, Gesellschaft
für Daseinsanalyse
Postfach, CH-8810 Horgen

14.–15. September 1999, Düsseldorf Dialog 2000 – Organisations- entwicklung als Instrument innovativer Zukunftsgestaltung

Information: EAG-Consulting –
Institut für Supervision, Organisa-
tionsentwicklung und Coaching –
an der Europäischen Akademie,
staatlich anerkannte Einrichtung der
beruflichen Weiterbildung
Wefelsen 5
D-42499 Hückeswagen
Tel. 02192/8580
Fax 02192/85822
e-mail: EAG.FPI@t-online.de

15.–18. September 1999, Wien Wiener Konferenz für Mediation

Mediation in Wirtschaft, Umwelt,
Politik, Verwaltung, sozialer Arbeit,
Schule und Bildung
Organisation und Information:
Dr. Klaus Rückert
Kugelfanggasse 58, A-1210 Wien
Tel./Fax 0043/1/263 23 12
e-mail: argesozaed.akad.psych@
magnet.at
DDr. Peter Geißler
Dr. Paul Fuchsiggasse 12
A-2301 Neu-Oberhausen
Tel. 0043/2249/3851
Fax 0043/1/79851573
e-mail: p.geissler@treangeli.at

17. September 1999, Wien Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung

Ungewollt schwanger – medizinische
und psychosoziale Aspekte
Vorträge und Arbeitsgruppen
Auskunft: Österreichische Gesell-
schaft für Familienplanung
Tel. 01/47 85 242
Mo–Fr 8.00–12.00 Uhr

17.–19. September 1999, Wien 1. Internationaler Shiatsu Kongress

Thema: Integration von Shiatsu in
das Gesundheitswesen
Organisation, Information und
Anmeldung: Österreichischer
Dachverband für Shiatsu
Postfach 109
A-1217 Wien
Tel. 01/258 08 49 oder 01/892 75 52

8.–10. Oktober 1999, Schaffhausen Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

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

15.–17. Oktober 1999, Innsbruck „Psychoanalyse 2000 – Tendenzen, Trends, Perspektiven. Zum 60. Todesjahr S. Freuds“

Organisation und Information:
Innsbrucker Arbeitskreis für
Psychoanalyse
Colingasse 7, A-6020 Innsbruck
Sekretariat Frau Steinlechner
Tel. 0043/512/582827
Fax 0043/512/560540

18. Oktober 1999, Frankfurt/Main Beginn eines neuen Weiterbildungskurses in Gestalttherapie

(3 Jahre, Abendkursform)
Leitung: Gisela Steinecke
Information: Gestalt-Institut
Frankfurt/Main e.V.
Wilhelm-Hauff-Strasse 5
D-60325 Frankfurt/M.
Tel. 0049/697 406 99, Fax 697 487 22
Internet: [http://www.gestalt-institut-
frankfurt.de](http://www.gestalt-institut-frankfurt.de)

20.–22. Oktober 1999, Linz Krankheit, Krankheitstheorien und familiäre Interaktion

Leitung: PD Dr. med. Dipl. Psych.
Arnold Retzer
Auskunft: Institut für systemische
Therapie, Supervision, Ausbildung
und Forschung (STAF)
Siegfried Alexander Henzl
Salzburgerstraße 30
A-4840 Vöcklabruck
Tel. 0043/7682/38 07, Fax 38 77
e-mail: henzl.psychotherapie@aon.at

23. Oktober 1999, Zürich Homosexuelle Individuation zwischen Ablehnung und Akzep- tanz: Die Rolle des Therapeuten in einem schwierigen Prozess

Referat von Dr. med. Wolfgang
Roth, München, mit anschliessender
Diskussion – Information: MediGay
z. Hd. Dr. phil. Kurt Wiesendanger
Rathausgasse 17, CH-5000 Aarau
Tel./Fax 062-824 03 38

24.–29. Oktober 1999, Bad Gleichenberg 30. Integratives Seminar für Psychotherapie in Bad Gleichenberg

Das Anliegen dieses Seminars ist es,
Aus- und Fortbildungsschritte in
wesentlichen Psychotherapie-
konzepten zu ermöglichen. Die
jeweiligen Gruppenleiter sind
autorisierte Lehrer der von ihnen
vertretenen Spezialdisziplinen.
Information: Sekretariat der
Universitätsklinik für Medizinische
Psychologie und Psychotherapie
Auenbruggerplatz 39, A-8036 Graz
Fr. Neumeister, Di. u. Do. 8.00 bis
12.00 Uhr, Tel. 0316/385-2292

29.–30. Oktober 1999, Innsbruck/Igls Kongress Essstörungen 1999

**7. Wissenschaftliche Fachtagung:
Anorexie – Bulimie – Adipositas**
Information und Anmeldung:
Netzwerk Essstörungen:
Anorexie – Bulimie – Adipositas
Fritz Pregl-Straße 5, A-6020 Innsbruck
Tel./Fax +43/512/57 60 26

29.–31. Oktober 1999

**Intensivkurs Gestalttherapie,
Karlsruhe und Frankfurt/M.**

3 Jahre, Blockseminarform

Leitung: Uta Wahl-Witte und

Ulrich Lessin

Information: Gestalt-Institut

Frankfurt/Main e.V.

Wilhelm-Hauff-Strasse 5

D-60325 Frankfurt/M.

Tel. 0049/697 406 99, Fax 697 487 22

Internet: <http://www.gestalt-institut-frankfurt.de>

**12.–13. November 1999, Salzburg
Compliance**

Internationales wissenschaftliches

Symposium der Fachsektion

systemische Familientherapie
des ÖAGG

Auskunft und Programm:

Siegfried Alexander Henzl

Salzburgerstraße 30

A-4840 Vöcklabruck

Tel. 0043/7682/38 07

Fax 0043/7682/38 77

e-mail: henzl.psychotherapie@aon.at

Anmeldung:

Dr. M. Brigitta Beghella

Girlingstraße 47, A-5020 Salzburg

Tel. 0043/662/43 02 43

Fax 0043/662/44 49 66

e-mail: beghella.psycho@aon.at

**26.–28. November 1999, Bern
Berner Seminare zum Thema
Schizophrenie**

I. Ausbildungsseminare zum

Integrierten Psychologischen

Therapieprogramm (IPT).

Seminar 1. Kognitive Therapie.

**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

**Association Neuchâteloise des
Psychologues et Psychologues –
Psychothérapeutes**

Séminaires

Dès le 2. 10. 99, Sensibilisation à la
psychologie analytique jungienne.

Dès le 29. 9. 99, Le Masochisme dans
tous ses états ...

Dès le 27. 9. 99, Approche de la
théorie jungienne par la lecture de
ses lettres et autres textes.

Dès le 16. 9. 99, Les dessins et jeux
de l'enfant chez le psychologue.

Dès le 6. 9. 99, Pensées systémiques,
groupe de lecture.

Dès le 16. 11. 99, Psychanalyse de
l'enfant. Quelles méthodes ?

Dès le 22. 11. 99, Pratique analy-
tique.

Dès le 4. 9. 99, Images de pères.

Dès le 27. 11. 99, La pratique de la
psychothérapie psychanalytique.

Pour renseignements

tel : 032 724 68 88

ANPP Case postale 78

CH-2001 Neuchâtel