



Forum Österreich

AUS DEM ÖBVP

- S 109 Brief des Präsidenten
- S 110 Fastenbauer, D.: 3. Treffen der Gerontopsychotherapeuten im ÖBVP
- S 110 Bezirkspsychotherapeutenvertreter/innen österreichweit
- S 111 Sprinz, E.: Zur Neuwahl des Vorstandes im Salzburger Landesverband
- S 111 Geißler, P.: Tagungsbericht: 1. Wiener Symposium „Psychoanalyse und Körper“ (8.–12. 7. 1998)
- S 113 Sophie Freud ist wieder österreichische Staatsbürgerin
- S 113 Ankündigung

AUS DEM PSYCHOTHERAPIEBERAT –
GESUNDHEITSMINISTERIUM

- S 114 Ethik-Rubrik: Chiba, R.:
Ethische Fragen in der Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie



Forum Schweiz/Suisse

- S 119 Editorial: Vielfalt der Methoden anerkannt,
Psychotherapeutengesetz verschoben
- S 120 Editorial: Diversité des méthodes
de psychothérapie garantie – loi sur
la psychothérapie remise
- S 120 Das Verfahren zum Nachweis des
Nutzens psychotherapeutischer Methoden
ist beschlossen

- S 124 La procédure devant permettre
de démontrer l'utilité des méthodes
de psychothérapie a été approuvée
- S 127 Psychotherapeutengesetz auf unbestimmte
Zeit verschoben
- S 128 Politique professionnelle – dernières nouvelles
- S 129 Walter, U.: Psychotherapie zwischen
Verdrängung und Alibi
- S 131 Walter, U.: La psychothérapie entre
le refoulement et l'alibi
- S 133 50 Jahre Schweizerische Gesellschaft
für Individualpsychologie nach
Alfred Adler
- S 134 Le 50e anniversaire de la Société suisse de
psychologie adlérienne (SPA)

Forum Deutschland

- S 135 Editorial: Rechte und Ethik in der
Psychotherapie
- S 136 Projekt zur Deklaration der Rechte zur
Psychotherapie
- S 137 Schmidbauer, W.: Auf dem Weg zu einer
Schulenübergreifenden Identität des
Psychotherapeuten
- S 143 Singer, M.: Ethik in der Psychotherapie –
ein ungeliebtes Thema?
- S 145 Ankündigung

Psychotherapie International

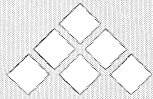
- S 147 Psychotherapy in the Czech Republic
- S 148 Wallnöfer, H.: Psychotherapie-Kongresse
in Peking
- S 149 Wallnöfer, H.: Psychotherapy congresses
in Beijing
- S 150 VERANSTALTUNGSKALENDER

Beiträge für das Supplement sind zu richten an:

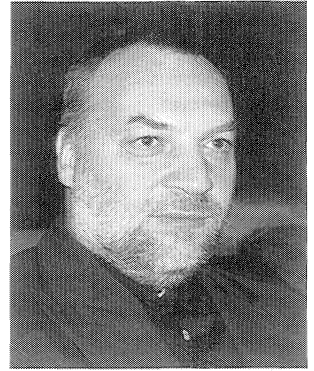
Frau Eva Kutschera, ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/7, A-1010 Wien, bzw. an Herrn Dr. Mario Schlegel, Scheuchzerstrasse 197, CH-8057 Zürich, bzw. an Frau Prof. Dr. Cornelia Krause-Girth, Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich Sozialarbeit, Limescorso 5, D-60439 Frankfurt/M.

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, bzw. Deutscher Dachverband für Psychotherapie, c/o VAS Verlag, Kurfürstenstraße 18 D-60486 Frankfurt/M Fax 0049/69/707 39 67



Aus dem ÖBVP



Brief des Präsidenten

Sehr geehrte Kollegin!
Sehr geehrter Kollege!

Nach den Turbulenzen des letzten Jahres ist nun eine intensive Arbeitsphase im ÖBVP „ausgebrochen“. Arbeitsgruppen arbeiten an neuen Statuten, die im März 1999 verabschiedet werden sollen. Die Arbeitsgruppe wird die Briefwahl vorschlagen. Ein weiterer Arbeitskreis beschäftigt sich mit der Frage, ob eine Kammer die adäquatere Vertretungsform für uns Psychotherapeuten sein kann. Sie wird eine Befragung aller Mitglieder vorschlagen. Mittlerweile hat sich der Arbeitskreis „Gerontopsychotherapie“ schon mehrmals getroffen, das Interesse ist hoch, es soll eine Liste von Gerontopsychotherapeuten in ganz Österreich erstellt werden. Die Fortbildungsakademie des ÖBVP wird auf eine breite Basis gestellt, sodaß eine mögliche Konkurrenz der Aus- und Weiterbildungsvereine hintangestellt wird. Das Projekt „Mediation“ zusammen mit der Anwaltskammer gedeiht. Mittlerweile sind bereits zwei Kurse beendet. Noch im Oktober soll eine erste gemeinsame Liste von psychotherapeutischen und anwaltlichen Mediatoren der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

Besondere Aufmerksamkeit widmen die Funktionäre natürlich der Fortsetzung der Kassenverhandlungen, die im Oktober fortgesetzt werden sollen. Dazu hat der Präsident des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Hans Salmutter, im Standard vom 19. 9. 1998 betont, daß er für „Psychotherapie auf Krankenschein“ eintritt und der Hauptverband auch bereit ist, dafür mehr Geldmittel zur Verfügung zu stellen. Allerdings bemerkt er auch, daß eine Regelung bisher an der Landesvertretung der Psychotherapeuten gescheitert sei. Dies ist eine bekannte

alte Strategie des Hauptverbandes, auch anderen Anbietern von Gesundheitsleistungen gegenüber, nämlich Kriterien zu erstellen, die von der Berufsgruppe verantwortlich kaum zu erfüllen sind, um dann anschließend zu sagen, es läge an der Berufsgruppenvertretung, daß keine Lösung zustande kommt. Wir werden auf diese Strategie hinweisen und entsprechend eindeutig in den Verhandlungen unsere Positionen vertreten. Das Verhandlungsteam mit Frau Dr. Jutta Fiegl an der Spitze ist jedenfalls fest entschlossen, einen Gesamtvertrag zu erreichen. Im übrigen ist die Erzielung eines Vertrages eine Bringschuld der Krankenkassen seit 1992!

Was soll bis Weihnachten erreicht sein:

- a) Abstimmung Kammer ja – nein,
- b) Grundzüge des Kassenvertrages.

Das deutsche Psychotherapeutengesetz tritt ab 1. 1. 1999 in Kraft, die notwendigen Verordnungen, die erst eine Durchführung auf Bundesländerebene gewährleisten, sind allerdings noch nicht erstellt. Ich habe eine bilaterale Arbeitsgruppe zwischen Deutschland und Österreich im Gesundheitsministerium angeregt, da es doch zahlreiche „Pendler“ gibt, die natürlich entsprechende Rechtssicherheit im Beruf benötigen.

Im Juli 1999 findet der nächste Weltkongreß für Psychotherapie in Wien statt. Die Nachfrage ist bedeutend höher als beim ersten Kongreß, es sind bereits über 2000 Voranmeldungen eingetroffen. ÖBVP/SPV/ASP/DVP-Mitglieder erhalten eine Ermäßigung der Kongreßgebühr bis 31. 12. 1998 (Programm anfordern unter: 0043/1/512 04 44).

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich wünsche Ihnen einen schönen Herbst!

Alfred Pritz

Präsident des ÖBVP

D. Fastenbauer

3. Treffen der Gerontopsychotherapeuten im ÖBVP

Am 10. Juli 1998 traf sich diese Arbeitsgruppe bereits zum dritten Mal (unter der Leitung von Prof. Pritz und Dr. Lobe).

Zu unserer Überraschung wird die Anzahl der Interessenten/innen und Mitarbeiter/innen immer größer, auch gibt es öfters telephonische Anfragen.

Die Frage „Gerontopsychotherapie – wozu?“ (siehe Psychotherapie Forum 6/2 1998 [Suppl]) scheint langsam eher der Frage „Gerontopsychotherapie – wie?“ zu weichen.

Die wichtigsten Themen waren diesmal:

1. Regionalisierung

Für 3 Bundesländer wurden bereits Regionalkoordinatoren/innen bestimmt:

Wien:

Doris Fastenbauer, 1010 Wien, Seilerstätte 10/II/2/7, Tel./Fax 01/513 32 26

Oberösterreich:

Dr. Christian Neubauer, 4061 Pasching, LNK Linz, Lenaustraße 3, Tel. 07229/63746, 0732/69 21/32 13 od. 32 10

Tirol:

Traudl Mayr, 6073 Sistrans, Badhausweg 212, Tel. 0512/37 76 83

Derzeitige Gesamtkoordination:

Doris Fastenbauer (w.o.)

Wir würden uns freuen, wenn auch die übrigen Bundesländer möglichst

bald ihre Koordinatoren/innen nennen würden.

2. Bundesweite Liste der Gerontopsychotherapeuten

Es wurden die Kriterien diskutiert, nach denen sich Therapeuten mit Erfahrung im Gerontobereich auf dieser Liste eintragen lassen können.

Wer an einer Eintragung interessiert ist, möchte sich bitte bei Frau Töpel (ÖBVP, Tel. 01/ 512 70 90) melden.

3. Wissenschaftliche Forschung

Es wurden die Möglichkeiten wissenschaftlicher Forschung speziell im Hinblick auf das „Jahr der Senioren 1999“ erörtert. Auch die Frage der Finanzierung, eventuell im Rahmen eines EU-Projektes, wurde diskutiert.

Weiters gab es den Wunsch nach einer aktuellen Literaturliste, diese wird voraussichtlich ab Herbst 98 verfügbar sein.

4. Symposium Gerontopsychotherapie

Diverse Möglichkeiten wurden überlegt.

5. Public Relation

Wie kann man der Allgemeinheit den Begriff Gerontopsychotherapie nahebringen und Verständnis und Interes-

se bei der betroffenen Bevölkerung erreichen?

Kontakte mit Medien sollen aufgenommen werden und entsprechende Artikel veröffentlicht werden.

Diese Arbeitsgruppe dient auch besonders dem Erfahrungsaustausch, wobei die Kollegen von ihren Möglichkeiten und Schwierigkeiten erzählen und von geplanten Projekten.

Interessant sind für uns die zum Teil unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten in den verschiedenen Bundesländern.

Wir erfahren von verschiedenen Organisationsmodellen, wie z.B. dem privat organisierten Gero-Center (Verein zur Förderung der Lebensqualität im höheren Alter) in Linz, in dem sich ein Psychiater, mehrere Psychotherapeuten, diplomiertes Pflegepersonal, eine Ergotherapeutin und ein Sozialarbeiter um die Patienten kümmern.

In Tirol sind Informationsveranstaltungen in den Sozialsprengeln für Senioren und Betreuer ab Herbst 98 geplant.

Über das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser erzählt eine Kollegin, daß es 8 angestellte Psychologen/innen (für 32 Wohnhäuser) gibt, die für Diagnostik, Beratung, psychologische Betreuung und Angehörigenarbeit zuständig sind.

Wer also Interesse an dieser Arbeitsgruppe hat, ist herzlichst eingeladen!

*Doris Fastenbauer
Psychotherapeutin
Seilerstätte 10/II/7, A-1010 Wien*

Bezirkspsychotherapeutenvertreter/innen österreichweit

Die Funktion der Bezirkspsychotherapeutenvertreter für ganz Wien wurde von Johann Mauder (WLP-Vorstand) in den letzten Jahren mit großem Erfolg ins Leben gerufen. Regelmäßige Treffen der Kollegen/innen – teilweise bereits mit den niedergelassenen Ärzten und anderen Berufsgruppen – finden in den Bezirken statt. Erfahrungsaustausch, Vernetzung, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, Informationen an Ärzte, Kontakt zu

anderen Berufsgruppen sind Schwerpunktthemen dieser Treffen.

Nun entstand die Idee, dieses Konzept der Vernetzung auch in den übrigen Bundesländern (soweit nicht bereits vorhanden) zu realisieren.

Ich selbst bin Bezirkspsychotherapeutenvertreterin für den 13. Bezirk in Wien und würde mich freuen, meine diesbezüglichen Erfahrungen einzubringen und beim Aufbau einer Vernetzung auf Bezirksebene in den Län-

dern, gemeinsam mit meinem Kollegen, Herrn Johann Mauder, behilflich zu sein.

Für Anfragen stehe ich sehr gerne zur Verfügung.

*Claudia Reinthaller
Wiener Landesverband für
Psychotherapie
Rosenbursenstraße 8/3/8
A-1010 Wien
Tel./Fax 512 61 73*

E. Sprinz

Zur Neuwahl des Vorstandes im Salzburger Landesverband

Am 17. 6. 1998 wurde in Salzburg ein neuer Landesvorstand gewählt, der aus folgenden Personen besteht:

Vorsitzende: Elisabeth Sprinz

Stellvertretende Vorsitzende:
Ulla Diltsch

Kassier: Michael Bilic

Stellvertretender Kassier:
Wolfgang Hammerschmid-Rücker

Schriftführer: Reinhard Vierhauser

Folgende *berufspolitische Schwerpunkte* haben wir uns für das neue Arbeitsjahr vorgenommen, unter der Überschrift: Vielfalt – Gemeinsamkeit – Kompetenz:

1. Schaffung einer breiten Gesprächsbasis für *alle* an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Institutionen. Chancen gemeinsam aufgreifen, Nützen von *Synergieeffekten*.
2. Bessere Integration von *Länderinteressen* auf ÖBVP-Bundesebene.
3. Besserer *Kontakt* des Vorstands zu allen derzeitigen, potentiellen und ausgetretenen Mitgliedern.
4. Unterstützung eines *vielfältigen Berufsbildes* von Psychotherapeuten/innen und Förderung von Dialogen

innerhalb der und zwischen den verschiedenen Interessensgruppen.

5. Daraus ergibt sich für die *Öffentlichkeitsarbeit*: Selbstbewußte Darstellung der Psychotherapeuten/innen als eine *heterogene, kompetente Gruppe* mit gemeinsamen Interessen, die fähig und unbeirrbar entschlossen ist, ihre Chancen zu nützen, um sowohl ihre *berufliche Existenzfähigkeit* als auch die notwendige und hoffentlich endlich selbstverständliche *psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung* zu sichern.



Dr. Elisabeth Sprinz, Vorsitzende des Salzburger Landesverbandes
Griesgasse 25/2, A-5020 Salzburg
Tel. 06 62/84 95 10

– entstanden inhaltlich und qualitativ anspruchsvolle Diskussionen, die für die künftige Weiterentwicklung analytischer Körperpsychotherapie sehr förderlich sein werden.

Die Teilnehmer fanden ein abwechslungsreiches Programm, bestehend aus Schwerpunktreferaten, Podiumsdiskussionen, „Open Space“, Workshopssowie Abendveranstaltungen vor. Trotz der eher steril wirkenden und wenig körperfreundlichen Räumlichkeiten – die Veranstaltung fand im Hörsaalzentrum des Wiener Allgemeinen Krankenhauses statt – entstand im Laufe der vier Tage eine wohltuende Atmosphäre, in welcher sich viele persönliche Begegnungen entwickeln konnten. Daß sich die Stimmung auf der Veranstaltung so positiv entwickeln konnte, führe ich auf die Offenheit des Personenkreises, der auf dieser Veranstaltung vertreten war, zurück: einerseits an Psychoanalyse interessierte Körperpsychotherapeuten unterschiedlichster Orientierung (Bioenergetik, Biodynamik, Reich'sche Therapie, Konzentrierte Bewegungstherapie u.a.), andererseits für Körperarbeit aufgeschlossene Psychoanalytiker. Trotz teils kontroversieller Diskussion war immer noch spürbar, daß hinter den verschiedenen inhaltlichen Standpunkten Menschen gesehen wurden, die an einer Integration und/oder Differenzierung therapeutischer Konzepte hohes Interesse hatten und sich gegenseitig grundsätzlich wertschätzten. Bedauerlich war der Umstand, daß nur sehr wenige österreichische Psychoanalytiker diese Gelegenheit nutzen, sich an der Diskussion zu beteiligen. Ausländische Psychoanalytiker-Kollegen befanden sich hingegen in Österreich sozusagen auf neutralem Boden und konnten sich daher voll auf das Geschehen einlassen.

Nun kurz zu den Inhalten. In seinem Einführungsreferat über die „Integration des Körpers in eine analytische Psychotherapie“ sprach Dr. Hans-Joachim Maaz aus Halle (Deutschland) nicht nur über seine therapeutischen Konzepte und Techniken, er betonte ebenso die gesellschaftspolitische Dimension in der Entstehung von Grundstörungen und Neurosen und damit von Psychotherapie im Allgemeinen. Herr Prof. Günter Heisterkamp aus Ratingen (Deutschland) versuchte in seinem

P. Geißler

Tagungsbericht: 1. Wiener Symposium „Psychoanalyse und Körper“ (8.–12. 7. 1998)

Es war das erste Mal, daß sich analytische Körperpsychotherapeuten und für eine offene Psychoanalyse eintretende Psychoanalytiker unter dem Titel „Psychoanalyse und Körper“ versammelten. Die beiden Veranstalter, die Akademie für Psychoanalyse und der AKP (Arbeitskreis für analytische körperbezogene Psychotherapie), begrüßten 160 Teilnehmer und Referenten, die überwiegend aus Deutsch-

land, der Schweiz und Österreich, aber auch aus anderen Ländern (Frankreich, Belgien, Rußland) nach Wien gereist waren. Dadurch, daß die meisten jener Kollegen anwesend waren, die die Bewegung einer analytischen Körperpsychotherapie derzeit tragen – Maarten Aalberse, Jacques Berliner, Günter Heisterkamp, Rudolf Maaser, Hans-Joachim Maaz, Tilmann Moser, Jörg Scharff und Gisela Worm

Vortrag „Über das Handeln des Psychoanalytikers in der Talking Cure“ nachzuweisen, daß ein Interagieren zwischen Patient und Therapeut immer stattfindet, auch wenn der Therapeut hinter der Couch sitzt. In seinem therapeutischen Ansatz machte er deutlich, daß er sich stark an Michael Balint orientiert, und er nutzte Balints Falldarstellung von der „Patientin mit dem Purzelbaum“, um gegenwärtige kontroversielle Sichtweisen von Psychoanalytikern einerseits und analytischen Körperpsychotherapeuten andererseits zu verdeutlichen.

Dr. Elisabeth Fivaz-Depeursinge aus Lausanne (Schweiz) zeigte in ihrem video- und diaunterstützten Vortrag zum Thema „Body and Face Interactions in the primary Triangle and therapeutic Implications“ eindrucksvoll auf, wie sehr schon das kleine Kind in der Lage ist, Beziehungen zwischen drei Personen wahrzunehmen, darauf zu antworten und sie sogar aktiv mitzugestalten. Diese Sicht des Säuglings und Kleinkindes als sozial kompetentes Wesen bestimmt maßgeblich das Menschenbild analytischer Körperpsychotherapie und erhielt durch den Vortrag von Frau Fivaz-Depeursinge wichtige wissenschaftliche Rückendeckung. Dipl.-Psych. Jörg Scharff aus Kronberg (Deutschland) verglich in einem sehr anspruchsvollen und theoretisch äußerst fundierten Vortrag erstmals den Erfahrungsraum der Psychoanalyse mit jenem bei inszenierender Interaktion und leistete auf diese Weise einen wichtigen Beitrag zur Klärung, daß beide Erfahrungsräume ihre Gültigkeit und Berechtigung besitzen.

Dr. Jacques Berliner aus Brüssel (Belgien) gab Richtlinien an, unter welchen Umständen bei welchen Patienten körperorientierte Interventionstechniken sinnvoll sind und wann kontraindiziert. Er verwies dabei ebenso wie sein Nachfolgeredner, Prof. Peter Kutter aus Stuttgart, auf die Brisanz, aber auch hohe Bedeutung sexueller Themen in der Therapie. Beide Referenten versuchten, ihre Lösungswege für diese in jeder Therapie heikle Ebene zu präsentieren.

Schließlich beleuchteten Dr. Mathias Hirsch und Prof. Rainer Danzinger zwei wichtige klinische Themen: Herr Hirsch die „Selbstbeschädigung bei

Eßstörungen – zur Psychodynamik des Körperagierens“, und Herr Danzinger „Störungen des Körperbildes bei schizophrenen Patienten“.

Die Podiumsdiskussionen erfreuten sich reger Beteiligung durch das Publikum. Es war den Moderatoren dieser Diskussionen (Dr. Peter Haenlein, Stuttgart, Dr. Dagmar Hoffmann-Axtelm, Basel, Dipl.-Psych. Gisela Worm, Buchholz, Prof. Alfred Pritz, Wien, und Dr. Gerhard Stumm, Wien) zu verdanken, daß sich spannende Diskussionen entwickeln konnten. Den Höhepunkt der Diskussionskultur bildeten die „Contradictiones“. Zum Thema „Abstinenz: Wahrheit, Agieren und Mißverständnis“ wurde als Kontrast zur analytischen Körperpsychotherapie und offenen Psychoanalyse Felix Mendelssohn vom Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse eingeladen. Ebenso war Frau Dr. Hildegund Heindl als Vertreterin der Integrativen Gestalttherapie anwesend. Es entstand – trotz beschränkter Diskussionszeit – eine sehr interessante und die verschiedenen Standpunkte klärende Auseinandersetzung.

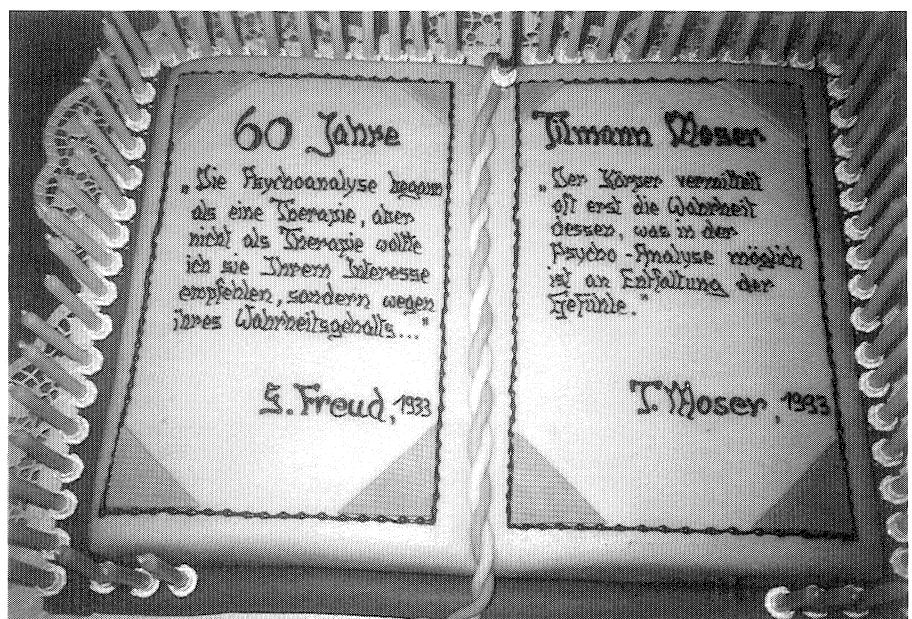
Im „Open Space“ war Raum für sich entwickelnde Themen von Tagungsteilnehmern. Ein russischer Kollege namens Vladimir Nikitin nutzte die Gelegenheit, um auf körperpsychotherapeutische Entwicklungen in Rußland hinzuweisen und sie durch konkretes Videomaterial zu illustrieren.

Die Workshop-Angebote im Überblick: Dr. Maarten Aalberse – Touch,

frames and (counter)transference; Dr. Siegrid Damm – Mehrphasentherapie bei traumatisierten Patienten; Prof. Rainer Danzinger – Körpertherapie bei Psychosen; Dr. Mathias Hirsch – Psychoanalytische Psychotherapie traumatisierter Patienten; Dr. Dagmar Hoffmann-Axtelm – Frau oder Mann? Das Geschlecht der therapeutischen Person; Dr. Rudolf Maaser und Frauke Besuden – Welche Sprache spricht der Körper? Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie; Dr. Hans-Joachim Maaz – Analytische Körperpsychotherapie; Dr. Tilmann Moser – Psychoanalyse und Körperarbeit; Dr. Karl Stoxreiter – Körperinterventionen in der analytischen Körperpsychotherapie; Dipl. Psych. Gisela Worm – Abstinenz oder Befriedigung. Die therapeutische Beziehung im Spannungsfeld von Übertragungen und Neuerfahrungen.

Es wurde positiv vermerkt, daß für die Workshops drei Halbtage zur Verfügung standen und dadurch ausreichend Zeit zur inhaltlichen Vertiefung blieb. Man konnte sich als Workshopteilnehmer in der Regel ein gutes Bild von der theoretischen und praktisch-technischen Ausrichtung des jeweiligen Workshopleiters machen.

Tilmann Moser wurde nach seiner Lesung „Kleiner Verrat und große Schuld“ anlässlich seines 60. Geburtstages mit einer eigens für ihn angefertigten Torte feierlich geehrt. Die Fachtagung wurde außerdem durch einen Empfang beim Bürgermeister der Stadt Wien aufgewertet.



Mehrfach wurde der Wunsch nach einer Fortsetzung eines solchen Symposiums geäußert. In der Abschlußdiskussion „State of Art“ kamen auch interessante Ideen und Anregungen, von denen ich zweierlei aufgreife: mehr Frauen als Referenten, sowie das Thema Sexualität als Untertitel einer nächsten Fachtagung „Psychoanalyse und Körper“. Eine solche ist für das Jahr 2000 geplant.

Die Hauptvorträge wurden auf Audio-Cassetten aufgezeichnet und sind auf Wunsch erhältlich. Ebenso wird es in Bälde einen Tagungs-Sammelband (Psychosozial-Verlag) geben.

Alles in allem: Das 1. Wiener Symposium „Psychoanalyse und Körper“ war eine im großen und ganzen respektvolle Begegnung von Therapeuten unterschiedlicher Ausrichtung. Und es war ein Meilenstein für die in Gang befindliche Entwicklung der analytischen Körperpsychotherapie.

Korrespondenzadresse:
DDr. Peter Geißler
Dr. Paul Fuchsiggasse 12
A-2301 Neu-Oberhausen
Tel. 01/798 51 57
Fax 01/798 51 573
E-mail: p.geissler@treangeli.at



DDr. Peter Geißler, Analytischer Körperpsychotherapeut, Obmann des AKP (Arbeitskreis für analytische körperbezogene Psychotherapie)

Sophie Freud ist wieder österreichische Staatsbürgerin

Bürgermeister Dr. Michael Häupl überreichte Ende Mai in seinem Arbeitszimmer an Frau Prof. Dr. Sophie Freud, Enkelin von Sigmund Freud, jene Urkunde, mit der sie die österreichische Staatsbürgerschaft wiedererlangt. Die heute 74jährige Psychotherapeutin war als 14jähriges Mädchen im Mai 1938 aus Wien vertrieben worden und emigrierte in die Vereinigten Staaten, wo sie in Boston eine Universitätskarriere machte. Sie veröffentlichte zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten über Emanzipation und Gewalt in der Familie.



Foto: Votova/PID

Ausbildung

Am 12. März 1999 beginnt eine 4jährige fachspezifische Ausbildung in systemischer Familientherapie

Anmeldungen sind bis 31. 12. 1998 erbeten

Information:

Lehranstalt für systemische Familientherapie der Erzdiözese Wien
Gentzgasse 22-24, A-1180 Wien, Tel. +43 1 47 86 300, Fax +43 1 47 86 301

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.

R. Chiba

Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Ethik muß, wenn wir sie richtig verstehen, immer wieder alles auch in Frage stellen können. Wo sie erstarrt, wird sie zur Alltags- und Gebrauchsmoral degradiert, zu einem festen Schema von gesellschaftlich „richtigen“ Verhaltensweisen, zum „gesicherten“ Besitz.

Denn Ethik kann – und das ist das sozusagen Unmoralische an ihr – nie absolute Sicherheit und Gewissensruhe bieten; ihre Eigenheit und Aufgabe ist es geradezu, den Menschen zu verunsichern und ihn zu zwingen, sein Verhältnis zu den Mitmenschen immer wieder von vorne und von neuem zu überdenken (Gfeller, 1991).

Dies gilt besonders auch für den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, denn die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erfordert ein Höchstmaß an Flexibilität, der Therapeut muß „einerseits Konflikte und Probleme mit den Augen eines Kindes

und zugleich mit dem kritischen Blick eines Erwachsenen sehen“ (Müller-Küppers, 1973, S. 244).

In diesem Sinne mögen auch die folgenden psychotherapeutisch-ethischen Fragestellungen verstanden werden – als Anstoß zum Nachdenken und Hinterfragen.

Die UN-Konvention über die Rechte des Kindes (1989) garantiert Kindern die Grundrechte der Menschenrechtskonvention von 1948 sowie Sonderrechte zu ihrem besonderen Schutz (Castelle, 1989). Die Konvention versteht „Kindheit“ als Entwicklungsprozeß, im Laufe dessen Kinder bzw. Jugendliche einerseits vor schädigenden Einflüssen behütet, andererseits in ihrer Autonomie gestärkt werden sollen.

Das Recht des Kindes auf freie Meinungsbildung, Meinungsäußerung, Gedankenfreiheit und Privatsphäre kann nicht ignoriert werden.

Wenn Kinder den Konsens zur Psychotherapie verweigern, berührt das die Konvention. Dies gilt auch, wenn sie (gegen den elterlichen Willen) Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen (Reiter-Theil, 1993).

Der Übersichtlichkeit halber werde ich die ethischen Fragen an den *Ethischen Konflikttypen* darstellen. Die Auflistung der Konflikttypen wurde von F. Sedlak (1997, unveröffentlichte Skripten) aus dem ursprünglichen Kontext einer Beurteilung von Organisationsproblemen auf zwischenmenschliche Konflikttypen übertragen. Ich verwende die Überschriften und gebe therapeutische Kommentare ab.

Ethische Konflikttypen und ihr Bezug zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

1. Bewertungskonflikt (Wertstreit)

Werte der Kinder/Jugendlichen –
Werte der Eltern – Werte der
Erwachsenen

Der/die Kinder- und Jugendlichentherapeut/in (im folgenden werde ich dafür die Abkürzung „dKJTh“ verwenden) sollte grundsätzlich die Werte des Kindes beachten und dies zu seiner ethischen Grundposition erklären. Im therapeutischen Kontext treten charakteristischerweise Situationen auf, in denen Interessen des Kindes/Jugendlichen und seiner Eltern konfliktieren, hier sollte das Interesse des Kindes/Jugendlichen als vordringlich gelten, fordern Cohen und Naimark (1991, S. 60).

Ein Beispiel: Ein Jugendlicher und seine Eltern haben verschiedene Gründe für die Therapie: Die Eltern wollen bessere Schulleistungen und wieder eine bessere Familienatmosphäre, den „Buben so wie er früher war!“, der Jugendliche will mehr Freiheit haben, mehr Autonomie, sich

besser durchsetzen können, mit den Leistungsanforderungen von Eltern und Schule besser umgehen können, und vor allem will er wieder mehr Freude am Leben haben. Wie sehr darf dKJTh dem Jugendlichen zur eigenen Entscheidung verhelfen, vielleicht auch gegen den Willen der Eltern die Schule abzubrechen und eine Lehre zu beginnen? Wird es ihm dann besser gehen oder kommt er in eine zu große Extremsituation zu seinen akademischen Eltern? Ist sich dKJTh sicher, auf Grund eigener Adoleszenzkonflikte mit dem Jugendlichen nicht mitzuagieren?

2. Strukturkonflikt (Diskrepanz zwischen Idee und Organisationsrealität)

Welches Bild haben die einzelnen Familienmitglieder von ihrer Familie, wie sieht die Struktur tatsächlich aus?

Was systemische Therapien explizit machen, gilt auch für andere Therapieformen, nämlich die Berücksichtigung der jeweiligen Ökologie des kindlichen/jugendlichen Patientenverhaltens. Das Gleichgewicht, das sich in einem bestimmten System eingespiegelt hat, wird durch die Therapie sehr beeinflusst, Vorstellung und Realität können immer mehr divergieren, werden durch das Kind/den Jugendlichen immer deutlicher, Angst und Hilflosigkeit kann in der Familie aufkommen. Wie kann dKJTh hier nach bestem Wissen und Gewissen klären, neue Sichtweisen anregen, Ehrlichkeit in der Familie fördern? – Diese Verantwortung sollte ihm/ihr immer bewußt sein.

3. Identifikationskonflikt (Loyalitätsproblem)

Mit wem identifiziert sich der Therapeut? Mit dem leistungsfordernden System (Schule), mit den Erziehungspersonen, mit dem Kind/Jugendlichen? Wer erfährt was?

In der Therapie darf sich der Therapeut nicht als Beauftragter der Eltern fühlen. Zu oft verbinden Eltern mit der „Behandlung“ ihrer Kinder eher das Ziel der Wiederherstellung ihres eigenen Wohlbefindens als das des Kindes. Gleichzeitig ist es jedem Kindertherapeuten bewußt, daß er nur mit Hilfe der Eltern und keinesfalls gegen sie mit

einem Kind Therapie machen kann. Er braucht ihre Mitarbeit, ihre Unterstützung, die Akzeptanz des therapeutischen Geschehens.

Gerade bei Konflikten sollte dKJTh den kindlichen Standpunkt betonen und unterstützen. So werden die Eltern für die Sicht des Kindes sensibilisiert und können Toleranz und Achtung vor der Selbstbestimmung lernen. Wie gut gelingt es dKJTh, das ethische Prinzip des Respekts vor der Autonomie zu beachten, aber gleichzeitig auch den Grundsatz der Hilfeleistung zu berücksichtigen?

Wie gehe ich als Therapeut mit der Verschwiegenheitspflicht bei Kindern und Jugendlichen um?

Krisch und Schopper (1993) stellen den schwierigen ethischen Umgang mit der Verschwiegenheit dar. Sie zeigen anhand eines Fallbeispiels, daß die dem Psychotherapeuten anvertrauten Geheimnisse von Minderjährigen genauso schützenswert wie die von Erwachsenen sind und nicht weitergegeben werden dürfen. Der Schutz des Vertrauensverhältnisses steht in jedem Fall im Vordergrund.

Wie geht dKJTh ethisch mit dem Konflikt zwischen der Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen Kind/Jugendlichem und Therapeuten/in und der oft unerläßlichen Auskunft über den Verlauf der Therapie gegenüber den Eltern um?

4. Beurteilungskonflikt (Durchführungsdiskrepanzen)

Welche Konsequenzen ergeben sich durch die Therapie? Wer trägt, behindert die Konsequenzen – tatsächlich oder durch kognitive Umdeutungen?

Eine ethisch wichtige Frage in der Ki/Ju-Therapie ist die der Aufdeckung oder Nichtaufdeckung: Ein Kind ist wegen Verhaltensauffälligkeiten in Therapie. Zunehmend wird der Verdacht auf sexuellen Mißbrauch durch den Vater (Ehe geschieden, Kind bei Mutter, Wochenendbesuche bei Vater) zur Gewißheit.

Als Therapeut muß ich mir nun der Ambivalenz aller meiner Entscheidungen und Handlungen bewußt sein. Decke ich den Mißbrauch auf, ist zu befürchten, daß das Kind durch die Konsequenzen zusätzlich sekundär traumatisiert wird. Decke ich nicht auf, erlebt das Kind durch das „Mitschweigen“ dKJTh wieder die Macht

des Mißbrauchers und die Schwäche des Therapeuten (Helfers) und unserer Gesellschaft (Ogris, 1995). Es ist für dKJTh eine ethisch schwierige schmale Gratwanderung.

Gerade bei Kindern ist die psychotherapeutische Situation für Wiederholungen prädestiniert, für Wiederholungen der Übergriffigkeit und des Darüber-Schweigens: Wie verhält sich dKJTh, wenn das Kind kuscheln will, den Körperkontakt sucht, umarmen will? Wie, wenn das Kind beobachtend wartet, wie mit seinem Geheimnis umgegangen wird?

Und die Therapeuten/innen können das unerträgliche Gefühl erleben, nichts tun zu können/dürfen. Sie fühlen sich „machtlos“ – wie das Kind (der Jugendliche) während der Mißbrauchssituation (Perner, 1996, S. 293).

5. Kompetenzkonflikt (Zuständigkeitsproblem)

Wer ist für den kindlichen/jugendlichen Patienten in welcher Hinsicht zuständig? Welche Kompetenzen hat der Therapeut und welche nicht? Welche Folgen ergeben sich daraus?

DKJTh ist gefährdet, die überwertige Rolle als idealer Elternteil anzunehmen, eine unrealistisch heile Welt in der Therapie aufzubauen. Er muß sich hüten, mit den Eltern des Kindes/Jugendlichen zu rivalisieren.

Manchmal ist der Ki/Ju-Th. versucht, den Eltern zu wenig Kompetenz einzuräumen und z. B. das Therapieende hinauszuzögern, das Kind nicht loszulassen, weil er die Eltern für unfähig hält.

Weiters besteht die Gefahr des „Sichaufessen-Lassens“, es kann zu einer Überforderung dKJTh durch illusionäre Erwartungen oder unerfüllbar gestaltete Hilfsanforderungen durch die Eltern kommen.

Manche Eltern kommen auf Grund des Druckes durch die Schule, des Jugendamtes, des Gerichts und delegieren dann die gesamte Verantwortung an den Therapeuten, oft zusätzlich mit der Erwartungshaltung, daß die Therapie ohnehin nichts nützen werde – eine schwierige Situation.

6. Motivationskonflikt

Wer möchte was? Was ist die Therapie-Motivation des Kindes/Jugendli-

chen und was die Therapie-Motivation der Bezugspersonen? Was tun bei starker Diskrepanz?

Schon A. Freud (1987) wies darauf hin, daß der bedeutende Unterschied zwischen Kindertherapie und Erwachsenentherapie darin besteht, daß wir beim Kind die Krankheitseinsicht vermissen, die zum Wunsch nach Heilung und zum therapeutischen Bündnis führt. Die Beziehungspersonen haben den Leidensdruck, das Kind am wenigsten.

Eines der Grundprinzipien der Psychotherapie-Ethik ist das Konzept der „Informierten Zustimmung“:

Das Kind/der Jugendliche wird meist für therapiebedürftig erklärt und die „informierte Zustimmung“ wird nicht explizit eingeholt. Vielen Therapeuten erscheint es als hinreichend, wenn die Eltern ihr Ki/Ju in die Therapie bringen. Die Zustimmung der Eltern allein reicht aus ethischer Sicht nicht aus.

Ross (1982) meint, man solle das Kind nicht fragen, ob es bei dem Problem Hilfe möchte oder nicht, sondern ihm unter mehreren vorliegenden Möglichkeiten die Wahl lassen, um seine Beteiligung bei Entscheidungen zu sichern.

Das Ki/Ju sollte angeregt werden zu fragen, was ihm wichtig ist, um bei der Therapie mitzuwirken (dialogische Gestaltung). Ein Kind hat eventuell andere Fragen als Erwachsene, die es zu einer Entscheidung für oder gegen die Therapie für wichtig erachtet: Hast du auch Kinder, wie alt sind sie? Spielst du gerne? Bist du gerne in die Schule gegangen? Warst du ein schlimmes oder ein braves Kind? Hast du manchmal Angst? ...

7. Beziehungskonflikt

Welche Subsysteme, Bindungen, Koalitionen halten welche Beziehungen aufrecht – auch gegen die therapeutischen Veränderungsbemühungen? Welche Beziehungskonflikte – z. B. mit einem oder beiden Eltern – ergeben sich aufgrund der Therapie erst?

Unter ethischen Gesichtspunkten kann das Ziel psychotherapeutischer Arbeit nur in der befriedigenden Entwicklung aller Beteiligten bestehen. Wie kann dKJTh die Entwicklung des Kindes zu Autonomie und Ablösung fördern, wenn z. B. ein asthmakran-

kes Mädchen seine Symptomatik verliert, autonomer, selbstständiger und freier wird, aber die Mutter in eine bis zu diesem Zeitpunkt mühsam abgewehrte Depression fällt und für das Kind gefühlsmäßig nicht mehr erreichbar ist, das Kind sich für seine Ablösungsschritte bestraft fühlt? Wie geht man mit dieser Situation um, wenn die Symptomatik des Kindes Ausdruck eines psychodynamischen Gleichgewichts in der Familie ist, für dessen Aufrechterhaltung diese Symptomatik notwendig erscheint?

Das Wohlergehen des Gesamtsystems (Familie) und das Wohlbefinden des Kindes ist zu berücksichtigen. Eine sorgfältige therapeutisch-ethische Begründung für die notwendigen Maßnahmen ist wichtig, da es hier zu unerlaubten Manipulationen kommen könnte.

Der Umgang gerade für dKJTh mit dem oft problemverhärtenden System der Familie, aber auch der Clivenbildungen in Klassen ist ein schwieriger. Oft scheuen Th. und KJ vor einer Weiterentwicklung zurück, weil sie erkennen, daß die folgenden Auseinandersetzungen mit der eigenen Lebensumwelt sehr schmerzhaft Handlungsschritte mit sich brächten.

DKJTh muß sich bewußt sein, daß die Beziehungen zu den Eltern, den Geschwistern und anderen Bezugspersonen in der Therapie wichtige Faktoren sind.

8. Machtkonflikt

Wer setzt sich durch im System? Mit welchen Mitteln?

Die Macht des/der Therapeuten/in ist ein zentrales Thema der therapeutischen Ethik. Die Verführung zu Machtmißbrauch ist für dKJTh noch größer, denn das Kind/der Jugendliche ist durch seine Abhängigkeit von den Erwachsenen manipulierbarer als ein erwachsener Patient.

Der Therapeut hat diesbezüglich eine große ethische Verantwortung: Wie geht er ethisch vor, das Kind/den Jugendlichen nicht von sich abhängig zu machen und trotzdem das Vertrauen zu gewinnen und zu behalten? Wie kann er dem Ki/Ju Vorbild sein, aber immer im Bewußtsein, sich nicht narzißtisch zu überhöhen oder eigene Defizite zu übertünchen? Weiters muß er sich der Grenzen seiner Möglichkei-

ten angesichts schwerster Probleme des Kindes und seiner verzweifelten Eltern bewußt sein – er ist nicht allmächtig! Der Therapeut muß dem Kind/Jugendlichen Grenzen setzen können, wenn sich das Kind/der Jugendliche maßlos fordernd bezüglich Zuwendung und Nähewunsch verhält, wenn von ihm seine Macht eingesetzt wird und er manipulierend und fordernd die Substanz dKJTh einfordert.

DKJTh wird oft von seiten des Kindes als eine zusätzliche Autoritätsfigur betrachtet – geht er/sie nicht gut damit um, wirkt sich das gerade am Beginn einer Therapie störend aus.

9. Solidaritätskonflikt (Gemeinschaftsproblem)

Was verbindet die Mitbetroffenen mit dem kindlichen/jugendlichen Patienten?

Hier kann der Gegenübertragungsaspekt dKJTh ein ethisches Problem sein: Wenn sich der/die Therapeut/in nur mit dem Ki/Ju identifiziert. Gerade bei Jugendlichen muß man unbedingt neutral bleiben, sollte dem Jugendlichen helfen, ich-gerechte Wege in der als hilflos erlebten Situation zu suchen und zu eigenen Entscheidungen zu finden – aber immer unter Einbeziehung der Gemeinschaft, der Umwelt und des Milieus, in dem der Jugendliche lebt.

DKJTh sollte sich bemühen, die Lebenssituation und Lebensumwelt des Ki/Ju verantwortlich im Blick zu haben, um den Gefahren einseitiger Identifikation zu begegnen. Die Reaktionen der Angehörigen müssen bedacht werden, denn einseitige Ablösebemühungen können bei Unterschätzung der gegebenen Loyalitätsbindung und Abhängigkeiten für alle Beteiligten gefährlich werden und Krisen auslösen.

Bei der Beschäftigung mit ethischen Fragen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie könnte eine gewisse Mutlosigkeit aufkommen. Der Hinweis auf Ethik ist eine bewußte Infragestellung, eine Gewissensprüfung und eine nicht eindeutige Sicherheit.

Wenn das Ganze so ist, daß man immer zwischen zwei Entscheidungspolen die zur Situation richtig stimmende Position einnehmen muß, ist es wichtig, daß man Informationen

umfassend hält und alle Mitbeteiligten zu Worte kommen läßt; daß man alle diejenigen Möglichkeiten ausschöpft, wie sie den einzelnen Psychotherapeuten zugänglich sind – z. B. mit projektiven Tests (siehe auch Anmerkung unten) oder in Form von anamnestischen Sondierungen. Zu fordern ist, daß der Therapeut seinen eigenen Ausgangspunkt und seine spezifische Aufgabe gemeinsam mit dem Patientensystem absteckt und sich dadurch gegen mögliche Überforderungen, Eskalierungen etc. absichert. Weiters ist zu fordern, daß der/die Therapeut/in, wenn er/sie von dieser Entscheidungskomplexität in der Kinder- und Jugendlichentherapie Orientierungsprobleme bekommt, Interventions- und Supervisionsmöglichkeiten ausschöpft, bzw. gerade in Hinblick auf die ethische Dimension seine eigenen Überzeugungen reflektiert, um nicht unbewußte Koalitionen einzugehen. Wichtig ist auch eine klare Definition von Therapiezielen, wobei ein größtmöglicher Konsens innerhalb dieses Patientensystems angestrebt werden sollte.

Anmerkung

Bei der besonders in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bedeutsamen Frage nach der situativen Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist es hilfreich, von einem dritten Standpunkt das Ganze zu beleuchten. Diesem Anliegen dient das „Projektive Bildmaterial zur Deutung der Therapiebeziehung (PBDT)“ von R. Chiba. Die Verfasserin des vorliegenden Bei-

trags hat auf 15 Blättern Strichzeichnungen mit wichtigen und schwierigen Therapiesituationen dargestellt. Die ethischen Herausforderungen, die sich besonders in der Kinder- und Jugendlichen-Therapie ergeben, sind auf diesen Bildern leicht erkennbar. (Dieses projektive Bildmaterial wurde veröffentlicht in F. Sedlak [1996]: Anregungen zur projektiven Beziehungsdiagnostik.)

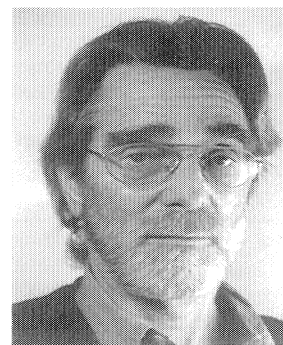
Literatur

- Castelle K (1989) Zum Wohle des Kindes. Plan International, Hamburg
- Cohen CP, Naimark H (1991) United Nations convention on the rights of the child. *Am Psychol* 46: 60–65
- Freud A (1987) Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Schriften Bd VIII. Fischer, München
- Gfeller F (1991) Kleine Geschichte der Ethik. Diogenes, Zürich
- Hutterer-Krisch R (1996) Zum Verhältnis von Ethik und Psychotherapie. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Springer, Wien New York
- Krisch R, Schopper I (1993) Zur Verschwiegenheitspflicht bei Kindern und Jugendlichen. *Psychother Forum* 1/2: 133–134
- Leixnering W, Bogyi G (1997) Fragen der Ethik. In: Reinelt, Bogyi, Schuch (Hrsg) *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie*. Reinhardt, München Basel
- Müller-Küppers M (1973) Zum Problem der Übertragung und Gegenübertragung in der Kinderpsychotherapie. *Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 22
- Ogris MG (1995) Sexueller Mißbrauch an Kindern. *Psychother Forum* 3/1 [Suppl]: S14–S15
- Perner RA (1996) Therapeutische Kommunikation mit sexuell Mißbrauchten. Rechtliche und ethische Aspekte. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Springer, Wien New York
- Reiter-Theil S, et al (1993) Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. *Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 42/1
- Ross AO (1982) Psychiatrische Störungen bei Kindern. Hippokrates, Stuttgart
- Sedlak F (1996) Anregungen zur projektiven Beziehungsdiagnostik. In: Sedlak F (Hrsg) *Psychologie für die Schule*. BMUK, Wien
- Sedlak F (1996) Ist Psychotherapie wertvoll? In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Springer, Wien New York
- Sedlak F (1997) Überlegungen zum emotionalen Mißbrauch – ein Diskussionsbeitrag. *Psychother Forum* 5/3 [Suppl]: S163–S166



*Dr. phil. Renate Chiba
Klinische und Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin in freier Praxis
Lehrtherapeutin für KIP
Kinder- und Jugendlichen-therapeutin
Maria-Grengg-Gasse 4/12
A-1230 Wien*

Editorial



Vielfalt der Methoden anerkannt, Psychotherapeutengesetz verschoben

Über den Sommer sind für die Psychotherapie entscheidende Weichenstellungen geschehen. Zuerst die erfreuliche Nachricht: Die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) hat dem Entwurf für die Kriterien zur Prüfung des Nutzens psychotherapeutischer Methoden zugestimmt. Damit sind die Grundzüge eines Prüfungsverfahrens festgelegt worden, das allen fundierten und seriös praktizierten Psychotherapiemethoden erlaubt, ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) nachzuweisen.

Dass damit die Vielfalt der Methoden anerkannt wird, ist einem wissenschaftspolitischen Entscheid der ELK zu verdanken. Sie hat kein Steuerungsinstrument gewünscht, das die Entwicklung von Methoden und Versorgung in eine bestimmte Richtung lenkt, wie dies von einem Teil der akademischen Psychologen vehement angestrebt wurde. Das Interview mit dem Architekten des Entwurfes, Guido Mattanza, geht vertieft auf diese Thematik ein.

Während auf der einen Seite ein wichtiger Nagel für die Sache der Psychotherapie, wie wir sie verstehen, eingeschlagen wurde, haben auf der anderen Seite die PsychotherapeutInnen verloren. Die Regelung ihrer Ausbildung, welche letztlich die Zulassung zur Berufsausübung bedeutet, wird erneut aufgeschoben. Die Stellungnahmen zur Vorvernehmlassung des

Medizinalberufegesetzes (MedBG), welches auch die Ausbildung der PsychotherapeutInnen hätte regeln sollen, waren in Bezug auf die Grundausbildung der PsychotherapeutInnen dermassen kontrovers, dass der Bundesrat beschlossen hat, die Regelung der Psychotherapie in einem separaten Gesetz zu regeln, um nicht den gesamte Gesetzesentwurf zu gefährden. Die FSP hat mit der Bekämpfung der Psychotherapieregulierung wieder einmal ihren traurigen Beitrag geleistet, die nichtärztlichen PsychotherapeutInnen vom Markt fernzuhalten. Wie es weiter geht, erläutern in diesem Heft Markus Fäh und Walter Franzetti.

In Paris fand anlässlich des Kongresses des Europäischen Verbandes für Psychotherapie (EAP) Ende Juni eine Deklaration der Rechte zur Psychotherapie statt. Sie finden die 10 Punkte in diesem Heft, im Teil unserer deutschen KollegInnen. Diese Punkte stehen noch zur Diskussion; wir fordern Sie auf, daran teilzunehmen. Im nächsten Heft gehen wir mit der Publikation eines Eröffnungsvortrages zur Tagung in Paris vertieft auf das Thema Psychotherapie und Menschenrechte ein. Der Artikel von Ursula Walter in diesem Heft ist ein Beitrag zum psychologischen Hintergrund dieser Thematik.

Mario Schlegel

Diversité des méthodes de psychothérapie garantie – loi sur la psychothérapie remise

Des décisions importantes pour l'avenir de la psychothérapie ont été prises durant l'été. La bonne nouvelle d'abord: la commission fédérale des prestations (CFP) a approuvé le projet de texte concernant les critères destinés à vérifier l'utilité des méthodes de psychothérapie. Une procédure d'examen a donc été mise en vigueur, sur la base de laquelle les méthodes bien fondées et pratiquées avec sérieux peuvent démontrer leur efficacité, leur adéquation et leur caractère économique (leur 'utilité').

Grâce à une décision en rapport avec la politique scientifique prise par la CFP, la diversité des méthodes demeure garantie. Cette commission n'a pas souhaité appliquer un instrument contribuant à ce que les méthodes et l'offre évoluent dans une direction donnée, comme l'exigeaient de manière véhémente certains psycholo-

gues universitaires. L'interview que nous avons menée avec Guido Mattanza, architecte du projet, approfondit ce thème.

Pourtant, alors même que d'un côté cette étape essentielle à la manière dont nous concevons la psychothérapie a été accomplie, de l'autre les psychothérapeutes ont subi une défaite. La réglementation de leur formation – donc en fait de l'accès à la pratique de la profession – est à nouveau remise à plus tard. Les prises de position renvoyées lors d'une première procédure de consultation concernant la loi sur les professions médicales – qui aurait également dû réglementer la formation en psychothérapie – se sont révélées tellement controversées au sujet de la formation de base que le Conseil fédéral a décidé de réglementer notre discipline dans une loi séparée, afin d'éviter de

compromettre l'ensemble du projet. En luttant contre la réglementation de la psychothérapie, la FSP a malheureusement une fois de plus contribué à exclure les psychothérapeutes non-médecins du marché. L'article de Markus Fäh et Walter Franzetti, dans le présent numéro, vous indique comment cette affaire va se poursuivre.

Lors du congrès de l'Association européenne de psychothérapie (AEP) qui a eu lieu à Paris à la fin juin dernier, une déclaration concernant les droits relatifs à la psychothérapie a été élaborée. Vous en trouverez le texte dans le 'Forum Deutschland'. Elle contient dix points qui doivent encore être débattus; nous vous invitons à participer à cette discussion. La conférence présentée en ouverture du congrès de Paris sera publiée dans le prochain numéro; elle approfondit le thème psychothérapie et droits de l'homme. L'article d'Ursula Walter, dans le présent numéro, aborde certains aspects pertinents par rapport à l'arrière-plan psychologique de ce thème.

Mario Schlegel

Das Verfahren zum Nachweis des Nutzens psychotherapeutischer Methoden ist beschlossen

Guido Mattanza, Dr. med. FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ist vom Bundesamt für Sozialversicherung BSV beauftragt worden, einen Entwurf für Kriterien zur Prüfung des Nutzens psychotherapeutischer Verfahren zu erstellen (Psychotherapie Forum Suppl 5/1/97, S. S29). Weil es dabei um die Frage geht, welche psychotherapeutischen Verfahren zukünftig von den Krankenkassen vergütet werden, haben sich berufspolitische und wissenschaftspolitische Kontroversen zugespitzt. Als Architekt des nun von der Eidgenössischen Leistungskommission ELK angenommenen fünften Entwurfes hatte Herr Mattanza extrem unterschiedliche Positionen zu berücksichtigen.

Mit Guido Mattanza sprach Mario Schlegel.

M.S.: Herr Mattanza, in der Schweiz ist zur Erarbeitung des Entwurfes ein Vorgehen in Anlehnung an das Verfahren der Konsensuskonferenz (Forum 1/97, S. S29) eingesetzt worden. Für Europa ist dieses Vorgehen als beispielhaft bezeichnet worden. Welches sind Ihre Erfahrungen damit?

G.M.: Es ist keine einfache Prozedur, weil wir in der Schweiz eine andere Kultur haben. Ich erinnere an

Herrn Britt, Vizedirektor der Abteilung Kranken- und Unfallversicherung, der an der Tagung des BSV sagte, dass wir eine Vernehmlassungskultur haben, wo die Probleme im Kreise Gleichgesinnter diskutiert werden. An dieser Veranstaltung prallten die Gegensätze denn auch hart aufeinander. Das war während der ganzen Entwicklung des Entwurfes so, bezüglich wissenschaftlicher

Standpunkte, des Verständnisses von Psychotherapie bis hin zu standespolitischen und materiellen Interessen. Die Erfahrung war für mich trotzdem interessant. Wenn solche Konferenzen weiter eingesetzt würden, könnten wir von einer Vernehmlassungszu einer Diskussionskultur finden, wie Herr Britt sagte, wo in einem gemeinsamen Problem weniger die Frage auftaucht, wer was will, sondern wer was zur Lösung beitragen kann.

M.S.: Was ist nach der BSV-Tagung am Entwurf geändert worden?

G.M.: Vor allem zwei Sachen: Es ist ein entscheidender Unterschied der Standpunkte formuliert und in den Entwurf aufgenommen worden. Die eine Seite verlangte die Konvergenz der Forschungsergebnisse und die andere bestand vehement auf der Hierarchie der Evidenz der Ergebnisse je nach Forschungsmethode, mit wel-

cher sie erzielt wurden. Dieser letztere Standpunkt hätte kontrollierte Studien stärker gewichtet als beispielsweise Einzelfallstudien. Dann ist ein neues Kapitel im theoretischen Teil dazugekommen. Hier werden die Anregungen der Tagung aufgeführt, die zukünftige Entwicklungsoptionen zeigen, die nicht in den aktuellen vorgegebenen Rahmen passen.

M.S.: Was ist der Hauptpunkt in diesem zusätzlichen theoretischen Teil?

Es geht bei einer so kontroversen Situation nicht darum, wer recht hat, sondern wie weitergefahren werden soll.

G.M.: Für mich ist der interessanteste Gedanke jener, welcher von Orlinsky eingebracht wurde. In Zukunft solle es nicht mehr darum gehen, die Psychotherapien historisch, respektive nach Schulen zu unterscheiden, sondern es gehe um die Gemeinsamkeiten. Die Unterscheidungen sollen durch die Therapiedauer, Sitzungsfrequenz und Indikation gemacht werden. Das Ganze solle dann mit einer Qualitätssicherung kombiniert werden, wo es darum gehe, Einzelfälle zu untersuchen. Dies ist ein Modell, das nicht in den gegebenen Rahmen des Handbuchs zur Prüfung der medizinischen Einrichtungen passt.

M.S.: Weil in diesem Rahmen jedes psychotherapeutische Verfahren eine eigene Einrichtung darstellt?

G.M.: Ja.

M.S.: Was für Anforderungen kamen aus der ELK?

G.M.: In diesem ganzen Prozedere habe ich gewünscht, dass nicht nur das Schlussprodukt in der ELK vorgestellt wird, sondern zuerst ein Zwischenergebnis, um zu prüfen, ob die Marschrichtung stimmt. Dies musste noch vor der BSV-Tagung sein, damit dort gezielter gearbeitet werden konnte. Anlässlich dieser ersten Präsentation kam aus der ELK die Forderung, dass alle Heilanwendungen im Verfahren zum Nutznachweis gleich behandelt werden müssen und somit der Psychotherapie kein Sonderstatus zusteht. Auch sollen Vorschläge gemacht werden, wie Kosten-

effizienz erfasst werden könnte. Ferner wurde der Schutz der Individualität der PatientInnen betont, sowie eine gebührende Berücksichtigung der Beurteilung des Nutzens von Psychotherapien durch die Patienten gewünscht.

M.S.: Was hat die ELK vom Schlussresultat am meisten überzeugt?

G.M.: Das kann ich nicht sagen, weil in meiner Anwesenheit nicht diskutiert wurde. Meine Aufgabe war damit abgeschlossen, dass ich den Entwurf vorgestellt und abgegeben habe.

M.S.: Was ist der Entwurf und was ist er nicht?

G.M.: Er ist eine vorläufige und entwicklungsfähige Lösung innerhalb des vorgegebenen Rahmens der Struktur des Gesetzes und des Handbuchs zur Standardisierung der Prüfung medizinischer Einrichtungen. Er ist ganz sicher nicht eine definitive Formulierung von Kriterien und Verfahren. Auch ist er kein Steuerungsinstrument für die Entwicklung von Methoden und der Versorgung in eine bestimmte Richtung. Entsprechend der Zielsetzung sind ein praktikables Verfahren und Kriterien auf einer theoretischen Grundlage entstanden, die Meinungsunterschiede zulassen und eine ständige Weiterentwicklung des Entwurfes in der Praxis erlauben. Alle fundierten und seriös praktizierten Psychotherapiemethoden haben darin ihren Platz.

M.S.: Unter dieser Voraussetzung erlaubt der Entwurf eine unbehinderte Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Psychotherapie. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, an welchem Psychotherapiemodell sich der Entwurf orientiert.

G.M.: Es ist ein beziehungsorientiertes Modell, welches für alle Psychotherapiemethoden Gültigkeit haben kann und die Individualität berücksichtigt. So ein Modell zu definieren ist wichtig, wenn über Kriterien diskutiert werden soll. Wenn das Modell so definiert würde, dass es nur darum ginge, Störungen zu beheben, wäre eine Evaluation der Psychotherapie einfach und der Psychotherapeut wäre wie ein Chirurg, der den Blinddarm entfernt. Die Operation gelingt komplikationslos, oder nicht, die Erholung entspricht den Erwartungen oder eben nicht. So geht es nicht, weil Psychotherapie ein komplexer interaktioneller, dyadischer Prozess ist.



Guido Mattanza

M.S.: Welche Konsequenzen hat dieses Modell?

G.M.: Die Kriterien müssen eine bestimmte Breite haben, also nicht nur die Frage enthalten, ob ein Symptom verschwunden ist, sondern auch, was sich in der Struktur des Menschen, in seinen psychodynamischen Abläufen verändert. Das setzt auch ein Spektrum von methodengerechten oder gegenstandsangemessenen Nachweisverfahren voraus. Eine weitere Konsequenz dieses Modells ist die Vielfalt der Methoden und die freie Therapeutenwahl.

M.S.: Ein Streitpunkt war, dass die Vertreter der akademischen Psychologie die Kriterien so formuliert haben wollten, dass die Wirksamkeit der Psychotherapie störungsspezifisch gemessen wird. Dies hätte zur Folge gehabt, dass die Psychotherapie sich zu einer Reparaturtechnik für vordergründig klar und eng umrissene Symptome entwickelt hätte. Hier unterscheiden sich bekanntlich die Ziele der kognitiv-verhaltenstherapeutischen von den psychodynamischen und humanistischen Verfahren.

G.M.: In diesem Zusammenhang muss ich einen Punkt erwähnen, der mir ein wichtiges Anliegen war: Es wurde auch gesagt, warum müssen wir in der Schweiz etwas Eigenes entwickeln, wenn es doch die Richtlinien der American Psychological Association APA gibt. Gegen dieses Argument habe ich mich immer gewehrt, ich denke dass die Kulturspezifität etwas ganz Wichtiges ist in der Psychotherapie. Es geht nicht darum

das Rad neu zu erfinden, vielleicht könnte man fragen, welches Rad für uns am geeignetsten ist. In der neueren Fachliteratur findet man, dass es eine Zukunftsaufgabe der Psychotherapieforschung sei, sich der Kulturspezifität mehr zu widmen.

M.S.: Wir haben in der Schweiz eine Tradition des Zusammenlebens verschiedener Kulturen. Sind wir mit diesem Entwurf der Kriterien der Zeit voraus?

Alle fundierten und seriös praktizierten Psychotherapiemethoden haben darin ihren Platz.

G.M.: Das darf man vielleicht sagen. Wir sind weniger schematisch, mehr prozessorientiert. Aus diesem Grund habe ich immer betont, dass es ein Entwurf ist, eine vorläufige und entwicklungsfähige Lösung. Es sind auch langfristige Entwicklungsoptionen festgehalten. Konsistente und solide Resultate wird erst der Entwicklungsprozess liefern und nicht die aktuelle Debatte. Wie will man sich in der aktuellen Debatte orientieren? Es gibt bei jedem Forschungsstandpunkt Kontroversen. Was veränderungsbedürftig ist, wird sich im Verlaufe dieser Entwicklung herauskristallisieren.

M.S.: Die Föderation der Psychologinnen und Psychologen FSP hat Einsicht in den letzten Entwurf verlangt. Sie behauptet, dass die Kriterien fehlen (Psychoskop 5/98, S. 29). Eine entsprechende Stellungnahme wurde dem BSV zugestellt, welches sie 1:1 an die ELK weiterleitete. Wie hat die ELK darauf reagiert und was sagen Sie zum Vorwurf der fehlenden Kriterien?

G.M.: In diesem Punkt hat sich die FSP mit den Krankenkassen zusammengetan. Wie die ELK darauf reagiert hat, weiss ich nicht. Ich muss aber davon ausgehen, dass sie der Meinung war, dass die Diskussion so nicht geführt werden kann. Es geht bei einer so kontroversen Situation nicht darum, wer recht hat, sondern wie weitergefahren werden soll.

M.S.: Der Vorwurf war ja, dass nicht Kriterien formuliert sind, wie

sie in den APA-Richtlinien enthalten sind. Im Entwurf wird offenbar eine andere Auffassung von Wissenschaft vertreten.

G.M.: Ja, das kann so gesagt werden. Wenn man die Psychotherapie auf eine schmale Auswahl von Methoden reduzieren will, kann dieser Vorwurf gemacht werden. Will man aber die Breite haben, die unserer pluralistischen Gesellschaftsform und unserer Situation entspricht, ist es nicht mehr möglich, einfache standardisierte Kriterien aufzustellen. Die APA-Richtlinien entsprechen dem wissenschaftlichen Standpunkt der akademischen Psychologie und verlangen die Hierarchie der Evidenz. An der Tagung kam genügend zum Ausdruck, dass man auch einen anderen wissenschaftlichen Standpunkt vertreten kann, nämlich den der Konvergenz der Resultate. Welcher der „richtige“ Standpunkt sein soll, weiss ich nicht, vielleicht zeigt sich das in Zukunft, wenn mit dem Entwurf praktisch gearbeitet wird.

M.S.: Welche Bedeutung hat der Entwurf für die Qualitätssicherung?

G.M.: Im jetzigen Zeitpunkt, das ist auch erwähnt, fehlen praxistaugliche Modelle für die Qualitätssicherung. Von der Psychologenseite sind immer wieder das Briger Modell und verschiedene andere Modelle propagiert worden. Die Voraussetzungen, welche für diese Art der Qualitätssicherung erforderlich sind, sind in der psychotherapeutischen Alltagspraxis nicht gegeben. Sehr umstritten war auch die Idee der Qualitätssicherungszirkel, die ich bewusst hineingebracht habe, da diese die traditionelle Qualitätssicherung der Psychotherapie, welche auf die Supervision und Intervision aufbaut, weiterführt. Der Nachweis des Nutzens einer Psychotherapiemethode stellt bereits einen Schritt in Richtung Qualitätssicherung dar. Nach meinem Dafürhalten sind Überlegungen zur Erbringung dieses Nachweises bereits erste Schritte auf dem Weg zur Qualitätssicherung.

M.S.: Die Institutionen der Schweizer Charta für Psychotherapie haben eine ausführliche gemeinsame Stellungnahme zuhanden der Arbeitsgruppe erarbeitet, die auch in dieser Zeitschrift publiziert wurde (Psychotherapie Forum Suppl 4/97, S. S240–S243). Was hat sie bewirkt?

G.M.: Einzelne „adressierte“ Fragen, Einwände und Stellungnahmen wurden den entsprechenden Jurymitgliedern zugeteilt. Globale Stellungnahmen wurden vervielfältigt und an alle verteilt, damit sie sich auf die Tagung vorbereiten konnten. Ich habe alles angeschaut, inklusive der Fragen und Kommentare, die an der Tagung zur Sprache kamen, und auch was in den „Meckerkasten“ eingelegt wurde. Die Stellungnahme der Charta-Institutionen hat auch ihren Einfluss gehabt.

M.S.: Die Fragen bezüglich des Modells der Psychotherapie und des wissenschaftlichen Standpunktes, welche in der Stellungnahme ein wichtiges Anliegen waren, haben Sie im Verlauf dieses Gespräches beantwortet. Eine wichtige Forderung der Charta-Institutionen war, dass sich die Krankenkassen an der Forschung beteiligen und entsprechende Daten zur Verfügung stellen.

G.M.: Diese Frage ist in der Jury diskutiert worden. Der Krankenkassenvertreter hat die Bereitschaft mitzumachen signalisiert, wobei der Datenschutz gewährleistet sein soll.

M.S.: Eine andere Anregung war, dass bei der Untersuchung des Nutzens auch die Kosten im somatisch-medizinischen, sozialen und volkswirtschaftlichen Bereich einbezogen werden.

Die Kriterien müssen eine bestimmte Breite haben, also nicht nur die Frage enthalten, ob ein Symptom verschwunden ist, sondern auch, was sich in der Struktur des Menschen, in seinen psychodynamischen Abläufen verändert.

G.M.: Im Konzept Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ist dies bereits drin. Eine Methode hat nachzuweisen, dass z.B. Krankentage, Spitalaufenthalte, Invaliditätsfälle, andere ärztliche Behandlungen zurückgehen. Damit lässt sich ein Nutzen nachweisen. Auch der Patient wird beurteilen, ob mit dem Aufwand für die Therapie

etwas herausgekommen ist, das ihm hilft. Hier geht es um den Punkt der „Lifecost“, wo die Kosten global und langfristig zu berücksichtigten sind und nicht nur jene der Krankenkassen in einem kurzen Beobachtungszeitraum. Dieser Punkt ist in den Entwurf aufgenommen worden.

M.S.: Sind auch ethische Grundsätze für die Forschung formuliert worden?

G.M.: Nein, es gibt keine explizite Formulierung. Aber ich denke, dass die geforderte Einhaltung des aktuellen wissenschaftlichen Standards bei den Untersuchungen eine gewisse Garantie darstellt.

M.S.: Jetzt noch einige praktische Fragen. Gibt es eine vorläufige „bonafide“ Anerkennung der wissenschaftlich anerkannten und bewährten Methoden?

G.M.: Nein, das wird es kaum geben. Es ist aber ein Grundprinzip, dass die Verfahren, welche heute anerkannt sind, weiterhin anerkannt sein werden. Die Methoden, welche heute in der Leistungsverordnung aufgeführt sind, werden früher oder später auch ihren Nutzen-Nachweis erbringen müssen, weil dies nach Gesetz periodisch geschehen muss.

M.S.: Konkret heisst dies, dass die Methoden, die heute von den Kassen bereits vergütet werden, weiterhin bezahlt werden.

G.M.: Ja, dass diese zunächst einmal dabei sind.

M.S.: Müssen Methoden, die ihren Nutzen international bereits nachgewiesen haben, dies für die ELK nochmals tun?

G.M.: Bestehende Nachweise des Nutzens werden einbezogen. Für Arbeiten, die irgendwo auf der Welt entstanden sind, muss die Relevanz für die Schweizer Situation dargelegt werden. Um eine Versorgungsdokumentation wird auch niemand herumkommen. Wenn es um die Kassenzulassung geht, muss auch abgeschätzt werden können, um welchen Kostenfaktor es sich handelt.

M.S.: Muss jede Methode den Nutzen-Nachweis separat erbringen oder können dies auch Gruppierungen von Methoden (Mainstreams) tun?

G.M.: Für mich als Entwerfer ist ein Zusammenspannen für den Nutzen-

nachweis und die Versorgungsdokumentation sinnvoll. Wie sich die Anforderungen im Rahmen der Subkommission Psychotherapie der ELK weiterentwickelt, weiss ich nicht.

M.S.: Es ist also nicht möglich, dass eine Methode nichts tut und auf eine andere verweist, die im gleichen Mainstream ist, weil die Versorgungsdokumentation ein integrierter Bestandteil ist?

Entsprechend der Zielsetzung sind ein praktikables Verfahren und Kriterien auf einer theoretischen Grundlage entstanden, die Meinungsunterschiede zulassen und eine ständige Weiterentwicklung des Entwurfes in der Praxis erlauben.

G.M.: Jede Gruppe müsste diese Dokumentation für sich erstellen. Wenn sich verschiedene Psychotherapiemethoden derselben Hauptrichtungen zusammenschließen, werden die einzelnen Untergruppen ja aufgeführt. Diese Fragen kann ich aber nicht beantworten, weil sich das genaue Vorgehen erst noch herauskristallisieren wird. Der Entwurf regelt einerseits so viel, wie zur Annäherung ans Ziel notwendig ist, andererseits dürfen diese Vorgaben die künftige Entwicklung nicht blockieren.

M.S.: Wer kann einen Antrag für die Zulassung einer Methode stellen?

G.M.: Es müssen Vertreter einer Methode sein, das kann eine Einzelperson oder ein Institut sein.

M.S.: Kann die Krankenkasse einen solchen Nachweis verlangen?

G.M.: Wohl nicht direkt, sie wird die Therapie nicht vergüten, wenn die Methode nicht in der Krankenleistungs-Verordnung (KLV) aufgeführt ist. Auf diese Weise kann sie indirekt ein Nachweisverfahren auslösen.

M.S.: Wann werden diese Nachweise eingefordert?

G.M.: Das weiss ich nicht.

M.S.: Jetzt noch einige Fragen, die nicht den Entwurf selbst betreffen, sondern einige eventuelle Konsequenzen davon. Mich interessiert, wie Sie persönlich darüber denken: Gibt es eine Kontrolle darüber, wer welche Methode anwendet, und wird die Qualifikation der AnwenderInnen überprüft?

G.M.: Hier geht es um eine andere Schiene, die des Medizinalberufegesetzes, respektive die provisorische Verordnung über die beruflichen Voraussetzungen für die Zulassung zu Kassenleistungen, die das BSV der-einst regeln wird. An der Konferenz ist auch diskutiert worden, dass es fragwürdig ist, eine Trennung zwischen der Methode und der sie ausführenden Person vorzunehmen. Die Subjektivität des Psychotherapeuten ist ja auch ein Faktum. Im bereits erwähnten neuen Kapitel ist die Frage dieser Auftrennung darum angeschnitten. Es ist denkbar, dass in einem inskünftig neu zu schaffenden Psychotherapeutengesetz, die Zulassung zum Beruf und die Methoden-anerkennung zusammen geregelt werden. Vorläufig sind die Strukturen aber so wie sie sind.

M.S.: Wie könnte heute die Methode einer Behandlung und die Qualifikation festgestellt werden?

G.M.: Ich stelle mir vor, dass die PsychotherapeutInnen eine Konkordanznummer bekämen, damit wäre beides jederzeit einsehbar.

M.S.: Wie ist es mit den Ärzten, welche keine offiziellen Qualifikationen in einer Methode haben?

G.M.: Dieser Punkt wird sicher zu Diskussionen Anlass geben. Wenn die Psychotherapiemethoden im Rahmen des Entwurfes ihren Platz in der Versorgung haben werden. Was ist die ärztliche Psychotherapie? Was ist ihr Spezifikum, was ist der Versorgungsbereich, welches Profil gibt sie sich? Hier ist viel im Gange, indem die Ausbildungsbestimmungen für den FMH-Titel Psychiatrie und Psychotherapie revidiert wurden. Die Schweizerische Ärztegesellschaft für Psychotherapie widmet ihre Jahrestagung im Dezember dem Thema, was die ärztliche Psychotherapie in der Zukunft ist und was für Entwicklungen für sie erforderlich sind.

La procédure devant permettre de démontrer l'utilité des méthodes de psychothérapie a été approuvée

Le docteur Guido Mattanza, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été chargé par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) de préparer un projet définissant les critères qui permettront de démontrer l'utilité des procédures psychothérapeutiques (cf. FORUM Suppl 5/1/97, p. S33 s.). Il s'agit en fait de savoir quelles méthodes de psychothérapie seront à l'avenir remboursées par les caisses maladie, ce qui a provoqué de vives controverses tant sur le plan de la politique professionnelle que sur celui de la politique scientifique. En tant qu'architecte de la cinquième révision du projet (texte qui a été approuvé par la Commission fédérale des prestations, CFP), monsieur Mattanza a eu à tenir compte de positions extrêmement différentes.

Mario Schlegel s'est entretenu avec Guido Mattanza.

M.S.: Monsieur Mattanza, en Suisse l'élaboration d'un projet s'est faite selon une procédure proche de celle utilisée pour la conférence-consensus (FORUM 1/97, p. S33). Cette manière de procéder peut être considérée comme exemplaire au niveau européen. Quelle a été votre expérience?

G.M.: Il ne s'agit pas d'une procédure simple et la culture politique pratiquée en Suisse est assez particulière. Souvenez-vous que monsieur Britt, vice-directeur du département assurance maladie et accidents, a dit lors de la rencontre organisée par l'OFAS que notre pays pratique une culture de la consultation, où les problèmes sont débattus entre groupes de sympathisants. Lors de cette rencontre, les différentes opinions se sont d'ailleurs violemment heurtées et il en est demeuré de même durant toute l'élaboration du projet, que ce soit au niveau scientifique, à celui de la manière dont la psychothérapie est perçue ou encore par rapport à des intérêts d'ordre corporatif ou matériel. Il reste que pour moi, ce fut une expérience intéressante. Comme l'a dit monsieur Britt, en organisant d'autres conférences de ce type nous pourrions passer d'une culture de la consultation à une culture du débat; ceci signifierait que face à un problème commun, on se demanderait moins 'qui veut quoi?' que 'qui pourrait contribuer à une solution?'

M.S.: Quels ont été les changements apportés au projet après la rencontre OFAS?

G.M.: Il s'est agi surtout de deux aspects: les différences claires entre

les points de vue ont été formulées et elles ont été intégrées au projet. Un groupe demandait qu'on exige une convergence des résultats de la recherche, alors que l'autre insistait pour que l'on formule une hiérarchie concernant l'évidence des résultats en fonction de la méthode utilisée pour les acquérir. Cette seconde approche aurait fait que les études sous contrôle acquièrent plus d'importance que, par exemple, les études de cas. D'autre part, un chapitre supplémentaire a été ajouté à la partie théorique. Il contient des propositions faites lors de la rencontre, y compris des options pour l'avenir dont le contenu n'aurait pas convenu au cadre donné actuellement.

M.S.: Quel est le point le plus essentiel de ce nouveau chapitre?

G.M.: En ce qui me concerne, je considère comme extrêmement intéressante l'idée présentée par Orliński. Il dit qu'à l'avenir, il ne devrait plus s'agir de faire des distinctions entre les différentes méthodes en fonction de leur histoire, ou des écoles les ayant élaborées; il faudrait se concentrer sur ce qu'elles ont en commun. Par contre, on pourrait différencier selon la durée de la thérapie, selon la fréquence des séances et selon l'indication du traitement. Le tout devrait être combiné avec des procédures de garantie de qualité, ce qui permettrait d'examiner des cas individuels. Il s'agit là d'un modèle dépassant le cadre du manuel concernant l'évaluation des prestations médicales.

M.S.: Dans le sens où, selon ce manuel, chaque procédure psycho-

thérapeutique représente une prestation spécifique?

G.M.: Oui.

M.S.: Quelles exigences ont-elles été posées par la CFP?

G.M.: Je souhaitais présenter à la CFP un produit intermédiaire – et non simplement le produit final de la procédure –, afin de pouvoir vérifier que nous allions dans la bonne direction. Il fallait que cette démarche se fasse avant la rencontre OFAS, ce qui permettrait au travail de s'effectuer de manière mieux ciblée. Lors de cette première présentation à la CFP, cette dernière demanda que la procédure démontrant l'utilité des traitements se fasse de manière semblable pour tous; ce qui veut dire que la psychothérapie ne devait pas jouir d'un statut particulier. Elle souhaitait également recevoir des propositions concernant la manière dont l'économie des traitements pourrait être démontrée. Enfin, elle souligna qu'il fallait protéger l'individualité des patients et tenir suffisamment compte de l'aspect 'évaluation de l'utilité des traitements par les patients eux-mêmes'.

M.S.: Concernant la version finale, qu'est-ce qui a le mieux convaincu la CFP?

G.M.: Je ne peux pas vous répondre, car je n'étais pas présent lors des débats. Mon travail s'est terminé au moment où je lui ai présenté et remis le projet.

Dans une situation aussi controversée, il ne s'agit pas de décider qui a raison, mais comment on peut avancer.

M.S.: Que représente le projet? Que ne représente-t-il pas?

G.M.: Il constitue une solution provisoire dans le cadre donné (structure de la loi et du manuel en matière de standardisation des prestations médicales). Mais il pourrait être développé plus avant et ne doit en aucun cas demeurer formulation définitive des critères et procédures. Il n'est pas non plus un instrument devant permettre d'orienter l'évolution des méthodes et de l'offrir dans une direction donnée. En fonction des objectifs fixés, une procédure et des critères pratiques ont

été formulés sur des bases théoriques, qui tiennent compte des différences d'opinion et permettent un développement permanent du projet dans la pratique. Toutes les méthodes de psychothérapie fondées sur des bases scientifiques et pratiquées de manière sérieuse y ont leur place.

M.S.: Dans ces conditions, on peut dire que le projet va permettre à la psychothérapie scientifique de continuer à se développer. A ce propos, sur quel modèle de psychothérapie le projet s'axe-t-il?

Toutes les méthodes de psychothérapie fondées sur des bases scientifiques et pratiquées de manière sérieuse y ont leur place.

G.M.: Il s'agit d'un modèle centré sur la relation thérapeutique, valide pour toutes les méthodes de psychothérapie et tenant compte de l'individualité du client. Pour mener un débat au sujet des critères, il est important que le modèle soit défini de cette manière. Si le modèle était conçu de manière telle qu'il ne s'agisse que d'éliminer des troubles, l'évaluation d'une psychothérapie serait simple et le thérapeute ressemblerait au chirurgien pratiquant une appendicectomie. Soit l'opération réussit sans problème, soit il y a des complications et la période de convalescence dure plus ou moins longtemps. Ces attentes ne peuvent être formulées envers la psychothérapie puisqu'il s'agit d'un processus interactionnel complexe, impliquant une relation dyadique.

M.S.: Quelles sont les conséquences de ce modèle?

G.M.: Les critères doivent être relativement larges et ne pas simplement se centrer sur la question de savoir si un symptôme a disparu ou non; ils doivent tenir compte de ce qui se passe au niveau de la structure de la personnalité, de processus psychodynamiques. Ceci implique toute une série de procédures adaptées aux méthodes et à leur objet, utilisée pour démontrer l'aspect utilité. De plus, ce modèle implique que l'on accepte la diversité des méthodes et autorise le libre choix d'un/e thérapeute.

M.S.: Des conflits ont résulté du fait que les représentants de la psychologie universitaire voulaient que les critères soient formulés de manière telle qu'il soit possible d'évaluer l'utilité de la psychothérapie pour des troubles spécifiques. Ceci aurait fait de la psychothérapie une sorte de technique de réparation, appliquée en cas de symptômes clairs et nettement limités. On sait que c'est à ce niveau que les objectifs des procédures de type cognitivo-behavioristes se distinguent des méthodes psychodynamiques et humanistes.

G.M.: A ce propos, je souhaite mentionner un point auquel j'ai attribué beaucoup d'importance. On a aussi demandé pourquoi il fallait que la Suisse élabore des textes spécifiques alors que l'American Psychological Association (APA) a déjà préparé des lignes directrices. J'ai toujours refusé d'accepter cet argument car je pense que la spécificité culturelle joue un rôle important en psychothérapie. Il ne s'agit pas de réinventer la roue, mais nous pouvons nous demander quelle est la roue qui nous convient le mieux. Les publications récentes indiquent que l'une des tâches auxquelles la recherche en psychothérapie devra se consacrer à l'avenir sera précisément d'évaluer les aspects spécifiquement culturels.

M.S.: La Suisse possède une longue tradition au niveau de la cohabitation de différentes cultures. Les critères élaborés sont-ils en avance sur notre époque?

G.M.: On peut peut-être dire qu'ils le sont – nous sommes moins schématiques, tenons mieux compte de processus. C'est pourquoi j'ai toujours souligné qu'il s'agit d'un texte provisoire, d'une solution qui devra être développée plus avant. Le projet mentionne également des options à long terme. Ce n'est que sur la base d'un processus de développement que l'on obtiendra des résultats cohérents et solides – et non sur la base du débat actuel. Comment ce dernier peut-il s'axer? Concernant la recherche, tout point de vue provoque des controverses. C'est en cours de développement que les modifications requises se cristalliseront.

M.S.: La Fédération suisse des psychologues (FSP) a demandé à voir la dernière version. Elle prétend que les critères manquent (Psychoscope 5/98,

p. 29). Elle a fait parvenir une prise de position à l'OFAS qui l'a transmise telle quelle à la CFP. Comment cette dernière a-t-elle réagi? Que répondez-vous à la critique disant que les critères manquent?

G.M.: A ce niveau la FSP s'est alliée aux caisses maladie. Je ne sais pas comment la CFP a réagi. Mais je suppose qu'elle a considéré qu'on ne peut pas mener un débat de cette manière. Dans une situation aussi controversée, il ne s'agit pas de décider qui a raison, mais comment on peut avancer.

M.S.: La critique visait en fait à dire que des critères semblables à ceux contenus dans les lignes directrices de l'APA manquent. Les auteurs du projet ont apparemment une conception autre de la science.

G.M.: Oui, on peut le formuler ainsi. Si l'on souhaite réduire la psychothérapie à un nombre minimum de méthodes, on peut effectivement formuler cette critique. Mais si l'on veut qu'elle conserve l'ouverture adéquate du point de vue de notre société pluraliste et de la situation actuelle, il devient impossible de formuler de simples critères standardisés. Les di-

Les critères doivent être relativement larges et ne pas simplement se centrer sur la question de savoir si un symptôme a disparu ou non; ils doivent tenir compte de ce qui se passe au niveau de la structure de la personnalité, de processus psychodynamiques.

rectives APA correspondent au point de vue soutenu par les psychologues universitaires et demandent que l'évidence soit hiérarchisée. Lors de la rencontre OFAS, il s'est clairement avéré qu'il est tout à fait possible d'adopter une autre perspective scientifique, celle de la convergence des résultats. Je ne sais pas quelle est le 'bon' point de vue; l'avenir nous l'indiquera peut-être, une fois que le projet aura été mis en pratique.

M.S.: Quelles sont les implications du projet pour la garantie de qualité?

G.M.: Le texte indique également qu'à l'heure actuelle nous ne disposons pas de modèles de gestion de qualité adaptés à la pratique. Les psychologues ont constamment propagé le modèle de Briger, ainsi que différents autres modèles. Les conditions qui doivent être données pour appliquer ce genre de modèle ne se trouvent pas dans le quotidien de la psychothérapie. J'ai consciemment introduit l'idée de groupes se chargeant de garantir la qualité des thérapies, mais elle a provoqué de vives controverses car elle est en fait un prolongement des procédures traditionnelles, de la supervision et de l'intervision. Démontrer l'utilité d'une méthode de psychothérapie représente en soi une étape vers une meilleure gestion de la qualité. A mon avis, la réflexion concernant la manière dont cette démonstration peut se faire représente un premier pas dans cette direction.

M.S.: Les institutions affiliées à la Charte suisse pour la psychothérapie ont préparé une prise de position détaillée, adressée à la commission; elle a été publiée dans le Forum Suppl. 4/97, p. S243-S246. Quels ont été ses effets?

G.M.: Certaines questions, objections et prises de position ont été envoyées à ceux des membres du jury auxquels elles étaient 'adressées'. Les prises de position plus globales ont été photocopiées et envoyées à tous les participants à la rencontre. J'ai examiné le tout en détail, y compris les questions et commentaires qui ont été présentés lors de la rencontre et ceux qui ont été déposés dans la 'boîte aux réclamations'. La prise de position des institutions de la Charte a également influé sur l'élaboration du texte.

M.S.: Les questions concernant le modèle de psychothérapie et le point de vue scientifique adoptés occupent une place importante dans cette prise de position. Vous y avez répondu tout à l'heure. Les institutions de la Charte ont également demandé que les caisses maladie participent à la recherche et mettent les données requises à disposition.

G.M.: Le jury a débattu de cette question. Le représentant des caisses maladie a indiqué que ces dernières seraient disposées à collaborer, à condition que la protection des données soit garantie.

M.S.: On a également proposé que l'évaluation tienne aussi compte des coûts occasionnés dans le domaine de la médecine somatique, ainsi qu'au niveau économique et social.

G.M.: Le concept "utilité" inclut déjà ces aspects. Une méthode doit démontrer que, par ex., elle permet de faire diminuer le nombre de jours de maladie, les séjours en hôpital, les cas d'invalidité, ainsi que celui des autres traitements médicaux. Dans ce sens, elle démontre qu'elle est utile. Le patient lui-même va pouvoir déterminer si ce qu'il a investi dans la thérapie a produit des effets positifs de son point de vue. Il s'agit ici de l'aspect 'life cost', pour lequel on tient compte des coûts globaux et à long terme et non pas seulement de ceux assumés par les caisses pendant une période brève. Cet aspect a été inclus dans le projet.

En fonction des objectifs fixés, une procédure et des critères pratiques ont été formulés sur des bases théoriques, qui tiennent compte des différences d'opinion et permettent un développement permanent du projet dans la pratique.

M.S.: Y a-t-on également formulé des principes éthiques en rapport avec la recherche?

G.M.: Non, pas explicitement. Mais je pense que le fait que l'on y exige que les recherches respectent les standards scientifiques actuels représente une certaine garantie.

M.S.: J'ai encore quelques questions d'ordre pratique. Les méthodes fondées scientifiquement et établies de longue date seront-elles provisoirement reconnues sur la base d'un principe de bonne foi?

G.M.: Non, probablement pas. Mais selon un principe fondamental, les méthodes aujourd'hui reconnues continueront à l'être. Les méthodes actuellement incluses dans l'ordonnance en matière de prestations devront à un moment ou à un autre faire preuve de leur utilité, car la loi exige que cette démonstration soit répétée périodiquement.

M.S.: Concrètement, cela signifie que les méthodes / prestations qui sont déjà remboursées par les caisses continueront à l'être.

G.M.: Oui, ces méthodes seront déjà incluses.

M.S.: Est-ce que les méthodes ayant déjà démontré leur utilité à un niveau international devront apporter de nouvelles preuves à la CFP?

G.M.: On tiendra compte des preuves existantes. Concernant des travaux de recherche menés ailleurs dans le monde, on exigera que leur pertinence pour la Suisse soit indiquée. Personne ne pourra éviter de fournir des documents concernant son offre. S'agissant de l'admission par les caisses, il faudra également présenter une évaluation des coûts.

M.S.: Faudra-t-il que chaque méthode démontre sa propre utilité ou des groupes de méthodes ('mainstreams') pourront-ils s'associer pour le faire?

G.M.: En tant que chargé du projet, je considère que ce genre d'association ferait sens. Mais je ne sais pas quelles seront les exigences posées par la sous-commission psychothérapie de la CFP.

M.S.: Il n'est donc pas possible qu'une école ne fasse rien, se contentant de se référer à une autre méthode faisant partie du même mainstream – les documents concernant l'offre sont-ils toujours exigés?

G.M.: Chaque groupe doit rédiger ces documents. Si différentes méthodes de psychothérapie appartenant au même courant principal s'associent, elles devront indiquer les différents sous-groupes. Mais je ne peux pas vraiment répondre à ces questions, car la procédure à suivre doit encore se cristalliser. D'un côté le projet règle de nombreux aspects qui doivent permettre de se rapprocher des objectifs visés, de l'autre il ne faut pas que ces indications bloquent l'évolution future.

M.S.: Qui peut présenter une demande concernant l'admission d'une méthode?

G.M.: Il faut que ce soit des représentants de cette méthode, à savoir soit un individu, soit un institut.

M.S. Les caisses maladie peuvent-elles exiger que l'utilité d'une méthode ait été démontrée?

G.M.: Pas directement sans doute, mais elles ne rembourseront pas les thérapies si la méthode n'est pas in-

cluse dans la liste de l'ordonnance en matière de prestations remboursées par les caisses. Elles peuvent donc être indirectement à l'origine d'une demande dans ce sens.

M.S.: Quand ces preuves seront-elles exigées?

G.M.: Je ne le sais pas.

M.S.: J'ai encore quelques questions qui ne concernent pas directement le projet, mais ses éventuelles conséquences. Cela m'intéresserait de connaître votre opinion personnelle. Peut-on contrôler qui applique quelle méthode et va-t-on vérifier que ces thérapeutes disposent des qualifications requises?

G.M.: Ces questions sont en rapport avec la loi sur les professions médicales, resp. avec l'ordonnance provisoire prévue par l'OFAS, concernant les conditions dans lesquelles les prestations des thérapeutes seront admises

par les caisses. Lors de la conférence, on a également dit qu'il est problématique de séparer la méthode de celui/ celle qui la pratique. La subjectivité du psychothérapeute représente un aspect dont il faut tenir compte. Dans le chapitre supplémentaire que j'ai mentionné tout à l'heure, le problème créé par cette séparation est mentionné. On peut envisager qu'une future loi sur la psychothérapie règle à la fois l'admission à la profession et l'homologation de la méthode. Pour l'instant, les structures demeurent ce qu'elles sont.

M.S.: Comment la méthode utilisée et les qualifications du thérapeute peuvent-elles actuellement être vérifiées?

G.M.: J'imagine que les psychothérapeutes pourraient se voir attribuer un numéro par le Concordat, codant les deux aspects.

M.S.: Qu'en ira-t-il des médecins ne justifiant pas officiellement d'une qualification dans une méthode donnée?

G.M.: Ce point va certainement provoquer des discussions, une fois que les méthodes de psychothérapie auront leur place dans l'offre et selon le cadre du projet. Qu'est-ce que la psychothérapie médicale? Qu'a-t-elle de spécifique? Quel est son domaine dans le contexte de l'offre en santé? Quel profil s'attribue-t-elle? A ce niveau, tout bouge puisque les dispositions concernant la formation permettant d'obtenir le titre de médecin spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie ont été révisées. La Société suisse des médecins spécialistes en psychothérapie va consacrer sa rencontre annuelle, en décembre prochain, au thème de l'avenir de la psychothérapie médicale et de l'évolution que cette dernière va devoir subir.

Psychotherapeutengesetz auf unbestimmte Zeit verschoben

Der Bundesrat hat laut Medienmitteilung vom 19. August 1998 beschlossen, die Psychologie und die Psychotherapie nicht ins Bundesgesetz über die Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Berufe aufzunehmen. Bei der Psychotherapie ist gemäss Erika Schmidt vom BAG ein Streit über die „richtige“ Grundausbildung entbrannt; die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung sollen nun in einem speziellen Psychotherapiegesetz geregelt werden, um die Vorlage nicht zu stark zu belasten. Im Sommer 1999 wird der Gesetzestext „Ausbildung der akademischen Medizinalberufe“ in die Vernehmlassung geschickt.

Dieser Rückschlag trifft die Psychologie mehr als die Psychotherapie, weil dieser Entscheid auf die Psychotherapie-Verordnung, welche den Zugang zum KVG ermöglichen soll, keinen hindernden Einfluss nimmt. Mit dem bundesrätlichen Dekret wird nun die Gesetzesregelung der Psychologie und der Psychotherapie auf unbestimmte Zeit vertagt. Die Erarbeitung des separaten Psychotherapie-Gesetzes wird 1½ bis

2½ Jahre dauern. Die Regelung der Psychotherapie auf Verordnungsebene kann jetzt aufgrund der Vorarbeiten zügig durchgeführt werden.

Ein kurzer Rückblick auf die Entstehungsgeschichte des nun vorliegenden Verordnungsentwurfs des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) soll die Hindernisse nochmals aufzeigen: Der BSV-Verordnungsvorentwurf zur Tätigkeit von nichtärztlichen Psychotherapeuten zu Lasten der Krankenversicherung (KV), in dem der interdisziplinäre Ansatz enthalten ist, wurde 1996 vom BSV in Zusammenarbeit mit dem Schweizer Psychotherapeuten-Verband (SPV) und der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) ausgearbeitet. Die Schweizerische Gesellschaft für Psychologie (SGP) – ein Fachverband der FSP – bekämpfte in einem Brief vom 11. 12. 1996 diesen Vorentwurf: „Der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Psychologie erachtet die Zulassungsbestimmungen für Psychotherapeuten, wie sie im Vorentwurf der KVV vorgesehen sind, als völlig unakzeptabel.“

Die Forderung nach einem Psychologienmonopol ist sowohl sachlich wie auch fachlich ungerechtfertigt, weil die Psychotherapie auf einer interdisziplinären Grundausbildung aufbaut, deren Kommunikations- und Interaktionsforschung in der Medizin, Pädagogik, Psychologie, Heilpädagogik, Philosophie, den Sprach-, Sozial-, Religions- und Kulturwissenschaften wurzelt. Jedes Monopol verhindert auch eine gesunde Konkurrenz, welche übrigens als wichtige Leitidee im neuen KVG enthalten ist.

Das BSV hat den Psychiatern, der FSP und dem SPV am 27. Februar 1997 einen überarbeiteten Vorentwurf zugestellt. Dazu schreibt das BSV: „Die überarbeitete Fassung trägt den vom SPV und der FSP gemeinsam in ihrem Schreiben vom 31. Oktober 1996 vorgetragenen Änderungswünschen weitestgehend Rechnung. (...) Den Vorstellungen der SGP ist durch die vorgeschlagene Variante für Artikel 50b (Psychologienmonopol, die Red.) Rechnung getragen.“ Der SPV verurteilt zwar die unbesonnene Kritik der SGP, steht aber trotzdem hinter diesem hartenkämpften BSV-Entwurf, der – bereits vor der Intervention der SGP – sowohl die Position des SPV wie die Position der FSP enthielt. Der ungerechtfertigte Anspruch der SGP – das

Psychologiemonopol in der Grundausbildung – könnte zum Stolperstein für die nichtärztlichen PsychotherapeutInnen SPV und FSP werden, weil der Streit um die „richtige“ Grundausbildung die Gefahr beinhaltet, dass die nichtärztlichen PsychotherapeutInnen auf lange Sicht von der Grundversicherung ausgeschlossen bleiben.

Betreffend die Anordnungsfrage haben die Verbände der Psychiater (SGP und SGKJP), die FSP und der SPV an der Sitzung vom 22. Januar 1998 ein gemeinsames Konsenspapier erarbeitet. Anschliessend hat die FSP ein Second-Opinion-Modell als Variante zum mündlich vereinbarten Konsenspapier beim BSV eingereicht. Die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) nimmt in ihrem Brief an Herrn Britt (BSV) vom 19. August 1998 die Konsens-Forderung des BSV in der Anordnungs-Frage wieder auf: „Es liegen Stellungnahmen der FSP vor,

die den zwischen den Psychotherapeuten-Gesellschaften (gemeint sind FSP und SPV, die Red.) erreichten Konsens neu in Frage zu stellen scheinen. Wir halten fest, dass eine erneute Traktandierung dieses Konsenspapiers für die Ärztekammer nur möglich ist, wenn der Konsens aller beteiligten Parteien eindeutig gegeben und – aufgrund bisheriger Erfahrungen – seitens der geschäftsführenden Verantwortlichen der Verbände auch zweifelsfrei schriftlich bestätigt ist.“

Der SPV hat in seinem Schreiben vom 10. Juli 1998 das BSV aufgefordert, das Vernehmlassungsverfahren zu eröffnen. „Die Ereignisse der letzten Monate machen uns deutlich, dass die Führungen der FSP und der Schweizerischen Ärztekammer ohne äusseren Druck zu keinen weiteren Kompromisslösungen Hand bieten werden. Wir bitten Sie deshalb, gestützt auf die Konsenslösungen von SGP, SGKJP (Psychiater) und SPV das

Vernehmlassungsverfahren zu eröffnen. Wir möchten betonen, dass der SPV gesprächsbereit bleibt und Ihnen selbstverständlich jederzeit für weitere Klärungen zur Verfügung steht.“

Im Brief vom 11. August 1998 an den SPV schreibt das BSV: „Ein relativ konsolidierter Regelungsvorschlag über die Psychotherapie durch nicht-ärztliche Therapeutinnen und Therapeuten sollte nach unserer Meinung nun in absehbarer Zeit in die Vernehmlassung gehen können“. Des weitern fordert das BSV die FSP auf, die Ausformulierung einer Variantenlösung in der ärztlichen Anordnung zuzustellen und lädt die FMH noch einmal nachdrücklich dazu ein, „durch eine verantwortungsvolle und konstruktive Mitarbeit zur raschen Erstellung der noch notwendigen Unterlagen beizutragen.“

Markus Fäh
Walter Franzetti

Politique professionnelle – dernières nouvelles

Le Conseil fédéral ne veut pas inclure la psychologie et la psychothérapie dans la loi Fleiner

Selon un communiqué de presse daté du 19 août 1998, le Conseil fédéral a décidé de ne pas inclure la psychologie et la psychothérapie dans le texte de la loi fédérale sur la formation, la formation postgrade et la formation continue des personnes exerçant une profession médicale. Concernant la psychothérapie et selon Erika Schmidt (OFAS), la question de savoir quelle est la 'bonne' formation de base a provoqué un conflit; afin de ne pas compromettre le projet de loi, il a été décidé que les exigences posées à la formation et à la formation postgrade seraient réglementées dans le contexte d'une loi en matière de psychothérapie. Le texte de loi ("Formation des personnes de formation universitaire exerçant une profession médicale") doit être soumis à une procédure de consultation au cours de l'été 1999.

Ce contretemps aura des conséquences plus importantes pour la psy-

chologie que pour la psychothérapie, car la décision qui a été prise ne se pose pas en obstacle à l'élaboration de l'ordonnance en matière de psychothérapie, qui doit réglementer l'accès à la LAMal. Le décret du Conseil fédéral fait que la réglementation légale de la psychologie et de la psychothérapie est remise à une date non-définie. L'élaboration d'une loi en matière de psychothérapie va prendre entre un an et demi et deux ans et demi. Mais la réglementation de cette dernière par le biais d'une ordonnance peut être rapidement menée à bien, sur la base des travaux de préparation déjà effectués.

Pour mieux mettre les problèmes en évidence, nous présentons un bref historique de l'élaboration du projet d'ordonnance de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), concernant l'inclusion des psychothérapeutes non-médecins dans la catégorie des fournisseurs de prestations rem-

boursées par l'assurance-maladie sur la base de la LAMal. Le texte du projet mentionne une approche interdisciplinaire et a été élaboré en 1996, en collaboration avec l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP) et la Fédération suisse des psychologues (FSP). Dans un courrier daté du 11. 12. 1996, la Société suisse de psychologie (SSP) – une association affiliée à la FSP – s'est opposée au texte préliminaire: "Le comité de la Société suisse de psychologie considère comme parfaitement inacceptables les critères d'admission des psychothérapeutes, tels qu'ils sont prévus par le projet concernant l'ordonnance LAMal" (notre traduction).

L'accord d'un monopole aux psychologues n'est justifiable ni d'un point de vue objectif, ni sur la base d'arguments scientifiques. En effet, la psychothérapie se fonde sur une base interdisciplinaire, la recherche menée sur la communication et l'interaction associant des éléments venus de la médecine, de la pédagogie, de la psychologie, de la pédagogie spécialisée, des sciences sociales ainsi que de l'étude des religions, de la culture et des langues. Tout monopole ne fait que se poser en obstacle à une concurrence saine – alors même que le

principe de la concurrence est souligné par la nouvelle LAMal.

Le 27 février 1997, l'OFAS a fait parvenir aux psychiatres, ainsi qu'à la FSP et à l'ASP une version révisée du projet, accompagnée d'un courrier dans lequel il est dit que: *"La version révisée tient largement compte des propositions faites par l'ASP et la FSP dans leur courrier commun du 31 octobre 1996. ... La variante proposée pour l'article 50b (monopole des psychologues, ndr) tient compte des arguments de la SSP"* (notre traduction). S'il est exact que l'ASP condamne la critique mal réfléchie présentée par la SSP, elle continue de soutenir le projet OFAS; le texte est le produit d'une longue lutte et – avant l'intervention de la SSP déjà – il tient compte des positions de l'ASP et de la FSP. L'exigence non-justifiable posée par la SSP – la psychologie comme seule formation de base, donc un monopole – pourrait s'avérer néfaste pour les psychothérapeutes non-médecins membres de l'ASP et de la FSP; en effet, le conflit concernant la 'bonne' formation de base risque d'aboutir à long terme à une exclusion des psychothérapeutes non-médecins de l'assurance de base.

Concernant la question de la prescription des traitements, les associations de psychiatres et pédopsychiatres, la FSP et l'ASP ont préparé un texte d'accord lors de leur séance du 22 janvier 1998. La FSP a ensuite fait parvenir à l'OFAS une variante comportant un modèle second-opinion. Dans un courrier daté du 19 août 98 et adressé à Monsieur Britt (OFAS), la FMH revient sur le fait que l'OFAS demandait que les associations se mettent d'accord concernant la prescription des traitements: *"La FSP a pris position d'une manière qui semble mettre en question le consensus auquel étaient parvenues les associations de psychothérapeutes. Nous vous signalons que le texte du consensus ne pourra être débattu lors de l'une de nos séances qu'une fois qu'il sera absolument clair que tous les groupements concernés y souscrivent, soit – du fait de ce qui s'est passé jusqu'à maintenant – une fois que les responsables des associations auront confirmé leur accord par écrit"* (notre traduction).

Dans un courrier adressé le 10 juillet 1998 à l'OFAS, l'ASP a demandé à ce dernier de lancer la procédure de consultation: "Les événements de ces

derniers mois nous montrent clairement que ni la FSP, ni le Conseil des médecins ne sont prêts à accepter d'autres compromis sans que des pressions ne soient exercées de l'extérieur. Nous vous prions donc de lancer une procédure de consultation fondée sur les solutions de consensus proposées par les psychiatres (SSP et SSPP) et l'ASP. Permettez-nous de souligner que l'ASP demeure ouverte au dialogue et se tient en tout temps à votre disposition."

L'OFAS a répondu le 11 août 1998 à l'ASP: *"Nous pensons qu'il devrait être possible de lancer prochainement une procédure de consultation concernant un projet relativement consolidé de réglementation en matière de psychothérapie menée par des non-médecins."* L'OFAS demande en outre à la FSP de lui faire parvenir le texte d'une alternative en matière de prescription médicale et invite à nouveau la FMH à *"contribuer à la préparation rapide des documents encore requis, en y collaborant de manière responsable et constructive."*

Markus Fäh
Walter Franzetti

Ursula Walter

Psychotherapie zwischen Verdrängung und Alibi

1. Hat da jemand Angst vor Psychotherapie?

*„... dieses schliesst er messerscharf,
weil nicht sein kann,
was nicht sein darf.“*

(Christian Morgenstern)

Am Ende des 20. Jahrhunderts werden zwar Lebewesen geklont, es ist aber dem Normalverbraucher nicht klar, dass er eine Seele hat, wie diese so in etwa funktioniert und was bei allfälligen Störungen zu tun ist. Psychische Erkrankungen werden schlecht diagnostiziert. Es ist zu wenig bekannt, wozu Psychotherapie gut ist. *Seelische Gesundheit und deren Erhaltung wird nicht als ein Grundrecht verstanden.*

Das hat Gründe und Folgen.

Ein Vergleich mit dem körperlichen Geschehen: Die Vorstellungen von körperlicher Gesundheit und von verschiedenen Krankheitszuständen gehört zum Allgemeinwissen, die Versorgungsnotwendigkeit bei Krankheit ist unbestritten. Wir wissen zudem, dass das genaue Hinschauen und das Diagnostizieren eines Zustandes am ehesten ermöglicht, Schaden zu vermeiden. Gegenüber seelischer Gesundheit ist die Wahrnehmung sehr anders. Wenn alles funktioniert, gibt es keinen Grund, sich um die Seele zu kümmern, wenn sie aber nicht funktioniert, dann wird alles getan, um die Störung nicht als solche wahrzunehmen.

men. An sich ist das dumm, denn ohne Wahrnehmung wird das seelische Geschehen abgespalten. Es bleibt sich selbst überlassen ohne Bezug zu Einsicht und Veränderungsmöglichkeiten, wie wenn es ein Naturereignis wäre und nicht Teil unserer selbst, mit dem wir in Beziehung sein können.

Wann schauen wir nicht genau hin? Eigentlich kann man ja psychische Störungen ähnlich wie körperliche an diversen Symptomen feststellen und erkennen. Dies wird aber dann schwieriger, wenn diese Feststellung *nicht die Vorstellung einer möglichen Verbesserung, sondern die einer nicht vorstellbaren Katastrophe bedeutet.* Könnte es diese Angst sein, die keine Diagnose und dadurch keine adäquate Therapie zulässt?

Die Diagnose bei psychischen Krankheiten und Störungen wird in der Regel weder von den Betroffene-

nen noch von den Gesundheits-Fachleuten kompetent gestellt. Eine Studie von Lamprecht (96) über die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen weist nach, wie die Vernachlässigung der Seele eine rational nicht zu rechtfertigende kostentreibende Wirkung hat. So konnten in einer Untersuchung von Kroenke et al. (1989) an 1000 Patienten einer medizinischen Poliklinik, die drei Jahre lang beobachtet wurden, nur bei 16% eine organische Ursache der Beschwerden gefunden werden, sie wurden aber in dieser Zeit mit medizinischem Aufwand behandelt. Tress et al. stellen fest, dass vom Ausbruch einer psychischen Krankheit bis zur Aufnahme einer Psychotherapie bei Frauen im Durchschnitt 7, bei Männern 11 Jahre vergehen. Wir können davon ausgehen, dass die lange Zwischenzeit Ausdruck einer tiefen Hilflosigkeit ist, des Fatalismus, da sei nichts daran zu ändern. Und genau dazu führt dann eine so lang chronifizierte Geschichte: es ist nach Jahren der Verdrängung und Verkrustung nicht leicht, zu einem Funken „Veränderungsglauben“ vorzustossen.

Darin liegt eine kulturgeschichtliche Unterschlagung. Das Wissen um die psychischen Anteile der Persönlichkeit und um die Gesetze ihres Wirkens in der Entwicklung, in den Beziehungen zu ändern und zu sich selbst wäre vorhanden. Es gibt Konzepte zum Verständnis von Störungen und zu deren Behandlung und Veränderung. Es gibt wissenschaftlich anerkannte und klinisch bewährte Methoden, die man lernen und anwenden kann. *Weder werden diese Methoden gut zugänglich gründlich gelehrt und gelernt, noch werden sie selbstverständlich angewandt.*

Psychische Störungen und Krankheiten stehen in der Schweiz und bald weltweit an erster Stelle. So sind es 45000 IV-Rentner/innen, die wegen psychischer Krankheit eine Rente bekommen, das sind ca. 30% aller IV-Renten. Dazu kommen noch alle jene, die wegen psychischer Gründe durch Unfall invalid wurden, und diejenigen, deren psychisch bedingte Krankheit sich in körperlichen Symptomen äussert. In der Schweiz werden zur Zeit nur etwa 0,5% aller

Krankenkassenleistungen für psychotherapeutische Behandlungen ausgeben. Der vorgesehene, aber von den Krankenkassen bekämpfte Einbezug von qualifizierten nichtärztlichen Psychotherapeuten/innen ins KVG (Pflichtleistung durch das Krankenversicherungsgesetz) würde nochmals knapp 0,5% ausmachen (200 Millionen pro Jahr). Damit könnte die notwendigste Versorgung für alle verbessert werden. Aber das sei zu teuer. Wir müssen jetzt sparen. Oekonomisch gedacht ist die Vergleichsrechnung absurd.

Was sind die Gründe für so viel offensichtliche „Dummheit“? Endet die Kultur bei uns, wo die Macht aufhört?

Meines Erachtens geht es um die „gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit“, bei der Mario Erdheim nachweist, dass auch kollektive Verdrängung von in der jeweiligen Kultur „Unerwünschtem“ stattfindet. Wir leben in einer Zivilisation der Machbarkeit und Kontrolle. Seelische Störungen werden per definitionem nicht als Zeichen von eigener Kompetenz sich selbst gegenüber erlebt, sondern als unkontrollierbares Geschehen, dem jemand ausgesetzt ist. Da nicht sein kann, was nicht sein darf, wird solches Geschehen einfach aus dem Inventar der möglichen Zustände gestrichen. Wo die Wahrnehmung einer psychischen Störung nicht zu vermeiden ist, wird diese als unveränderliches Schicksal gesehen und die Betroffenen als „Opfer“ abgebucht. Psychische Störungen und Krankheiten werden kollektiv aus dem Bewusstsein ferngehalten und, wenn es nicht anders geht, den Naturkatastrophen zugeordnet.

Ein weiterer Grund für die gesellschaftliche Ächtung von psychischen Störungen ist vermutlich derselbe wie im Individuellen: Es darf doch nicht wahr sein, dass wir „nicht Herr im eigenen Haus“ sind, was Freud eine der drei grossen Kränkungen der Menschheit nannte.

Die Belastungen der heutigen Arbeits- und Gesellschaftssituation bedrohen alle und sind krankmachend. Der institutionell schlechte Stellenwert der Psychotherapie trägt zur Verdrängung und Abspaltung bei. *Bei uns wird nicht zu viel und zu lang psychotherapeutisch behandelt, sondern die psychotherapeutische Hilfe*

kommt oft zu spät, ist oft zu schwer erreichbar und oft zu wenig gut.

Psychische Störungen sind nie unabhängig vom sozialen Kontext. Wenn Psychotherapie den Ursachen nachgeht, die zu psychischen Störungen führen, so könnte es ja sein, dass nicht nur die eigene Veranlagung, nicht nur die eigene Beziehungsgeschichte in der Familie, sondern *auch die Verachtung in der Arbeitswelt, die Vergiftung in der Umwelt, die Entmenschlichung in der Politik zum Zusammenbruch des einzelnen psychischen „Funktionierens“ beigetragen haben.* Die Konsequenzen müssten dann auch in der Arbeitswelt und der Politik ausgehandelt werden, nicht nur beim Einzelnen, seinem Umgang mit sich und den nächsten Beziehungen. Nach der *Verursacherhaftung* wären dann nicht mehr nur die eigenen Hemmungen oder die ungenügenden Eltern zu belangen, sondern auch alle Spekulanten und deren politische Vertretung, welche mit ihrer Menschenverachtung zur psychischen Ausweglosigkeit beitragen. So weit lassen es Mächtige (und Ohnmächtige) *nicht* kommen, dass die Ohnmacht nicht mehr als Versagen, sondern *als Folge von Verachtung und Unterdrückung verstanden* wird. Vielleicht ist das ein weiterer Grund der Psychotherapiefeindlichkeit.

2. In wessen Interesse?

Der Frage wäre weit ausführlicher nachzugehen, wer warum ein Interesse daran hat, dass Psychotherapie, welche diese Zusammenhänge von aussen und innen aufdeckt, nicht stattfindet.

Es gibt aber auch die andere Frage: Wer hat ein Interesse daran, dass Psychotherapie stattfindet? Es gibt doch den „Psycho-Boom“, es gibt *eine Verschiebung von kollektiven Problemen auf den Einzelnen und von öffentlichen Problemen ins Private.*

3. Ich habe Angst vor der Psychotherapie,

die eingespannt ist im Rahmen der globalisierten Weltunordnung. *Psychotherapie statt Widerstand, Vereinzelung statt Gemeinschaft, Beschwichtigung statt Verstehen* nimmt zu und hat System.

Wenn der Gesundheitsmarkt das grösste Wachstum hat, wenn jede Störung im globalen Funktionieren der Mehrwert-Herstellung individuell pathologisiert und mehrwertproduzierend therapiert wird, wenn gesellschaftliche Probleme individualisiert und via Psychotherapie kommerzialisiert werden, dann wird mir Angst. Geht es um die Nöte der Patienten oder um Beschwichtigung? Es sollen diejenigen, die den Effizienz- und Produktionsdruck nicht ertragen, die depressiv und/oder aggressiv krank werden, auch noch die Wiedergutmachung leisten. „Psychotherapie und dann wieder ab an die Front“. Das hatten wir doch auch schon. Psychotherapie hat sich, wie viele Reparationstechniken, im Umfeld von Krieg und Zerstörung entwickelt. „Schnelle Eingreiftruppe ‚Seele‘ auf dem Weg in die therapeutische Weltgemeinschaft. Texte für eine kritische Trauma-Arbeit.“ Dies ist der Titel von „medico report 20“, der 1997 bei medico international in Frankfurt erschien und wachsam macht. Russell Jacoby analysierte 1978 die Gefahr: „Die Fetischisierung menschlicher Beziehungen, Reaktionen und Gefühle lässt den Mythos (der individuelle Freiheit) fortbestehen; abgehoben

vom gesellschaftlichen Ganzen erscheinen sie als die individualisierten Reaktionen freier Männer und Frauen auf besondere Situationen und nicht als das, was sie sind: menschenunwürdige Reaktionen auf eine unmenschliche Welt. ... Das zu vergessen heisst, sich der Ideologie von Sensitivitätsgruppen zu verschreiben, die eine Desensibilisierung bewirken, indem sie die menschlichen Beziehungen von den gesellschaftlichen Wurzeln, die sie zu Gewalttätigen haben werden lassen, abtrennen. ... die ausschliessliche Suche nach der Subjektivität sichert ihren Verfall. Nicht entgegen der Tendenz der Gesellschaft, sondern im Einklang mit ihr erblickt sie in einem Produkt der Gesellschaft eine private Misere oder Utopie.“ (S. 125 in „Soziale Amnesie. Eine Kritik der konformistischen Psychologie von Adler bis Laing.“)

Psychotherapie, die unbesehen dem einzelnen alles anhängt, um ihn dann davon zu heilen, ist schädlich für die Gemeinschaft. Sowohl das „befreite“ „es geht mich nichts an“, wie die individuelle Überforderung an Verantwortung mit dem entsprechenden Schuldgefühl zerstören die Basis, auf der ein gemeinsamer Widerstand gegen krankmachende Umstände sich

entwickeln kann. Psychotherapie wird zunehmend in den Dienst der Konfusion zwischen Realität und Phantasie gestellt und nimmt teil an der ungeheuren Entfremdung und Orientierungslosigkeit unserer Zeit.

Die Verschiebung von strukturellen Machtproblemen in die Gefühlswelt der einzelnen ist ein gutes Geschäft geworden. Unternehmen setzen „Persönlichkeitstrainings“ an die Stelle von offener Autorität (dazu Bärbel Schwertfeger, „Der Griff nach der Psyche“, Campus 1998), die psychotherapeutischen Richtungen, die eine Gegenwelt zur bösen Realität versprechen, nehmen zu, die zielbewusste Verhaltenskontrolle ist gefragt, die Flucht in die Gefühle und die Illusionen der „guten Eltern“ und der „heilen Naturkräfte“ vermischen sich mit seriösen Psychotherapiekonzepten.

Welche Macht hast du? Woher hast du sie? In wessen Interesse übst du sie aus? Wem bist du verantwortlich? Und wie können wir dich loswerden? Es sind diese fünf Fragen, die Tony Benn, englischer Labourabgeordneter, besorgt um die Zukunft der Welt, zu Händen von Machttägern erarbeitet hat. Ich denke, sie sind an jede Psychotherapeutin, an jeden Psychotherapeuten zu stellen.

Ursula Walter

La psychothérapie entre le refoulement et l'alibi

1. A-t-on peur de la psychothérapie?

„... il parvient inéluctablement à cette conclusion, car ce qui ne doit pas être ne peut pas être.“

(Christian Morgenstern)

Alors qu'en cette fin de 20e siècle on clone des êtres humains, le consommateur moyen ne sait pas vraiment qu'il a une âme, ni comment elle fonctionne ou ce qu'on peut faire lorsque des troubles se manifestent. Les troubles psychiques sont mal diagnostiqués et l'on sait trop peu ce que la psychothérapie est en mesure d'accomplir. *La santé psychique et son maintien ne sont pas considérés comme un droit fondamental.*

Il y a des raisons à cela et cela a également des conséquences.

Pensons à ce qui se passe au niveau somatique: tout le monde sait ce qu'est la santé physique et ce que sont les différentes maladies et personne ne nie que lorsque quelqu'un est malade, il faut lui offrir un traitement. Nous savons aussi que ce sont une évaluation et un diagnostic précis qui permettent d'éviter des atteintes chroniques. On perçoit la santé du corps tout autrement que celle de l'âme. Lorsque tout marche bien on n'a aucune raison de s'occuper du psychisme; mais lorsque ce dernier ne fonctionne plus, on fait tout ce qu'on peut pour ne pas admettre la présence d'un trouble. Ce faisant, on commet une bêtise car ignorer

la psyché provoque une dissociation. Nous la laissons à elle-même, sans possibilité de se saisir et d'évoluer, comme un phénomène naturel, au lieu d'être une part de nous-mêmes avec laquelle nous pouvons entretenir une relation.

Quand négligeons-nous de voir ce qui se passe? En réalité, les troubles psychiques comme les troubles somatiques se manifestent par différents symptômes qu'il est possible d'identifier. Mais il devient plus difficile de le faire *si l'on pense que cette démarche va aboutir à une inconcevable catastrophe au lieu d'apporter une amélioration.* Est-ce cette crainte qui bloque le diagnostic et du même coup se pose en obstacle à une thérapie adéquate?

En règle générale, ni les personnes concernées ni les spécialistes de la santé ne diagnostiquent les troubles et maladies psychiques de manière adéquate. Une étude de Lamprecht (1996) sur les conséquences économiques des erreurs commises au niveau

du traitement de troubles psychosomatiques et somatopsychiques démontre que le fait de négliger le psychique provoque des coûts difficilement justifiables d'un point de vue rationnel. Kroenke et al. (1989) ont observé pendant trois ans 1000 patients traités dans le cadre d'une polyclinique médicale. Dans 16% des cas seulement, les troubles avaient une cause organique; mais pendant toute cette période ces patients furent traités à un niveau somatique. Tress et al. constatent qu'en moyenne, la période séparant les premières manifestations d'une maladie psychique du début d'un traitement psychothérapeutique est d'une durée de 7 ans pour les femmes et de 11 ans pour les hommes. On peut assumer que cette longue durée est en rapport avec un profond sentiment d'impuissance, avec une attitude fataliste selon laquelle de toute façon on ne peut rien y faire. Et c'est précisément ce à quoi aboutit le trouble devenu chronique: après des années de refoulement et d'incrustation, il devient difficile de retrouver un petit espoir de changement.

Il s'agit là d'un phénomène de suppression qui est lié à l'histoire de notre culture. Nous disposons d'un savoir concernant les aspects psychiques de la personne et les principes gouvernant la manière dont ils influencent son développement et ses rapports avec autrui et avec elle-même. *Nous avons des concepts permettant de comprendre les troubles, de les traiter et de les faire évoluer.* Nous pouvons apprendre et utiliser des méthodes scientifiques reconnues et qui ont fait leurs preuves sur le plan clinique. *Mais ces méthodes sont trop peu enseignées et à trop peu de spécialistes et l'on hésite à les appliquer.*

En Suisse et bientôt partout dans le monde, les troubles et maladies psychiques se trouvent en tête de classement. Dans notre pays, 45'000 personnes touchent une rente-invalidité en raison de troubles psychiques, soit le 30% des rentiers AI. S'y ajoutent tous ceux qui sont devenus invalides à la suite d'un accident causé par des raisons d'ordre psychique, ainsi que ceux qui souffrent de symptômes somatiques dus à un trouble psychique. Actuellement, le 0.5% seulement de toutes les prestations des caisses sont versées pour des traitements psychothérapeutiques. Si – comme prévu et

en dépit de l'opposition des caisses maladie – les psychothérapeutes non-médecins qualifiés devaient être inclus dans la catégorie des fournisseurs LAMal (prestations obligatoires selon la loi sur l'assurance maladie), les prestations supplémentaires versées atteindraient 0.5% de plus (200 millions de francs par an). Ceci permettrait d'améliorer l'offre la plus urgente – mais on dit que cela serait trop cher, qu'il faut faire des économies. Or, d'un point de vue économique ce calcul est absurde.

Pourquoi cette attitude si "bête"? La culture et le pouvoir sont-ils intimement associés?

A mon avis, il s'agit d'une "production sociétale d'inconscience", d'un phénomène au sujet duquel Mario Erdheim démontre que dans chaque culture a lieu un refoulement collectif des aspects "non-désirables". Nous vivons dans une civilisation du possible et du contrôle. Par définition, les troubles psychiques ne sont donc pas perçus comme un signe de compétence individuelle, mais comme un événement incontrôlable que l'individu subit. Puisque ce qui ne peut pas être ne doit pas être, on élimine tout simplement ce vécu de la catégorie du possible. Et lorsqu'il devient impossible de nier l'existence d'un trouble psychique, on considère ce dernier comme le produit d'un destin incontournable et les personnes concernées comme des "victimes". Le conscient collectif refuse d'admettre les troubles psychiques et lorsqu'il ne peut plus les ignorer, il les classe dans la catégorie des catastrophes naturelles.

Une autre raison doit jouer un rôle par rapport à la manière dont la société comme l'individu n'ont que mépris pour les troubles psychiques: nous ne pouvons pas accepter de plus être "maîtres chez nous" – Freud considérerait le constat de cette perte de maîtrise comme l'une des trois grandes mortifications que l'être humain doit subir.

Les pressions exercées aujourd'hui par le monde du travail et la situation sociétale menacent tout le monde et rendent malade. Le peu de valeur attribuée à la psychothérapie par les institutions contribue au refoulement et à la dissociation. *Dans notre pays, on ne mène pas trop de thérapies, ni des thérapies trop longues: un soutien psychothérapeutique n'est souvent accordé que trop tard, il est difficile à obte-*

nir et il est fréquemment d'une qualité peu satisfaisante.

Les troubles psychiques ne sont jamais totalement indépendants du contexte social. Si l'on autorisait la psychothérapie à rechercher leurs causes, on risquerait de voir cette dernière cerner des phénomènes dépassant la biographie personnelle ou familiale: le *mépris subi par l'individu dans le monde du travail, la dégradation de l'environnement, la perte d'humanité au niveau politique pourraient bien avoir contribué à ce que les personnes concernées ne soient plus à même de "fonctionner psychologiquement"*. Les milieux économiques et politiques auraient alors à supporter les conséquences de ce constat, au lieu de considérer que seul l'individu et ses rapports avec lui-même et avec autrui sont responsables. *Selon le principe du pollueur-payeur, il ne suffirait plus d'accuser l'individu, ses inhibitions ou les erreurs commises par ses parents; il faudrait demander des comptes aux spéculateurs et à leurs partis politiques, à tous ceux qui en manquant de respect pour l'individu contribuent à créer une situation psychique sans issue.*

Les puissants (et les impuissants) *ne permettent pas* qu'au lieu de percevoir un sentiment d'impotence comme un échec personnel, *on le conçoive comme le produit d'un manque de respect et d'une oppression.* C'est peut-être une raison supplémentaire pour ne pas être favorable à la psychothérapie.

2. Dans l'intérêt de qui?

La question de savoir qui a intérêt – et pourquoi – à ce que la psychothérapie ne soit pas en mesure de mettre en évidence les rapports esquissés plus haut devrait être traitée beaucoup plus en détail.

Mais une autre question doit également être posée: qui a intérêt à ce que des psychothérapies puissent être menées? En effet, on enregistre une sorte de "psycho-boom", *un transfert des problèmes collectifs vers l'individu et des problèmes publics vers la sphère privée.*

3. J'ai peur de la psychothérapie

qui devient part intégrante du désordre globalisé. De celle qui remplace la

résistance, qui isole l'individu au lieu de lui fournir un sentiment d'appartenance, qui le calme au lieu de le comprendre – et qui entreprend tout cela systématiquement.

J'ai peur lorsque je constate que c'est le marché de la santé qui enregistre la plus forte croissance, que tout ce qui dérange la production d'une plus-value globale est considéré comme un problème de pathologie individuelle et commercialisé par le biais de la psychothérapie. Est-ce vraiment la détresse des patients qui compte ou se contente-t-on de les apaiser? Il faudrait peut-être encore que ceux qui ne supportent plus les pressions exigeant efficacité et productivité, ceux que cela rend déprimés et/ou agressifs, soient ceux qui fournissent réparation ... "La psychothérapie est à nouveau montée au front" – ce ne serait pas la première fois. Comme d'autres techniques de réparation, la psychothérapie s'est aussi développée dans le contexte de la guerre et de la destruction. "Schnelle Eingreiftruppe 'Seele' auf dem Weg in die therapeutische Weltgemeinschaft. Texte für eine kritische Trauma-Arbeit" ("Le groupe d'intervention 'âme' en route pour faire partie de la communauté thérapeutique globale. Textes pour un travail critique au niveau des traumatismes") – tel est le titre de "medico report 20", paru en 1997 (medico international, Frankfurt), un ouvrage qui rend attentif.

En 1978 déjà, Russell Jacoby analysait les risques: "Une conception fétichiste des relations, des réactions et des émotions humaines nourrit le mythe (de la liberté individuelle); isolées du tout formé par la société, elles semblent être réactions individualisées d'hommes et de femmes libres à des situations particulières, au lieu d'être perçues comme ce qu'elles sont: des réactions inhumaines à un environnement inhumain ... Oublier cet aspect implique une adhésion à l'idéologie propagée par des groupes soit-disant sensibles, qui provoquent une désensibilisation en séparant les relations humaines des racines sociales qui leur ont donné leur violence ... la recherche exclusive de la subjectivité garantit qu'elles dégénèrent. Ce n'est pas contre les tendances de la société mais en entente avec elle qu'elle considère un produit de cette dernière comme une misère privée ou une utopie." (p. 125, dans "Soziale Amnesie. Eine Kritik der konformistischen Psychologie von Adler bis Laing" / notre traduction).

Une psychothérapie qui n'hésite pas à rendre l'individu responsable de tout pour ensuite l'en guérir ne peut que nuire à la collectivité. Si on 'libère' ce dernier ("ce n'est pas mon problème") ou lui fait porter une responsabilité trop lourde, avec ce que cela implique de sentiments de culpabilité, on détruit la base sur laquelle pourrait se fonder une résistance collective à des conditions qui rendent malade. Il arri-

ve de plus en plus souvent que la psychothérapie contribue à renforcer la confusion entre réalité et fantasie, et qu'elle participe à l'aliénation extrême et au manque d'orientation qui caractérisent notre époque.

Transférer les problèmes causés par les structures du pouvoir vers le monde des émotions individuelles est devenu une bonne affaire. Les entreprises remplacent l'autorité directe par des 'cours d'entraînement de la personnalité' (voir à ce sujet "Der Griff nach der Psyche" de Bärbel Schwertfeger, Campus, 1998). Les courants de psychothérapie qui promettent un monde différent de celui de l'affreuse réalité se font plus nombreux, le contrôle systématique du comportement est à la mode, la fuite dans les sentiments et les illusions offertes par les 'bons parents' et les 'pouvoirs guérisseurs de la nature' se mêlent à des conceptions plus sérieuses de la psychothérapie.

Quel pouvoir as-tu? D'où vient-il? Dans l'intérêt de qui l'exerces-tu? A qui rends-tu des comptes? Et comment pouvons-nous nous débarrasser de toi? – cinq questions que Tony Benn, député travailliste en Angleterre, a préparées à l'intention de ceux qui sont au pouvoir, par souci pour l'avenir du monde. Je pense qu'elles devraient également être posées à tout/toute psychothérapeute.

*Ursula Walter
psychanalyste à Bâle*

50 Jahre Schweizerische Gesellschaft für Individualpsychologie nach Alfred Adler

Am 11. November 1948 gründeten die Individualpsychologin Mira Munkh-Eggenberger und die beiden Mediziner Dr. Victor Louis und Dr. Christoph Wolfensberger die „Schweizerische Gesellschaft für Individualpsychologie“. Im Februar 1949 wurde die neue Gesellschaft der Öffentlichkeit vorgestellt. Es sollte allerdings noch einige Jahre dauern, bis der erste Ausbildungskurs für Individualpsychologische Beraterinnen und Berater (BK 1) beginnen sollte. Dieser startete 1974, und zwar in den Räumen des IAP, dessen damaliger Leiter Prof. Biäsch

die Individualpsychologie so zu fördern trachtete.

1977 folgte der zweite Kurs, erstmals in den eigenen Räumen an der Selnastrasse in Zürich. Ebenfalls 1977 wurde das Alfred Adler-Institut als Ausbildungsstätte für regelmäßige Ausbildungslehrgänge gegründet, Hauptinitiant und erster Leiter war Dr. Victor Louis.

Von 1984 an wurden Ausbildungslehrgänge für BeraterInnen und TherapeutInnen durchgeführt, was zur neuen Bezeichnung BTK (= Berater- und Therapeuten-Kurs) führte. 1996

wurde die Bezeichnung BTK durch BTL ersetzt (= Berater- und Therapeutenlehrgang), weil der Allervweltsbegriff Kurs die Realität in keiner Weise mehr traf. Aus dem ersten zweisemestrigen Kurs waren eine Beraterausbildung sowie eine für Therapeutinnen und Therapeuten mindestens 5jährige Ausbildung geworden, welche den CHARTA-Normen entsprach. Im Oktober 1998 wird der BTL 20 beginnen.

Diese rasante Entwicklung der Schweizerischen Gesellschaft für Individualpsychologie führten wir uns am 4. September 1998 an einem 50-Jahre-Jubiläum vor Augen. Allerdings blieb es nicht bei einem Zurückblicken, so geeignet ein Geburtstag dazu sein mag. Werner Kaiser (Thun) als Präsident rief zu einer Standortbestim-

mung auf, indem er unter Bezugnahme auf die neueste Nummer der „Zeitschrift für Individualpsychologie“ (2/1998) schrieb: „Ja, wo stehen wir als IndividualpsychologInnen in der Schweiz? Irgendwo zwischen Deutschland und den USA. Irgendwo zwischen Psychoanalyse und Dreikurs. Irgendwo zwischen Therapie und Pädagogik. Irgendwo zwischen Leibseele-geistiger Ganzheitlichkeit einerseits und rein kognitiver Arbeit mit Lebensstilsätzen andererseits. Irgendwo zwischen fundamentalisti-

scher Beharrlichkeit und der Belieblichkeit eines hilflos herumsuchenden Eklektizismus.“

Für 1999 hat sich die Schweizerische Gesellschaft für Individualpsychologie darum vorgenommen, sich intensiv mit der Frage ihrer eigenen Identität im Rahmen der Internationalen Individualpsychologie sowie der gesamten modernen Psychologie auseinanderzusetzen. Die Fragen einer eventuellen Annäherung an die Psychoanalyse werden wohl ebenso diskutiert werden wie diejenigen einer allgemeinen

psychologischen Therapie (Grawe, 1998) oder einer Betonung der kognitiv-lerntheoretischen Seite der Individualpsychologie.

Die öffentlichen Veranstaltungen werden dieser Thematik gewidmet sein. Interessierte sind herzlich eingeladen, sich zu Beginn des nächsten Jahres nach dem öffentlichen Programm zu erkundigen (Sekretariat: Telefon 463 41 10, Dubsstrasse 45, CH-8003 Zürich).

Dr. Jürg Rüedi, Zürich

Le 50e anniversaire de la Société suisse de psychologie adlérienne (SPA)

Le 11 novembre 1948 la psychologue adlérienne Mira Munkh-Eggenberger s'associa aux deux médecins Victor Louis et Christoph Wolfensberger pour créer la "Société suisse de psychologie adlérienne". La nouvelle association fut présentée au public en février 1949, mais plusieurs années devaient encore passer avant que ne soient offerts les premiers cours de formation en psychologie individuelle (qualification de conseillers/conseillères, BK1). Ce fut en effet en 1974 que la première filière de formation fut organisée dans les locaux de l'Institut für Angewandte Psychologie, dont le directeur de l'époque – le professeur Biäsch – voulait promouvoir ce type d'approche. Un deuxième cours débuta en 1977, cette fois dans le cadre de l'institut qui venait d'être créé à la Selnaustrasse (Zurich). Dès 1977 l'institut Alfred Adler fut conçu comme un centre où devaient régulièrement être offertes des filières de formation; le principal instigateur de cet institut et son premier directeur fut le docteur Victor Louis.

Une formation en conseil et thérapie fut donnée dès 1984 (nouvelle

désignation: BTK = Berater- und Therapeuten-Kurs). A partir de 1996, l'abréviation BTL (= Berater- und Therapeutenlehrgang) vint remplacer celle de BTK, car il était devenu clair que le terme de "cours" (Kurs) était trop vague et ne correspondait plus au contenu de la formation. Le cours durait autrefois deux semestres, alors que la formation complète (conseil et thérapie) était devenue une filière d'une durée de cinq ans, conforme aux normes de la CHARTE. Le 20e BTL doit débiter en octobre 1998.

La célébration du 50e anniversaire de la SPA, le 4 septembre 1998, nous a permis de mieux réaliser l'évolution extrêmement rapide qui avait eu lieu. Mais même si ce genre d'événement s'accompagne d'un regard vers le passé, ce regard ne suffit pas. Werner Kaiser (Thoune), le président, proposa que soit élaboré un 'état des lieux'; se référant au dernier numéro du "Zeitschrift für Individualpsychologie" (2/98), il écrit: "Quelle est la position des psychologues adlériens en Suisse? Sans doute quelque part entre l'Allemagne et les Etats-Unis, entre la psychanalyse et d'autres écoles, entre la

thérapie et la pédagogie. Quelque part entre une approche holistique tenant compte du corps, de l'âme et de l'esprit d'une part et un travail purement cognitif en rapport avec des styles de vie. Quelque part entre un fondamentalisme obstiné et un éclectisme mal défini, cadre d'une quête impuissante." (notre traduction)

C'est pourquoi la Société suisse de psychologie adlérienne a décidé qu'en 1999, elle allait réfléchir de manière intensive à la question de sa propre identité au sein de la psychologie individuelle telle qu'elle est pratiquée sur le plan international, ainsi que par rapport au contexte global de la psychologie moderne. Il faudra débattre de la question d'un éventuel rapprochement avec la psychanalyse, ainsi que de la notion d'une thérapie psychologique générale (Grawe 1998) et de l'accent à placer sur les aspects cognitivo-didactiques de la psychologie individuelle.

Des manifestations publiques seront consacrées à ces thèmes. Les personnes intéressées sont cordialement invitées à demander le programme, début 1999 (secrétariat: Dubsstrasse 45, 8003 Zurich, tél. 01 463 41 10).

Dr. Jürg Rüedi, Zurich

Editorial

Rechte und Ethik in der Psychotherapie



Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Während das für 1999 anstehende Psychotherapeutengesetz in Deutschland die Diskussion und Aktivitäten vieler KollegInnen bestimmen und zu neuen Zusammenschlüssen und Frontenbildungen führt, fand auf dem diesjährigen EAP-Kongreß in Paris die feierliche Übergabe der ersten Eurozertifikate für Psychotherapie statt. Erste Anträge sind mittlerweile auch beim DVP eingegangen, und ich hoffe, daß wir in Kürze die formalen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen, um sämtliche Anträge schnell bearbeiten zu können. Über die Bedeutung des ECP für die deutschen Psychotherapeuten werden wir auf der diesjährigen Mitgliederversammlung im September diskutieren. Eine Dokumentation zumindest des einleitenden Referates von Alfred Pritz zu diesem Thema im nächsten Supplement ist ebenso vorgesehen wie eine kurze Darstellung des Antragsverfahrens.

Doch zurück zum 8. EAP-Kongreß in Paris. Das Thema: „Soziale und politische Dimensionen der Psychotherapie“ gab dem Programm eine spannende Struktur schon bei der Eröffnungsveranstaltung im Außenministerium. Für viele besonders anregend war der Vortrag eines Juristen (F.-H. Briard) zum Thema Menschenrechte und Psychotherapie. Er wird deshalb im nächsten Supplement im Schweizer Forum (auf französisch) und im deutschen Forum (in deutscher Sprache) erscheinen.

Unter Bezugnahme auf die 200 Jahre zuvor von der Französischen Nationalversammlung verabschiedete Deklaration der Menschen- und

Bürgerrechte (u.a. Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit) hatten die französischen KollegInnen ein Projekt zur Deklaration von Rechten zur Psychotherapie mit 10 Artikeln formuliert. Am Platz der Menschenrechte auf dem Trocadero in Paris wurden diese 10 Artikel am Ende der Eröffnungszeremonie, umsäumt von fahnenschwenkenden Teilnehmern aus etwa 30 europäischen Ländern, feierlich verlesen. Für mich war dies der eindrucksvollste Moment der Tagung. Die heftige Diskussion der Artikel machte schnell deutlich, daß diese Fassung für den EAP so noch nicht endgültig sein kann. Ich habe sie für das Supplement übersetzt, um zur schulenübergreifenden Diskussion auch unter unsere deutschen KollegInnen anzuregen.

Der häufig angeforderte Vortrag von Wolfgang Schmidbauer „Über die Schwierigkeiten einer schulenübergreifenden Identität“ gibt dazu mit Beispielen aus der Geschichte aktuell wichtige Denkanstöße.

Die Diskussion ethischer Fragestellungen kommt in der augenblicklichen Situation nicht nur der deutschen PsychotherapeutInnen häufig zu kurz, so auch in Paris, trotz bester Vorbereitung u.a. durch unsere Delegierte Marianne Singer. Die Verpflichtung auf ethische Richtlinien ist eine zentrale Voraussetzung zum Erwerb des Eurozertifikats. Wie dies in den verschiedenen Ausbildungsinstituten gehandhabt wird, ist oft nicht bekannt. Um so mehr möchte ich zur Teilnahme an der vom DVP organisierten Arbeitsgruppe und dem Symposium „Menschenbild und Ethik in der Psychotherapie“ anregen (s.u.).

Cornelia Krause-Girth

Projekt zur Deklaration der Rechte zur Psychotherapie

Vorgestellt auf dem 8. EAP-Kongreß in Paris am 29. 5. 1998

Artikel 1

Psychotherapie ist eine humane und eine Humanwissenschaft, die eine harmonische Entwicklung des Menschen und die Linderung psychologischer Leiden anstrebt.

Artikel 2

Der Psychotherapeut übt seinen Auftrag mit großem Respekt für die physische und geistige Würde und Integrität des Menschen aus. Er trägt zu sozialer Prävention, zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und zur Förderung der Autonomie und Verantwortlichkeit des Bürgers bei. Er übt seinen Auftrag aus ohne Ansehen von Geschlecht, Rasse, Hautfarbe, Sprache, Religion, politischer Meinung, nationale oder soziale Herkunft,

Minderheitenzugehörigkeit, Schicksal, Geburt oder anderer Situationen.

Artikel 3

Jeder Mensch hat das Recht zur freien Wahl eines Psychotherapeuten und zum freien Zugang zu allen anerkannten Methoden der Psychotherapie.

Artikel 4

Der Psychotherapeut entscheidet unter Respektierung ethischer Richtlinien der Profession über die Methode, die er erlernen und ausüben möchte.

Artikel 5

Der Psychotherapeut übt sein Handwerk unabhängig aus. Er ist frei, seine Methode unter Berücksichtigung der jeweiligen Umstände auszuwählen,

ohne seine Patienten einem unbegründeten Risiko auszusetzen. Die Freiheit der Ausübung von Psychotherapie kann durch keine andere als gesetzliche Regelungen eingeschränkt werden, die notwendige Maßstäbe für die öffentliche Gesundheit oder den Schutz der Rechte und Freiheiten von anderen in einer demokratischen Gesellschaft darstellen.

Artikel 6

Der Psychotherapeut muß entsprechend der gesetzlichen Regelungen die Schweigepflicht respektieren. Er übt seinen Beruf unter vollem Respekt vor dem Leben, der Freiheit und der Sicherheit des Menschen aus.

Artikel 7

Der Psychotherapeut absolviert eine spezifische Ausbildung, die nicht ersetzt werden kann durch Diplome aus anderen Bereichen wie etwa der Medizin, Psychologie, Soziologie, Philosophie oder anderen.

Artikel 8

Jede Psychotherapiemethode muß auf spezifischen wissenschaftlich validierten humanwissenschaftlichen Kriterien basieren. Keine anerkannte Psychotherapiemethode kann beanspruchen, einer anderen überlegen zu sein.

Artikel 9

Jede Psychotherapiemethode legt selbst frei die Bedingungen der Ausbildung, Evaluation und Kontrolle ihrer Praktiker in Übereinstimmung mit den allgemeinen Regeln, die für die Profession gelten, fest.

Artikel 10

Wenn Psychotherapie von einer Institution oder einem sozialen System in Anspruch genommen wird, müssen die gleichen Kriterien unter den gleichen Bedingungen auf alle anerkannten Methoden angewendet werden, um allen ohne Unterschied Zugang zu verschaffen.

Übersetzung aus dem Französischen von Cornelia Krause-Girth



W. Schmidbauer

Auf dem Weg zu einer Schulübergreifenden Identität des Psychotherapeuten*

Wer die Hälfte seines Arbeitslebens mit der Ausbildung und Supervision von Psychotherapeuten verbracht hat, ist vielleicht befugt festzustellen, daß es sich hier um einen Berufsstand handelt, der nicht leicht einzuschätzen oder zu führen ist. Psychotherapeuten sind Individualisten, sie fügen sich nicht gerne, sie wissen alles besser, sie widersetzen sich jeder Autorität, auch der demokratisch legitimierten – etwa indem sie Mehrheitsentscheidungen nur so lange akzeptieren, wie sie nicht überstimmt werden; sie bilden sich soviel auf ihre Arbeit ein, daß sie jedem Schmeichler zum Opfer fallen und oft krasse politische Fehler machen. Ich habe mir auf solche Beobachtungen den Reim gemacht, daß – ähnlich wie in jedem Lehrer ein Schüler steckt – in jedem auf Verantwortung und Progression hin orientierten Psychotherapeuten ein regressiver, verantwortungsloser Patient sein Unwesen treibt.

Ich hoffe, Sie sehen mir solche psychoanalytische Trivialitäten nach; ich kann mir leider nicht den Federschmuck des schulübergreifenden Therapeuten aufsetzen, dazu müßte ich, da mir selbst keine solchen Federn wachsen wollen, diese anderen ausrufen, die sie vielleicht dringender brauchen als ich. Angesichts der Regressionen von hochqualifizierten Akademikern, die es doch besser wissen müßten, wird in den Vorständen psychotherapeutischer Institutionen öfter Freuds Stoßseufzer vom „unmöglichen Beruf“ zitiert, zu dem neben dem Regieren und dem Erziehen auch die Ausübung der Psychotherapie gehört.

Wir üben in unserer Ausbildung zwar, professionelles Handeln zu erlernen; was uns aber oft abgeht, ist ein professioneller Bezug zu unserem Beruf, zu unserer Berufspolitik, ein nüchternes Abschätzen von gemeinsamen und gegensätzlichen Interes-

sen. Was uns ebenfalls sehr häufig fehlt, ist ein professioneller Bezug zu Rivalen und Konkurrenten. Dieser würde voraussetzen, daß man nicht Einzelfälle des Rivalen am eigenen professionellen Standard mißt, sondern entweder Einzelfälle oder professionelle Standards vergleicht. Das bisherige Vorgehen ähnelt nicht selten einem polemischen Kunstgriff, in dem etwa ein Maler, der die Überlegenheit seiner Kunst gegenüber der Bildhauerei beweisen will, das mißglückte Werk eines Bildhauers mit einem gelungenen Gemälde vergleicht.

Dieses Fehlverhalten kränkt nicht nur Kollegen, es schadet auch den Patienten, die beispielsweise von einem Folgetherapeuten behandelt werden, ohne daß dieser aufklärt, weshalb die Behandlung des Kollegen scheiterte. Wenn er hier nicht professionell und nüchtern vorgeht, sondern an der Entwertung partizipiert, die der Patient dem Kollegen angedeihen ließ, werden Zeit und Geld für ein Unternehmen vergeudet, das mit hoher Wahrscheinlichkeit so endet wie das gescheiterte erste. Stellen wir uns vor, der dem Psychoanalytiker entlaufene Patient erzählt dem Verhaltenstherapeuten, der Behandler hätte nur geschwiegen und gar nichts gemacht – ist die Gefahr nicht groß, daß dieses Urteil, weil es gut in Vor-Urteile gegen die Psychoanalytiker paßt, unhinterfragt übernommen wird? Oder nehmen wir den umgekehrten Fall; der Patient hat diesmal eine Verhaltenstherapie abgebrochen und beklagt sich, er sei brutal gedrillt worden, man habe ihn überhaupt nicht verstanden, sich nicht für seine Person, sondern nur für seine Symptome interessiert: hört der Psychoanalytiker solche Klischees nicht gerne?

Ich will mit Ihnen heute ein wenig genauer hinsehen, warum solche vorthoretischen Betrachtungsweisen in der Psychotherapie so verführerisch sind, welche Zusammenhänge sich hier aufdecken lassen und welche Wege wir möglicherweise beschrei-

ten können, um mehr Bewußtsein für eine professionelle Solidarität unter Psychotherapeuten zu entwickeln. Ich werde diese Problematik mit zwei historischen Beispielen illustrieren, einmal dem Streit zwischen Freud und Jung, zum zweiten der Entstehung einer „Deutschen Seelenheilkunde“ während der Nazi-Herrschaft. Dann werde ich versuchen, aus den spezifischen Qualitäten unserer Berufe und seiner gesellschaftlichen Entwicklung abzuleiten, weshalb sich Psychotherapeuten mit einer schulübergreifenden Identität so schwer tun; dabei werde ich die Frage streifen, ob Psychotherapie angewandte Wissenschaft oder nicht doch etwas anderes ist. Abschließend sollen dann die unersetzlichen, aber auch problematischen Qualitäten der Idealisierung in unserem professionellen Handeln untersucht werden.

Durch die Spaltung zwischen Theologie und naturwissenschaftlicher Medizin war im ausgehenden 19. Jahrhundert die Rolle des Seelenführers für jene Bevölkerungsschichten vakant geworden, die aus den Traditionen ihres Glaubens herausgefallen waren, aber an der nüchternen Naturwissenschaft allein nicht genügend Halt finden konnten. Wer ihnen Sicherheit geben und ihnen den Sinn ihrer Konflikte zwischen Trieb und Norm begreiflich machen wollte, durfte nicht Priester und konnte nicht mehr Arzt sein. Es war ein neuer Beruf – Freud nennt ihn einmal den „weltlichen Seelsorger“, der neue Anforderungen stellte, die viel mehr und anders gestaltete persönliche Auseinandersetzungen erforderten, als das im aufgeklärten Priester- oder Arztum der Fall war.

Das sozialgeschichtliche Modell der ersten, modellbildenden psychotherapeutischen „Bewegung“ – der psychoanalytischen – läßt sich vielleicht am ehesten in den Ordensgründungen etwa des Franziskus entdecken, dem es auch darum ging, durch persönliches Beispiel und enge, emotional geprägte Beziehungen eine Institution zu reformieren, in der

* Vortrag anlässlich der Jahreshauptversammlung des Deutschen Dachverbandes für Psychotherapie, 20. 9. 1997, Frankfurt/Main.

die fromme Lüge und der Widerspruch von Anspruch und Realität dominierten.

Franziskus wollte wirklich Christ sein in einer Welt, in der die meisten Christen nur dem Namen nach Christen waren. Dieses Modell, etwas wirklich zu sein und nicht nur Fassadär zu scheinen, durchzieht Reformen in den Hochkulturen und gehört auch zur psychoanalytischen Bewegung. Aus ihm wird verständlich, weshalb die gegenseitige Kontrolle und auch die Neigung zur Spaltung so entwickelt war. Auch der Franziskanerorden spaltete sich einige Male, weil schon bald nach Franziskus' Tod Mönche, welche die Regeln „wirklich“ befolgen wollten, sich nicht mit anderen verständigen konnten, deren Regelverständnis sie als oberflächlich oder unecht ablehnten.

Die Entwertung einer anderen Sicht drückt immer die Unsicherheit und Instabilität der eigenen Sicht aus. Wer wirklich überzeugt ist und seine Überzeugung beweisen kann, muß keine fremde Überzeugung entwerten. Nicht der selbstbewußte, sondern der selbstunsichere Kämpfer oder Führer schreit heraus, er sei der Größte. Unsicherheit, ob der eigene Helfer-Weg der richtige ist, scheint in der modernen Gesellschaft unausweichlich. Eine Bewegung sucht Sicherheit in ihrer Dynamik, ihrem Vorwärtsschreiten. Daher die Leidenschaft der modernen Psychotherapeuten, künstliche Sicherheiten zu produzieren, indem sie ihre eigene Sicht der Dinge nicht nur forschend belegen, sondern auch durch Entwertung anderer Sichtweisen narzißtisch aufwerten. Auf diese Weise versuchen sie die Unsicherheit ihrer eigenen Position durch eine Art Eroberungskrieg zu überspielen.

Wenn „Bewegung“ ein Element der Politik ist, das von Freud in die Wissenschaft eingeführt wurde, dann hat diese Neuerung neben den oben angesprochenen narzißtischen Merkmalen auch politische Qualitäten. Denn in Psychotherapien geht es immer auch um Macht, meist in den subtilen Formen der Herrschaft und weniger in denen grober Gewalt oder autoritären Drucks. Die auch im psychotherapeutischen Schulenstreit aufzufindende Bereitschaft, die eigenen Gedanken nur gut, die Gedanken des Gegners hingegen nur schlecht zu

finden, erinnert wiederum an ähnliche Verhaltensweisen von Politikern. Auch diese bleiben fast immer einer genauen Betrachtung der Schattenseiten ihrer Erleuchtungen verschlossen. Sie unterstellen sich selbst das Licht, dem Gegner aber die Finsternis.

Ich will diese Situation jetzt an einer der ersten Spaltungen der psychoanalytischen Bewegung illustrieren: dem Streit zwischen Freud und Jung. Ich rekapituliere kurz die wesentlichen Fakten:

Seit April 1906 korrespondierte Jung mit Freud; 1907 reiste er mit seiner Frau und Ludwig Binswanger nach Wien, um ihn persönlich kennenzulernen. Die erste Begegnung dauerte dreizehn Stunden und beeindruckte beide Partner zutiefst. Für Freud bedeutete der neue Anhänger viel. Jung als „Arier“ sollte die Psychoanalyse davor bewahren, eine vorwiegend jüdische Angelegenheit zu werden. Die Kontakte zwischen den Freunden waren aber von Anfang an nicht ohne inneren Zündstoff.

Binswanger erzählt, daß beide einander bereits nach dem ersten Treffen Träume deuteten. Vermutlich ist Freuds Interpretation von Jungs Traum viel aufschlußreicher als dieser Traum selbst, den Binswanger vergessen hat. Freud sagte, Jung wolle ihn entthronen und seinen Platz einnehmen (Binswanger 1957, S. 2). Jung ordnete sich zunächst unter und wurde von Freud mit verschiedenen Ehren belohnt. Wie sehr Jung damals unter Freuds Einfluß stand, zeigt seine 1909 erschienene Arbeit über „Die Bedeutung des Vaters im Schicksal des Einzelnen“, in der er sagt: „Wenn wir jetzt alle weitreichenden Möglichkeiten der infantilen Konstellation überblicken, müssen wir sagen, daß unser Lebensschicksal im wesentlichen mit dem Schicksal unserer Sexualität identisch ist“ (Jung 1909, zit. n. Ges. W. Bd. 4, S. 320). Doch die beim ersten Besuch Jungs in Wien latenten Konflikte zeigten sich bereits im selben Jahr wieder, als Jung Freud auf dessen Amerikareise begleitete und man sich erneut gegenseitig die Träume erzählte.

Freuds Trennung von Jung hing stärker mit einer Trübung der Beziehung als mit wissenschaftlichen Differenzen zusammen, die später als Begründungen nachgereicht wurden. Der Konflikt ist für Streitigkeiten zwi-

schen Therapeuten beispielhaft und kann demonstrieren, wie schwierig es ist, die neuen Herrschaftsinstrumente verantwortlich und zielbewußt einzusetzen. Es entspinnt sich ein Kampf um das Privileg, wer wessen Neurose deuten darf, wer glaubwürdig ist. Nichttherapeuten müssen, wenn sie jemanden nicht überzeugen können, resignieren. Analytiker können deuten, d.h. unbewußte Widerstände bei ihrem Rivalen orten, der dann, zum Patienten gemacht, sein Unrecht einsehen müßte. Was aber, wenn der Rivale auch Therapeut ist und den Spieß umdreht?

Die letzte Phase der Auseinandersetzung begann, als Freud Jung auf einen Schreibfehler hinwies und diesen als Fehlleistung deutete, die auf Jungs unbewußte Abwendung von Freud hinweise. Es war eine winzige Bemerkung, aber im Kampf um die Macht gibt es keine Kleinigkeit.

Fast postwendend, am 18. Dezember 1912, antwortet Jung:

„Lieber Herr Professor,

darf ich Ihnen einige ernsthaftere Worte sagen? Ich anerkenne meine Unsicherheit Ihnen gegenüber, habe aber die Tendenz, die Situation in ehrlicher und absolut anständiger Weise zu halten. Wenn Sie daran zweifeln, so fällt das Ihnen zur Last. Ich möchte Sie aber darauf aufmerksam machen, daß Ihre Technik, Ihre Schüler wie Ihre Patienten zu behandeln, ein Mißgriff ist. Damit erzeugen Sie sklavische Söhne oder freche Schlingel (Adler, Stekel und die ganze freche Bande, die sich in Wien breitmacht). Ich bin objektiv genug, um Ihren Trug zu durchschauen. Sie weisen rund um sich herum alle Symptomhandlungen nach, damit setzen Sie die ganze Umgebung auf das Niveau des Sohnes und der Tochter herunter, die mit Erröten die Existenz fehlerhafter Tendenzen zugeben. Unterdessen bleiben Sie immer schön oben als Vater ...

Sehen Sie, mein lieber Herr Professor, solange Sie mit diesem Zeugs laborieren, sind mir meine Symptomhandlungen ganz wurscht, denn die wollen gar nichts bedeuten neben dem beträchtlichen Balken, den mein Bruder Freud im Auge trägt. – Ich bin nämlich gar nicht neurotisch – unberufen! Ich habe mich nämlich lege artis und tout humblement analysieren lassen, was mir sehr gut bekommen ist. Sie wissen ja, wie weit ein Patient mit Selbstanalyse kommt, nämlich nicht aus der Neurose heraus – wie Sie ... Adler und Stekel sind Ihrem Trug aufgesessen und wurden kindisch frech. Ich werde öffentlich mich zu Ihnen halten, unter Wahrung meiner An-

sichten, und werde insgeheim in meinen Briefen anfangen, Ihnen einmal zu sagen, wie ich wirklich über Sie denke. Ich halte diesen Weg für den anständigsten.

Sie werden über diesen sonderbaren Freundschaftsdienst schimpfen, aber vielleicht tut es Ihnen doch gut.

Mit besten Grüßen
Ihr ganz ergebener Jung“

Es gibt zwei Antworten Freuds auf dieses Schreiben. Die erste wurde nicht abgeschickt. Sie fand sich in Freuds Nachlaß und ist viel versöhnlicher als die zweite:

„Es tut mir leid, Sie mit dem Hinweis auf Ihr Verschreiben so sehr gereizt zu haben, und ich meine, Ihre Reaktion geht über den Anlaß weit hinaus. Über Ihren Vorwurf, ich mißbrauche die Analyse, um meine Schüler in infantiler Abhängigkeit zu halten, und sei darum für deren infantiles Benehmen gegen mich selbst verantwortlich, sowie über alles, was Sie darauf aufbauen, will ich nicht urteilen, weil alles Urteilen in eigener Sache so schwer ist und keinen Glauben erweckt. Nur zu den tatsächlichen Grundlagen Ihres Aufbaues will ich Ihnen Material liefern, ob Sie ihn dann selbst der Revision unterziehen. Also ich bin daran gewöhnt, in Wien den entgegengesetzten Vorwurf zu hören, daß ich mich mit der Analyse der ‚Schüler‘ zu wenig befasse. In Wirklichkeit hat zum Beispiel Stekel, seitdem er vor etwa zehn Jahren aus meiner Behandlung getreten ist, kein Wort mehr zur Analyse seiner eigenen Person von mir gehört, und bei Adler habe ich es noch sorgfältiger vermieden. Was ich je Analytisches über die beiden gesagt, wurde zu anderen und hauptsächlich zu einer Zeit geäußert, da sie nicht mehr im Verkehr mit mir standen. Ich weiß also nicht, warum Sie so sicher in der Annahme des Gegenteils sind.

Indem ich Sie herzlich grüße
Ihr Freud.“

Der Brief, den Jung tatsächlich erhielt, wurde erst zwölf Tage später geschrieben. Freud hat kaum je einen Brief zurückgehalten und ihn dann neu verfaßt; daß er es in diesem Fall tat, und wie er es tat, drückt aus, wie sehr ihn die Angelegenheit bewegte. Der erste Text war verbindlich, er enthielt nur den Vorwurf der Voreiligkeit, vermied die Konfrontation und hielt die freundschaftliche Beziehung offen. Die Situation stand sozusagen auf Messers Schneide, denn auch Jung hatte inzwischen offenbar ein schlechtes Gewissen und schrieb am selben 3. Januar 1913, an dem

Freud seinen zweiten Brief absandte, noch einen freundschaftlichen, um Versöhnung ersuchenden Brief, der sich mit dem Schreiben Freuds kreuzte. Er wünscht Freud Glück zum neuen Jahr, tröstet ihn über den Konflikt mit der These, daß gegensätzliche Strömungen die Lebensenergie der Psychoanalyse fördern, versichert Freud, er wolle ihn nicht quälen und fordert nur „Gegenrecht“ für einen „freundschaftlichen Standpunkt“. Aber Jung beharrt auch darauf, er wolle Freud

„dieselbe analytische Fürsorge ange-deihen lassen, die Sie mir zeitweise offerieren. Sie wissen ja, im Verständnis der ps. Wahrheiten kommt man gerade so weit wie man in sich selber kommt. Hat man neurotische Symptome, so wird's auch am Verständnis fehlen irgendwo. Wo, haben die Ereignisse bereits gezeigt. Wenn ich also ungeschminkt offen gegen Sie bin, so soll das zu Ihrem Besten geschehen, auch wenn's weh tut ...“

Jetzt der abgesandte Brief Freuds, ebenfalls auf den 3. Januar 1913 datiert. Nach einer sachlichen Mitteilung über den Titel der Zeitschrift kommt Freud auf Jungs Geheimbrief zu sprechen:

„... Aus ihrem vorigen Brief kann ich nur einen Punkt ausführlich beantworten. Ihre Voraussetzung, daß ich meine Schüler wie Patienten behandle, ist nachweisbar unzutreffend. In Wien macht man mir den entgegengesetzten Vorwurf. Ich soll für die Unarten von Stekel und Adler verantwortlich sein; aber in Wirklichkeit hat ...“

Von hier ab wiederholt Freud den Text seines ersten Entwurfes, doch ersetzt er den offenen Schlußsatz dort – „ich weiß also nicht ...“ durch einen Absatz, in dem er Jung die Freundschaft aufkündigt. Hier der Wortlaut:

„Im übrigen ist Ihr Brief nicht zu beantworten. Er schafft eine Situation, die im mündlichen Verkehr Schwierigkeiten bereiten würde, im schriftlichen Weg ganz unlösbar ist. Es ist unter uns Analytikern ausgemacht, daß keiner sich seines Stückes Neurose zu schämen braucht. Wer aber bei abnormem Benehmen unaufhörlich schreit, er sei normal, erweckt den Verdacht, daß ihm die Krankheitseinsicht fehlt. Ich schlage Ihnen also vor, daß wir unsere privaten Beziehungen überhaupt aufgeben. Ich verliere nichts dabei, denn ich bin gemächlich längst nur durch den dünnen Faden der Fortwirkung früher erlebter Enttäuschungen an Sie geknüpft, und

Sie können nur gewinnen, da Sie letztlich in München bekannt haben, eine intimere Beziehung zu einem Mann wirke hemmend auf ihre wissenschaftliche Freiheit. Nehmen Sie sich also die volle Freiheit und ersparen Sie mir die angeblichen ‚Freundschaftsdienste‘. Wir sind einig darin, daß der Mensch seine persönlichen Empfindungen den allgemeinen Interessen in seinem Bereich unterordnen soll. Sie werden also niemals Grund finden, sich über Mangel an Korrektheit bei mir zu beklagen, wo es sich um Arbeitsgemeinschaft und Verfolgung wissenschaftlicher Ziele handelt; ich kann sagen, so wenig Grund späterhin wie bisher. Andererseits darf ich dasselbe von Ihnen erwarten.“

Jung antwortet wenig später:

„Ich werde mich Ihrem Wunsche, die persönliche Beziehung aufzugeben, fügen, denn ich dränge meine Freundschaft niemals auf. Im übrigen werden Sie selbst am besten wissen, was dieser Moment für Sie bedeutet. ‚Der Rest ist Schweigen.‘“

Mit diesem Hamlet-Zitat schließt C. G. Jung seinen letzten persönlichen Brief an Freud.¹ Hätte Freud darauf verzichtet, Jung seine Fehlleistung unter die Nase zu halten, wvnn er gewußt hätte, was er damit anrichten würde? Hätte Jung sich in seiner Invektive beherrscht, wenn er gewußt hätte, daß Freud ihm die Freundschaft aufkündigen würde?

Es ist müßig, in der Geschichtsschreibung die Frage zu stellen, was gewesen wäre, wenn ... Aber in der Betrachtung von Beziehungen vertiefen solche Fragen die Einsicht in schicksalshafte Verstrickungen. Der Wechsel im Ton von Freuds erstem, nicht abgesandten Brief zu dem zweiten, der den Bruch einleitet, läßt auf einen inneren Prozeß schließen, in dem Freud nicht milder, sondern härter wird, in dem apodiktische Urteile seine anfängliche Trauer und Konzilianz ersetzen. Jung hingegen ist anfangs verletzend; später wirbt er wieder und versucht, das Verbindende nicht über dem Trennenden zu vergessen.

Der Bruch zwischen Freud und Jung ist deshalb so interessant, weil er ein konstitutionelles Risiko der Psychotherapie in der Moderne in einer neuen Variante erschließt: den Übergriff, die

¹ Der Briefwechsel Freud/Jung wurde 1974 von William McGuire und Wolfgang Sauerländer im Fischer-Verlag publiziert. Die zitierten Briefe finden sich auf S. 593 ff.

Respektlosigkeit, die Analyse ohne Einverständnis des Analysierten. Freud hat Jung nur gestupst, vielleicht in der Hoffnung, die drohende Entfernung rückgängig machen zu können. Jung fühlte sich gestoßen und stieß noch heftiger zurück. Freuds Freundschaftsbegriff war gänzlich anders als der von Jung; einen Freund anders als in milder Ironie oder in intellektuellem Urteil anzugehen, lag ihm ferne. Jung hingegen ist überschwänglich, er hat Freud glühend idealisiert und entwertet ihn jetzt ebenso radikal.

Noch einen zweiten Gesichtspunkt sollten wir sehr ernst nehmen: Es gibt keinen Grund, anzunehmen, daß sowohl Freud wie auch Jung nicht ernsthaft beabsichtigten, nach dem Zerbrechen ihrer Freundschaft weiterhin in der psychoanalytischen Bewegung zusammenzuarbeiten. Aber es gelang ihnen nicht. Beide Männer hatten die Möglichkeit überschätzt, persönliche und emotionale Enttäuschungen zurückzustellen und sich auf Sachfragen zu konzentrieren. Das mag den Laien bei Therapeuten besonders erstaunen, die doch eigentlich wissen sollten, wie mächtig menschliche Emotionen sind und wie leicht sie unser sachliches Urteil bestimmen. Aber wenn ich supervisorische Erfahrungen auswerte, scheint es mir nur logisch: Es ist für einen Teamleiter erheblich leichter, zerstrittene Ingenieure dazu zu bringen, für ihren Arbeitstag die Emotionen zurückzustellen und sich an den Sachfragen zu orientieren, als zerstrittene Psychotherapeuten. Diese sind kaum zu bewegen, einen Beziehungskonflikt ruhen zu lassen, auch wenn sie und die anderen Teammitglieder darunter leiden, daß in immer erneuten Anläufen die Wunden nur vertieft werden.

Das liegt wohl daran, daß es für den Therapeuten eine narzißtische Kränkung ist, mit einem anderen Menschen nicht umgehen zu können, der Kränkung vergleichbar, die ein Ingenieur erlebt, wenn die von ihm konstruierte Brücke einstürzt. Ich habe schon früher begründet, weshalb es naiv ist, von Menschen, die beruflich mit emotionalen Konflikten umgehen, besondere Reife im Umgang mit Konflikten untereinander zu erwarten.² Wie das Beispiel Freud–Jung lehrt, ist eher das Gegenteil der Fall: Psychotherapeuten

² W. Schmidbauer, *Helfen als Beruf*, Reinbek 1983.

regredieren leichter und sie haben stärkere Erwartungen, dort, wo ein Interessen- oder Meinungsgegensatz unüberwindlich ist, durch Deutungsanstrengungen die Entscheidung für einen realpolitischen Kompromiß aufzuschieben. Unter Umständen sind sie dann vom Deuten und anderen Versuchen, sozusagen in die Persönlichkeit des Gegners einzudringen, so erschöpft, daß ihnen für die Realpolitik keine Kraft mehr bleibt.

Ich will jetzt zu einem zweiten Lehrstück über den Umgang von Psychotherapeuten mit ihren eigenen Konflikten kommen: Zur Geschichte der Psychotherapie in Nazi-Deutschland. Im Mai 1933 wurden nach einer Hetzkampagne Freuds Bücher verbrannt. Der jüdische Vorstand der DPG trat auf Drängen „arischer“ Analytiker zurück, die Sanktionen fürchteten. 32 DPG-Mitglieder waren bis 1934 emigriert. Die in Deutschland verbliebenen jüdischen Mitglieder wurden 1935 zu einem „freiwilligen“ Austritt bewogen. Es war vorauseilender Gehorsam, man fürchtete ein Verbot der DPG. Die Mehrheit der verbliebenen „arischen“ Analytiker wollte auch unter solchen Umständen das Fortbestehen der Institution sichern. Auch hier zeigt sich eine der Schattenseite der Organisation von Psychotherapie als „Bewegung“: Sie ist bereit, sehr fragwürdige Dinge zu tun, um sozusagen die eigene Haut zu retten. Nachher werden solche merkwürdigen Konzessionen dann verdrängt und verleugnet. Tatsächlich wurde bis zu den grundlegenden Arbeiten von Regine Lockot die Situation oft so dargestellt, daß die Psychotherapie in der NS-Zeit „unterdrückt“ war und die Psychotherapeuten nach 1945 aus ihrer „inneren Emigration“ zurückkehrten. Das zeigt uns wieder, wie wenig die psychotherapeutische Kompetenz, Ausreden und Mystifizierungen aufzudecken, die Therapeuten davor bewahrt, selbst Ausreden zu verwenden und zu mystifizieren, wenn sie dadurch ihre eigenen Interessen zu retten glauben.

Die „Rettung“ der Psychoanalyse rechtfertigte für die deutschen Psychoanalytiker nichtjüdischer Abstammung Memoranden, in denen sie die Nützlichkeit der Psychoanalyse für NS-Zwecke beschrieben, eifertige Anfragen an Behörden, Bitten um Absegnung durch Parteifunktionäre. Sie nahmen das Verbot von Freuds Schrif-

ten und die „Arisierung“ der psychoanalytischen Terminologie in Kauf und gaben sie teilweise als Fortschritt aus.

Alle prominenten NS-Psychotherapeuten waren Mitglieder der „Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“ (AÄGP). Der amerikanische Historiker Geoffrey Cocks sieht eine bestimmte Ausrichtung der AÄGP schon vor 1933. Sie war protestantisch-konservativ und stand daher in einem weltanschaulichen Gegensatz zur eher liberalen und vorwiegend jüdischen Gesellschaft der deutschen Psychoanalytiker (Cocks 1985, S. 47). Die AÄGP teilte diese Haltung mit dem dominierenden Teil des Bildungsbürgertums und vor allem der deutschen Ärzteschaft, die von allen Berufsgruppen den höchsten Anteil von NSDAP-Mitgliedern aufwies: 45%.

Psychotherapie nach dem Verständnis der AÄGP sollte die ärztliche Autorität erneuern und nicht, wie es Freud so gründlich getan hatte, hinterfragen. Mit der Neugründung der AÄGP als Deutsche Gesellschaft (DAÄGP) wurde M. H. Göring, ein Vetter von Hermann Göring, zu ihrem „Führer“ bestimmt. Der Psychiater Ernst Kretschmer³ trat vom Vorsitz zurück, und Jung übernahm ihn nach Absprache mit den Deutschen; diese suchten mit seiner internationalen Reputation die sonst zu parteinah erscheinende Gesellschaft aufzuwerten.

1934 erschien eine Sammlung von zehn Aufsätzen mit dem Titel „Deutsche Seelenheilkunde“. Die Arbeiten sollen die Programmatik der „Deutschen Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“ entwerfen, die in ihrer Gründungserklärung „bedingungslose Treue“ zu Adolf Hitler gelobt hatte und deutsche Ärzte zusammenfassen möchte, die im Sinn der nationalsozialistischen Weltanschauung eine seelenärztliche Heilkunst ausüben (zit. nach Lockot 1985, S. 62). „Wir Psychotherapeuten wollen zeigen, daß auch wir gewillt sind, an dem Aufbau des neuen Reiches mitzuwirken, dadurch daß wir an der Gestaltung einer deutschen Seelenheilkunde arbeiten“ (Göring 1934, S. 7).

³ Ihm wurde das geflügelte Wort über die Psychopathen zugeschrieben: In guten Zeiten diagnostizieren wir sie, in schlechten regieren sie uns. Kretschmer war ein angesehener Konstitutionsforscher, aber auch ein erklärter Gegner der Psychoanalyse.

Im Vorwort betont der Herausgeber Göring, die Aufsätze enthielten nicht eine intellektuelle Gesinnungsäußerung, sondern ein erlebnismäßiges Bekenntnis zur nationalsozialistischen Idee, zum Werk Adolf Hitlers. Er stellt in seinem Eingangs-Beitrag „Die nationalsozialistische Idee in der Psychotherapie“ (S. 11–17) diese als „das beste Bindeglied zwischen den verschiedenen Richtungen“ (S. 16) dar. Als Aufgabe der Therapeuten sieht er die Erziehung der Menschen, deren Behandlung erbbiologisch sinnvoll erscheint, zu wahren Gemeinschaftsgefühl und freiwilliger Unterordnung. Die Gegensätze zwischen den Therapeuten seien unwichtig gegenüber ihrer Bereitschaft, dem NS-Staat zu dienen.

Enthielt dieses Memorandum neben dem Unterwerfungspassus auch noch eine positive Beschreibung psychoanalytischer Arbeit, so besteht Schultz-Henckes Aufsatz „Die Tüchtigkeit als psychotherapeutisches Ziel“ (S. 84–98) hauptsächlich in einer Ablehnung der Psychoanalyse. Er tadelt die Sexualtheorie und die Kritik der Religion. Die Psychoanalyse müsse in freiwilliger Selbstbesinnung auf „Wertgefühl, Wille, Blut und Leben“ das Therapieziel auf „Zucht, Disziplin, Dienstbereitschaft und Einordnung“ festlegen.

Die „Deutsche Seelenheilkunde“ ist freiwillig nicht unter dem Zwang zu einer präzisen Einpassung in ideologische Schablonen zustande gekommen. Die Nazis konnten für dieses neue Gebiet keine klaren Vorstellungen vorgeben.

In dem Briefwechsel über die „Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie“, die Lockot (1985) dokumentiert hat, zeigen die Autoren der „Deutschen Seelenheilkunde“ ihr Selbstverständnis als Vordenker der deutschen, der fortschrittlichen Psychotherapie. Was mögen sie mit dem verschwiegenen, aber eigentlich unvermeidbaren Wissen gemacht haben, daß sie diese Position dem Exodus so vieler deutschsprachiger Psychotherapeuten von internationaler Geltung verdanken?

Die psychoanalytische Bewegung und die psychoanalytische Methode hängen ebenfalls zusammen: die Wiederentdeckung des persönlichen Lernens in engen Beziehungen stabilisierte den Zusammenhalt einer Gruppe, die in den vorhandenen Institutionen der akademischen Wissenschaften

nicht integriert war und sich im Grenzgebiet von Medizin, Pädagogik und Psychologie ansiedelte. Aber die Psychoanalyse konnte auf Dauer den Bedarf der modernen Gesellschaft an psychologischer Unterstützung nicht decken. Durch die enorme Ausweitung der Spezialisierungen, Qualifikationen, beruflichen Anforderungen und psychischen Konflikte in der Dynamisierung und Verstärkung des 20. Jahrhunderts benötigten Wirtschaft und Verwaltung mehr und mehr psychologisches Fachwissen. Die akademische Psychologie kam dieser Entwicklung entgegen und entdeckte die Praxis als Aufgabengebiet. Sie entwickelte sich aus einer Unterabteilung der philosophischen Fakultäten zu einem Studiengang, der heute die Philosophie an Studentenzahlen und wissenschaftlicher Produktivität weit übertrifft. Die Ausbildung von Psychologen wurde in Deutschland noch während der Nazizeit den Ingenieurwissenschaften angeglichen: Ausbildungsabschluß war nun „Diplom-Psychologe“, nicht mehr Dr. phil.

Im Ersten Weltkrieg hatte sich die Kampfunfähigkeit aus psychischen Gründen als zentrales Problem der militärischen Führung herauskristallisiert. Psychologen sollten Mittel an die Hand geben, solche Risiken zu vermindern. Auch hier hat das Militär seine Rolle als Anstoß von Innovationen gespielt – übrigens in der Psychotherapie speziell durch die Entwicklung der Gruppentherapie. Andere Institutionen, wie Behörden und Wirtschaftsunternehmen, übernahmen die Erkenntnisse über enorme Reibungsverluste, wenn Mitarbeiter nicht nach ihrer Eignung eingesetzt werden. Psychologen erarbeiten Prüfungen („Tests“), um dem fehlbaren Urteil des ersten Eindrucks, der Sympathie abzuweichen, sie überprüfen Führungskräfte, entwickeln Trainings und beschäftigen sich mit dem, was als ärztliche Domäne „seelische Krankheit“ hieß und jetzt zur Verhaltensauffälligkeit wird.

So entwickelte sich eine Gruppe dynamischer Forscher an den Universitäten, die Psychologen für praktische Aufgaben ausbilden sollten. Es läßt sich fragen, weshalb die doch erheblich näher an Alltag und Praxis angesiedelte Psychoanalyse diese Aufgaben nicht übernommen hat. Wahrscheinlich rächte sich hier die Organisation als „Bewegung“, die in ihren

eigenen, recht geschlossenen Kreisen arbeitete und vorwiegend Ärzte anzog. Es gelang den Psychoanalytikern nur sehr unvollständig, den Bedarf der modernen Gesellschaft an weltlicher Seelsorge, an neuen Formen von medizinischer, pädagogischer und sozialer Führung und Fürsorge zu decken. Die in dieser Richtung unternommenen Anstrengungen erlahmten meist nach kurzer Zeit; sie wurden von den „wirklichen“ Psychoanalytikern nicht genügend gefördert und respektiert, und seit Freud als Anreger und als Vertreter einer stärker auf die Kultur des Menschen als Gesamterscheinung bezogenen Psychoanalyse fortfiel, erstarrte vieles in der psychoanalytischen Bewegung zu einer Interessenvertretung von Fachärzten.

Aus dieser Situation läßt sich ableiten, weshalb die Psychoanalyse ihre Vormacht schließlich mit der Verhaltenstherapie und den sogenannten „humanistischen Methoden“ teilen mußte, ja sie an diese verlor. Es gab neue Berufsgruppen, für die in den verfestigten psychoanalytischen Institutionen kein Platz war, die aber von einer anderen Seite Zugang zu denselben praktischen Problemen suchten, mit denen sich auch Freud beschäftigt hatte. Durch die gesellschaftliche Entwicklung mit ihrem Druck auf die Jugend, nicht nur Traditionen zu erfüllen, sondern sich selbst zu verwirklichen und neue Lebensmöglichkeiten autonom zu erschließen („vom Tellerwäscher zum Millionär“) wuchs nicht nur der Anspruch an die Medizin, mit dem Mißlingen solcher hohen Forderungen umzugehen, sondern auch der Anspruch an die Pädagogik, an die Führungskräfte in militärischen und zivilen Einrichtungen. Die menschliche Psyche wurde in ihrer hohen Bedeutung als wirtschaftliche Ressource entdeckt.

Diplom-Psychologen, die runde fünf Jahre lang das menschliche Erleben und Verhalten studiert haben, sind etwas anderes als die „medizinischen Laien“, die in den psychoanalytischen Einrichtungen Europas geduldet, in den USA aber ausgegrenzt wurden. Da die Psychoanalyse den Kontakt mit der akademischen Psychologie nicht eng genug knüpfen konnte (und umgekehrt), entwickelte die akademische Psychologie ihre eigenen Therapieformen, anfangs in oft heftiger Polemik gegen die Psychoanalyse.

Wissenschaftliche Machtkämpfe werden nach einem Modell ausgetragen, das der antike Dichter Äsop in der Fabel vom Fuchs und vom Storch beschrieben hat. Die beiden konnten sich nicht leiden, luden sich aber pro forma zum Essen ein. Der Fuchs servierte die Speisen in flachen Schalen, so daß der Storch nichts abbekam. Der Storch bot dann die seinen in enghalsigen Krügen an, aus denen sich wiederum der Fuchs nichts holen konnte.

Dieses Muster läßt sich in vielen Polemiken innerhalb der aktuellen Psychotherapieszene beobachten. Neue Verfahren werden mit dem Versagen der alten⁴ gerechtfertigt. Das überzeugt auf den ersten Blick, nicht aber auf den zweiten, und schon gar nicht auf lange Sicht, wenn auch die Versagerquote der neuen, angeblich soviel besseren Methode sichtbar wird. Mißtrauen gegen alle Heiler ist angebracht, die behaupten, zu bisher nicht erreichten Höhen oder Tiefen vorzustoßen und allen ihren Vorgängern oder Rivalen vorwerfen, sie hätten das Wesentliche verfehlt. In einem so vielfältigen Einflüssen unterworfenen Arbeitsfeld wie der Psychotherapie ist die Gefahr groß, daß dreiste Behauptungen dort klar, entschlossen und orientierend wirken, wo der realistische Beobachter durch sein Zögern irritiert. Aber vielleicht ist gerade dieses Zögern, der Aufschub des schnellen Werturteils, ein gemeinsames Element.

Wenn der Therapeut alle Kräfte erkennen will, die das Erleben seiner Patienten bestimmen, dann muß er auch alle Erlebnismöglichkeiten zulassen. Es gibt kein Verständnis ohne Überblick, und unter diesem Gesichtspunkt gehört die Psychotherapie in eine Tradition der Wissenschaft, die vorurteilslos möglichst viele Phänomene beobachten und beschreiben will, ohne sich durch traditionelle Grenzen daran hindern zu lassen. Die traditionellen Normen sind ihrerseits Gegenstand

⁴ „Damals befanden sich meine Kommilitonen und andere Kollegen im sechsten bzw. siebten Jahr ihrer Psychoanalyse ohne auffallende positive Veränderungen ihres Verhaltens oder ihres Gefühlslebens!“ Mit diesem Satz leitet z.B. Aaron Beck seine „Kognitive Therapie der Depression“ ein (München 1986, S. 6). Das ist natürlich keine Wissenschaft, aber Stimmungsmache, die dazu dient, durch Entwertung des Konkurrenten den eigenen Wert zu steigern.

von Forschung, und die Forschung muß sich weigern, von ihnen normiert zu werden. Damit entsteht auch für das Individuum in Psychotherapie ein Freiraum, der jedem Fundamentalismus und Glauben an Offenbarungen ein Ärgernis sein wird. Man könnte sagen: das Streben nach möglichst viel Wertfreiheit ist einer der zentralen Werte der Psychotherapie. Natürlich ist ein Wert der Wertfreiheit paradox. Ein Mehr oder ein Weniger an dieser Qualität läßt sich in praktischen Situationen belegen, während Grundsatzdebatten mehr Staub aufwirbeln als Sachlagen klären. Aber eine fachübergreifende Identität von Psychotherapeuten scheint mir doch zunächst einmal darin zu liegen, daß sie offen und möglichst vorurteilsfrei über die Entstehung, Begründung und Funktionalität menschlicher Selbstbilder, Ideale, Werte und Normen sprechen können und mit ihren Patienten Freiräume und Voraussetzungen für solche Gespräche erarbeiten.

Die Modernität der Psychotherapie ist auch ihre Schwäche. Sie findet als soziale Dienstleistung keine Struktur, die größere gesellschaftliche Macht entfalten kann, und wird daher häufig von den Strukturen vereinnahmt, deren veraltete, illusionäre Qualitäten sie eben noch aufgedeckt hat. In unserer historischen Tradition, deren Spuren – alte Kunst, Dörfer, Kathedralen – wir bewundern, wurde die Gesellschaft durch soziale Rituale, durch Religion und stabile Gemeinschaften zusammengehalten. Die Industrialisierung hat diesen Kitt weitgehend durch ein individuelles Kosten-Nutzen-Denken ersetzt. Die Psychotherapie findet einerseits im Rahmen dieses Kosten-Nutzen-Denkens statt, andererseits beschäftigt sie sich damit, Folgen aufzufangen und erträglicher zu machen, die durch den Verlust dieser Bindemittel entstanden sind.

In den Augen vieler Menschen beinträchtigen die Widersprüche zwischen den einzelnen psychotherapeutischen Richtungen oder Schulen das Ansehen der Seelenheilkunde stark. An die innere Einheit von Disziplinen wie der Physik oder Chemie gewöhnt, neigen sie dazu, anzunehmen, daß die verschiedenen Auffassungen über die Entstehung von Neurosen allesamt ungültig sein müssen, weil sie sich gegenseitig widersprechen. In der Chemie geht es ja auch nicht an, von einem

Stoff drei verschiedene Strukturformeln anzugeben. Entweder ist eine richtig oder gar keine, keinesfalls aber alle drei.

Psychotherapie ist soziales Handeln. Dieses Handeln kann kaum je durch wissenschaftliche Gesichtspunkte allein gesteuert werden. Daher haben viele psychotherapeutische Begriffssysteme den Charakter von Mythen, von geschlossenen, bildhaft formulierten Aussagen über zwischenmenschliche Vorgänge. Die Wissenschaft bietet keine Maximen. Sie sagt selten deutlich genug, was in einer bestimmten Situation das Richtige ist, sie fordert gebieterisch das Fragwürdige einer bestimmten Maßnahme zu erkennen, wo doch dieser wissenschaftliche Zweifel im zwischenmenschlichen Bereich den Erfolg dieser Maßnahme selbst gefährden kann.

Je weiter die psychologische Forschung fortschreitet, desto weniger notwendig werden stellenweise mythisch formulierte Lehren wie etwa die Psychoanalyse oder die komplexe Psychologie C. G. Jungs sein, sollte man meinen. Doch möchte ich das bezweifeln. Denn in der Psychotherapie handelt es sich um ein zweiseitiges Geschehen. Nicht nur der Therapeut braucht eine Theorie, sondern der Patient benötigt eine neue Orientierung, eine verbesserte Landkarte für sein Leben, nach der er sich richten kann. Und diese Landkarte muß er verstehen. Was wir über Mythen wissen, spricht dafür, daß sie diese Aufgabe oft besser erfüllen können als wissenschaftliche Theorien. Freilich ist hier der Gegensatz von Mythos und Wissenschaft künstlich. Immer, wenn sie in soziales Handeln übersetzt werden soll, nimmt die Wissenschaft mythische Züge an.

Zu einer gemeinsamen, fachübergreifenden Identität von Psychotherapeuten gehört meines Erachtens vor allem, daß sie ihre eigenen Bedürfnisse nach Idealisierung in kritischen Abstand rücken können. Gerade das scheint in diesem Arbeitsfeld besonders schwer. Einerseits hängt die suggestive Wirkung, auf die kaum ein Therapeut – ob er es nun zugibt oder nicht – verzichtet, an der Idealisierung. Ein Therapeut, dem geglaubt wird, kann Berge versetzen, während der Therapeut, der unglaubwürdig ist, wenig ausrichtet. Leider ist es nun so, daß die Idealisierung den Blick einengt. Gleichzeitig ist sie die Vor-

aussetzung des professionellen Handelns: Der Wissenschaftler kann in den meisten Fällen keine Handlungsanleitung geben, weil seine Erkenntnisse auf die neuen Situationen der Praxis noch nicht anwendbar sind. Daher ist professionelles Handeln (wie jüngst M. Buchholz erläutert hat) auch etwas anderes als angewandte Wissenschaft. Dieses „andere“ ist die kreative Anwendung der wissenschaftlichen Erkenntnis auf eine konkrete Situation. Diese Situation sieht im Bereich der Psychotherapie aber anders aus als in den Ingenieurwissenschaften, aus denen die neueren Ansätze zu einer Theorie der Professionalität ursprünglich gewonnen wurden.

In der Psychotherapiepraxis ist die Idealisierung des eigenen Handelns umso notwendiger, je weniger zuverlässige und eindeutige Rückmeldungen aus der Realität es gibt. Der Ingenieur sieht sofort, wenn er einen Kran gebaut hat, ob seine Berechnung stimmt oder nicht: Entweder er hebt die Last, oder er zerbricht unter ihr. Der Therapeut arbeitet oft lange im Ungewissen; er weiß nicht, ob sein Patient das umsetzt, was er mit ihm erarbeitet, oder nicht. Je längere Perioden solcher Ungewißheit ein Therapeut ertragen muß, desto größer werden seine Idealisierungsbedürfnisse. Was nun die fachübergreifende Identität der Therapeuten so erschwert, ist gerade dieses Idealisierungsbedürfnis, das mit der Arbeit im Ungewissen zusammenhängt. Denn die wichtigsten destruktiven Mittel, mit denen wir Idealisierungen aufrechterhalten können, wenn uns das im Guten nicht mehr gelingt, sind genau die, welche den Streit zwischen Psychotherapeuten charakterisieren: Entwertung und, mit ihr verwandt, Sündenbocksuche.

So wird vielleicht klar, daß wir geduldig mit unserem Berufsstand sein müssen, denn wir sind ungleich mehr auf unsere Idealisierungen – unserer selbst, unserer Ausbildungen und Methoden, sowie der Idealisierung, die wir von unseren Patienten empfangen – angewiesen, als das in Berufen der Fall ist, die nicht derart im Ungewissen und oft für lange Zeit Unsichtbaren arbeiten wie wir. Und es ist wirklich eine schwere Übung, beispielsweise als Psychoanalytiker nachmittags überzeugt davon zu sein, daß eine engagierte Widerstandsdeutung

in der dreihundertsten Stunde eine sehr sinnvolle Sache ist, und abends mit einem Kollegen einer anderen Therapierichtung zu diskutieren, der Deutungen grundsätzlich für Zeitverschwendung hält und obendrein glaubt, wissenschaftlich nachgewiesen zu haben, daß sich keine positiven Veränderungen mehr ergeben, wenn man eine Therapie nach achtzig Stunden noch nicht abgeschlossen hat. Da liegt es nahe, nur mehr mit Leuten zu reden, die Widerstandsdeutungen ebenfalls so gut finden und allenfalls darüber diskutieren wollen, ob man sie grundsätzlich mit ichstärkenden Deutungen koppeln sollte oder nicht.

Bequemer ist das zweite Gespräch; anregender, wenn wir erst die ärgsten Identitätsprobleme in der Psychotherapie bewältigt haben und unsere Idealisierungsbedürfnisse beherrschen, ohne uns von ihnen beherrschen zu lassen, kann das erste sein. Denn erst dann können wir miteinander über eine durch Idealisierungen ungeschminkte Realität reden, die immer vielfältiger ist als unsere Möglichkeiten, sie zu erkennen und therapeutisch zu verändern. Dann könnten – um unser Beispiel zu variieren – die Anhänger der kurzen Behandlung und der strukturierenden Intervention endlich über ihre Unsicherheit sprechen, wenn sie mit ihren Behandlungsplänen nicht klar kommen und sich mit dem Eindruck herumschlagen, sie müßten sich ein-

fach mehr Zeit nehmen können, um die Patient-Therapeut-Beziehung ganz gründlich anzuschauen. Und umgekehrt könnten die Psychoanalytiker über ihre Ängste sprechen, ob sie wirklich die Analyse der Übertragungsneurose abschließen können oder es in dem einen oder anderen Fall nicht besser vermieden hätten, die Übertragungsneurose überhaupt zu beschwören.

Sie sehen, meine Damen und Herrn, ich wünsche den Psychotherapeuten eine so starke und sichere Identität, daß sie über die Unsicherheiten, Schwächen und Problemfelder ihrer jeweiligen fachlichen Praxis untereinander ungestört kommunizieren können. Das ist nicht unmöglich. Es gelingt täglich vielen von uns in engen, vertrauten, langjährigen Beziehungen zu Kollegen auch anderer Schulrichtung, beispielweise in einer gemischten Supervisionsgruppe. Es gelingt aber noch zu wenig in der Berufspolitik und nur sehr begrenzt in der Wissenschaft, im Dialog zwischen den privaten Vereinen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben und den staatlichen Hochschulen, in der Gesetzgebung. Hier ist noch viel Aufbauarbeit zu leisten, zu der wohl auch ein Treffen wie dieses einen Mosaiksplitter beisteuert.

*Dr. Wolfgang Schmidbauer
Ungererstraße 66, D-80805 München
Tel. 089/361 49 98*

M. Singer

Ethik in der Psychotherapie – ein ungeliebtes Thema?

1. Erfahrungsbericht aus der „Ständigen EAP-Ethik-Arbeitsgruppe“

Die Ausbildungsanforderungen für eine europaweit anzuerkennende Psychotherapieausbildung sind in der EAP bereits sehr klar umschrieben und wurden in dem EU-Zertifikat „ECP“ festgelegt, das von der Konferenz 1998 in Paris erstmals an Teilnehmer aus verschiedenen europäischen Ländern ausgegeben wurde.

Wie aber sieht es mit der Berufsethik aus?

Grundlage des „ECP“ ist das Vorhandensein von ethischen Standards und Beschwerdestellen. Mit den berufsethischen Grundlagen für das „ECP“ befaßt sich die „Ständige EAP-Ethik-Arbeitsgruppe“, deren Vorlagen für ethische Richtlinien 1995 von der Generalversammlung verabschiedet wurden. Sie haben für die EAP und alle angeschlossenen Verbände Gültig-

keit. Sie sind jedoch in der vorliegenden Fassung eine Art Rohbau und bedürftiger kontinuierlicher Verbesserung und Weiterentwicklung und vor allem der Umsetzung in konkrete Praxis, um nicht zum Papiertiger zu verkommen. Das bedeutet: der zweite Teil der Aufgaben – Aufbau von Beschwerdestellen – steht noch aus, da es meines Wissens erst in der Schweiz und in Österreich solche Stellen gibt.

Ich arbeite seit 1993 in der „Ständigen EAP-Ethik-Arbeitsgruppe“ mit und beobachte seitdem, daß die Teilnehmerzahl bei der Arbeitsgruppe ziemlich gering war und immer weiter abgenommen hat. Das führte für die verbliebenen Beteiligten gehäuft zu sehr frustrierenden Situationen, daß wir beispielsweise in den Arbeitsgruppensitzungen stundenlang an den Richtlinienfehlern feilten und dann in der Generalversammlung Einwände und Veränderungsvorschläge von nationalen Delegierten eingebracht und diskutiert werden mußten, was eigentlich zur Vorbereitungsarbeit in der Arbeitsgruppe gehörte. Aber ebendiese Vorarbeit konnte nicht geleistet werden ohne die Anwesenheit der entsprechenden nationalen Delegierten und ihren Vorschlägen. Auf den Kongressen 1997 in Rom und 1998 in Paris kam die EAP-Ethik-Arbeitsgruppe mit ihrem eigentlichen Auftrag kein Stück weiter wegen zu geringer Teilnehmerzahl sachkundiger nationaler Delegierter zur weiteren Ausarbeitung der ethischen Richtlinien und zum Erfahrungsaustausch. Statt dessen fand in Rom ein Symposium zum Thema Ethik statt und eine informelle Arbeitsgruppe setzte sich parallel dazu auf der Hotelterasse zusammen, um an Vorschlägen zur Veränderung und Weiterentwicklung der ethischen Richtlinien weiterzuarbeiten, denn auch die 1995 verabschiedete und derzeit gültige Fassung der ethischen Richtlinien der EAP ist dringend überarbeitungsbedürftig und Veränderungsvorschläge werden immer wieder von verschiedenen Nationen schriftlich eingereicht. Zur Konsensbildung bedarf es jedoch der Diskussion. Vor allem aber ist ein sehr wichtiger Teil – der Aufbau von Beschwerde-, Schieds- und Schlichtungsstellen in den Mitgliedsländern der EAP – eine noch zu leistende Aufgabe, mit der die Arbeitsgruppe sowie auch die meisten nationalen Organisationen noch ziemlich am Anfang stehen.

Der Schweizer Koordinator der EAP-Ethik-Arbeitsgruppe, Jo Vetter, hat 1997 in einem Rundbrief der EAP ausführlich über die Erfahrungen in Rom berichtet, die Zielsetzungen der EAP-Ethik-Arbeitsgruppe noch einmal sehr klar umschrieben und gute Vorschläge zur Struktur der Arbeitsgruppe dargestellt, wie deren Zielsetzungen entsprechend den Anforderungen des „ECP“ erreicht werden können. Er forderte die nationalen Dachverbände auf, einen Delegierten für die EAP-Ethik-Arbeitsgruppe zu verpflichten.

Seine Vorschläge fanden anscheinend nur geringe Resonanz, denn zum Treffen der Ethik-Arbeitsgruppe in Paris waren zu Beginn insgesamt vier Teilnehmer anwesend, später drei und zuletzt arbeiteten wir zu zweit an den Formulierungen der Richtlinien. Da die Aufgaben der (sogenannten!) „Ständigen EAP-Ethik-Arbeitsgruppe“ unter solchen Voraussetzungen nicht zu lösen sind, arbeiteten wir kurzfristig einen Antrag für die Generalversammlung aus, um über eine Verpflichtung nationaler Delegierter an der Mitarbeit bei der EAP-Ethik-Arbeitsgruppe abstimmen zu lassen.

Hier die beiden Texte, die der Generalversammlung in Paris vorgelegt wurden:

1. Erklärung zum Antrag der Ethikkommission für die Generalversammlung

Die Ethikkommission der EAP befaßt sich in erster Linie mit der Förderung, Verbesserung, Weiterentwicklung ethischer Richtlinien und Beschwerdeverfahren und hat sich Erfahrungsaustausch und Forschung zum Ziel gemacht. Sie ist jedoch nicht befugt, Beschwerden über berufsethische Verfehlungen von Mitgliedern zu bearbeiten. Hauptziele der EAP-Ethikkommission sind:

- *Sammeln und Vergleichen von ethischen Richtlinien und Beschwerdeverfahren der EAP-Mitgliedorganisationen sowie Auswertung von Literatur zu ethischen Fragen in der Psychotherapie*
- *Organisieren von Symposien und Vorbereiten von Diskussionsthemen für die jährlichen Kongresse*
- *Bereitstellen eines Forums für Mitglieder der Ethikkommissionen der verschiedenen Länder zum Austausch von Informationen und*

Erfahrungen über Strukturen, Arbeitsweisen und Probleme in der Arbeit der Ethikkommissionen

- *Auf der institutionellen Ebene hat die Ethikkommission der EAP die Aufgabe, die Einhaltung der Verpflichtungen von Mitgliedsorganisationen zu überprüfen, d.h. daß diese zusammenhängende, umsetzbare und gerechte ethische Richtlinien und Beschwerdeverfahren zur Verfügung haben.*

Allerdings kann die Ethikkommission nicht arbeiten ohne eine ausreichende Anzahl an verlässlichen Delegierten der einzelnen Nationen. Wir brauchen solide, anerkannte und vor allem zweckmäßige Rahmenbedingungen für die Ethikkommission. Daher soll der folgende Antrag in die Geschäftsordnung des EAP – Vorstandes für 1998/99 übernommen werden. Der Vorstand der EAP wird gebeten, die Satzungsänderung entsprechend vorzubereiten, sodaß über den Antrag in der nächsten Generalversammlung abgestimmt werden kann.

2. Antrag an die Generalversammlung

Die Ethikkommission legt der Generalversammlung folgenden Antrag zur Abstimmung vor:

Anerkannte Nationale Dachverbände müssen einen Delegierten für die EAP-Ethikkommission bis Ende 1998 nominieren (sofern möglich, sollte dieser ein Mitglied der eigenen nationalen Ethikkommission sein oder Erfahrungen mit Ethikkommissionen haben). Falls der nominierte Delegierte am Treffen der Ethikkommission (anlässlich der jährlichen Kongresse) nicht teilnehmen kann, muß die Nationale Dachorganisation einen Vertreter finden.

Nationalen Verbänden, die die volle Anerkennung der EAP anstreben, wird nahegelegt, der gleichen Vorgehensweise zu folgen.

Dieser Antrag soll schriftlich in die Geschäftsordnung des EAP-Vorstandes übernommen werden.

Dieser Antrag wurde vor der Generalversammlung schriftlich an die EAP-Vorstandsmitglieder und an die meisten Delegierten der Länder verteilt und kam doch weder zur Diskussion noch zur Abstimmung, da die Versammlung für beendet erklärt wurde,

bevor der Tagesordnungspunkt „EAP-Arbeitsgruppen“ behandelt werden konnte. Dieser unerwartete und frustrierende Ablauf der Generalversammlung veranlaßte mich, einen Beschwerdebrief an den neuen Präsidenten der EAP, Prof. Dr. Willy Szafran (Belgien) zu schicken und das Thema „Ethik“ und das Anliegen der EAP-Ethik-Arbeitsgruppe, aus der eine EAP-Ethikkommission werden soll, verstärkt ins Bewußtsein zu rücken versuchen.

Allerdings stellt sich mir angesichts solcher Erfahrungen doch die Frage, was die Gründe sein könnten für das scheinbar so geringe Interesse an der Weiterentwicklung berufsethischer Zielsetzungen oder ob sogar Widerstände – aus welchen Gründen auch immer – gegen eine verbindliche Mitarbeit an einer EAP-Ethikkommission am Werk sind, obwohl im Vorfeld der Generalversammlung in vielen Gesprächen mit KollegInnen ein starkes Interesse und Befürwortung unseres Antrages deutlich wurde.

2. Der Arbeitskreis Ethik im DVP

Der DVP hat seit 1997 einen Arbeitskreis Ethik, dessen Aufgaben einer-

seits in der Erarbeitung ethischer Richtlinien besteht, die für den DVP und angeschlossene Verbände verbindlich sein werden, andererseits im Aufbau einer Beschwerde- und Schlichtungsstelle im DVP.

Beides ist Voraussetzung zur vollen Anerkennung des DVP als Nationaler Dachverband in der EAP. Darüber hinaus befaßt sich der Arbeitskreis mit Themen, die im Zusammenhang mit ethischen Fragen in der Psychotherapie von Interesse sind und bereitet Tagungen vor wie z.B. das angekündigte Symposium zum Thema „Menschenbild und Ethik in der Psychotherapie“.

Die Erfahrungen mit der EAP-Ethik-Arbeitsgruppe sowie insbesondere die Schlußfolgerungen, eine verbindliche Verpflichtung der anerkannten Nationalen Dachverbände zur Mitarbeit an einer zu bildenden EAP-Ethik-Kommission herbeizuführen, wurden im Ethik-AK des DVP kontrovers diskutiert. Nicht alle fanden eine solche Verpflichtung erstrebenswert. Es wurde u.a. vorgeschlagen, die Mitarbeit über die Inhalte interessant und publik zu machen. Meiner Meinung nach wird es jedoch nicht ausreichen, nur auf „Interes-

santheit“ zu setzen und ich finde, die Aufgaben der Berufsethik sind zu wichtig – auch berufspolitisch gesehen im Sinne einer Psychotherapie, die fachlich und ethisch hohes Niveau aufweisen kann – sodaß Verbindlichkeit und Verpflichtung m.E. dazugehört.

Interessierte KollegInnen sind herzlich eingeladen, im Arbeitskreis Ethik des DVP mitzuwirken. Das nächste Treffen findet am 4. 12. 1998 statt.

Koordinator der Arbeitsgruppe Ethik im DVP:
Jo Schnorrenberg
Lindenstrasse 17, D-50674 Köln



Marianne Singer
Seelingstraße 53, D-14059 Berlin

Der Schulen- und Berufsübergreifende Deutsche Dachverband für Psychotherapie (DVP) veranstaltet ein Symposium zum Thema

Menschenbild und Ethik in der Psychotherapie

Die Veranstaltung findet statt vom **23. bis 25. Oktober 1998** in der Europäischen Tagungsstätte „Gustav-Stresemann-Institut“ in Bonn. Das Programm kann angefordert werden.

Das Symposium richtet sich an alle Mitglieder, die an Fragen psychotherapeutischer Ethik interessiert sind. Analog zu der Bedingung, daß der DVP für eine Vollmitgliedschaft im europäischen Verband ethische Richtlinien vorlegen muß, ist eine entsprechende Regelung auch auf nationaler Ebene vorgesehen; d.h. alle Mitgliedsverbände im DVP sind gehalten, ethische Richtlinien – soweit diese bereits existieren – dem DVP-Vorstand zukommen zu lassen, bzw. solche zu erarbeiten. Außerdem wird jeder Mitgliedsverband gebeten, eine(n) Ansprechpartner(in) für die Kooperation mit der DVP-Arbeitsgruppe „Ethik“ zu benennen. Das Symposium bietet eine gute Gelegenheit, diese gemeinsame Arbeit zu initiieren.

Ich lade Sie im Namen des DVP-Vorstands zur Teilnahme ein.

Der Teilnahmebeitrag beträgt – *incl. Unterkunft im Einzelzimmer und Verpflegung* – DM 355,-. Weitere Informationen zum Symposium erhalten Sie bei Bedarf beim Leiter der Arbeitsgruppe „Ethik“ im DVP, Jo E. Schnorrenberg (Tel. 0221/23 10 22; Fax 0221/240 28 09). Verbindliche Anmeldungen senden Sie bitte – möglichst umgehend – an die Geschäftsstelle des DVP (s.o.); den Teilnahmebeitrag sollten Sie gleichzeitig überweisen auf das Konto Nr. 544 390 504 bei der Postbank Köln (BLZ 370 100 50). Nach Eingang der Überweisung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung.

Psychotherapy in the Czech Republic

Czech Republic

Ca. 2,500 trained psychologists, physicians, nurses, social workers and teachers in psychotherapy.

Ca. 1,200 contemporary practitioners who practise psychotherapy (mostly in part-time occupation).

The right understanding and misunderstanding of the same thing, isn't quite excluded.
(Franz Kafka)

In the Czech Republic, the country of Franz Kafka's Prague, psychotherapy has a long tradition. The first training programme was established at the beginning of 1960 with priority on dynamic oriented group psychotherapy (influenced from Moreno's psychodrama). Of course training in psychoanalysis has even a longer tradition.

The training programme in dynamic group psychotherapy has been carried out for 40 years and takes (at least) 5 years. It includes especially self-experience in the small group and experience in this small group is part of a larger community (35–40 people). Training includes some practice with psychotherapeutic techniques. At the moment supervision is hardly required in the medical care and in couple and family counselling.

Besides psychoanalysis and group psychotherapy a widely extended family therapy is belonging to the roots of Czech psychotherapy movement. Balint-groups for physicians, psychologists and other professions have been established since 1980.

In the last decade psychotherapy was more and more recognised in medical care sphere. Psychotherapy has a professional standard in the main approaches now and is continually evolving.

Recently a new committee was elected, that will go on from September on.

Contemporary representative personalities in Czech psychotherapy

Famous grandparents

Stanislav Grof (emigrated) – transpersonal psychotherapy

Ferdinand Knobloch (emigrated) – group psychotherapy

Jaroslav Skála (Prague) – alcohol abuse treatment, group psychotherapy, founder "SUR" (training programme in group psychotherapy)

Jaromír Rubeš (Prague) – co-founder "SUR"

Eduard Urban (Prague) – co-founder "SUR"

Hana Junová (Prague) – psycho-gymnastic and non-verbal techniques

Mirko Frýba (Sri Lanka, Velká Bíteš) – sati-therapy

Stanislav Kratochvíl (born 1932, Kroměříž) – hypnotherapy, integrative psychotherapy

"Parents"

Jan Kožnar (Prague) – sexual therapy

Jan Vymětal (Prague) – humanistic / client-centered approach

Jiří Růžička (Prague) – existential psychotherapy, training problems, Balint groups

Václav Mikota (Prague) – psychoanalysis

Michael Šebek (Prague) – psychoanalytically oriented psychotherapy

Václav Buriánek (Prague) – psychoanalytically oriented psychotherapy

Jitka Vodňanská (Prague) – body psychotherapy

Antonín Šimek (Pardubice) – supervision, psychodynamic group and community psychotherapy (is going on "SUR")

Jan Špitz (Prague) – family therapy

Šárka Gjuríčová (Prague) – family therapy

Ludmila Trapková (Prague, Liberec) – psycho-somatic approach, family therapy

Vladislav Chvála (Liberec) – psycho-somatic approach, family therapy

Vratislav Strnad (Prague) – systemic therapy and couple therapy

Ján Praško (Prague) – cognitive and behavioural therapy

Juraj Barbarič (Brno) – ericksonian hypnosis

If you would like to get more information on personalities and modalities please contact:

PhDr. Zbyněk Vybíral (National Delegate), Tomkova 139, CZ-50002 Hradec Králové, tel. 0042049 5515506, fax 00420495513251, e-mail: zbynek.vybiral@vsp.cz or

PhDr. Antonín Šimek (psychodynamic psychotherapy, "SUR" programme, supervision in Czech republic), Jiráskova 1712, CZ-53001 Pardubice, tel. 00420 40 517710

H. Wallnöfer

Psychotherapie-Kongresse in Peking

Vom 27. April bis 1. Mai 1998 fanden in Beijing zwei Psychotherapie-Kongresse statt. Das Transnational Network for the Study of Physical, Psychological, and Spiritual Well-being lud in Zusammenarbeit mit der Waseda University, Advanced Research Center for Human Sciences (Japan) und der China Academy of Traditional Chinese Medicine (Beijing) zum Thema *Qigong, Meditation, and Hypnosis* ein und die Asian Division des WCP (World Council for Psychotherapy, Prof. Sasaki, University of Tsukuba, Prof. Mingyi Qian, Beijing University) zu einem internationalen Symposium *Psychotherapy and Oriental Thought*. Der Referent war bei beiden Kongressen zu einem Vortrag eingeladen.

Der erste Eindruck: Im Hotelzimmer angekommen, schalte ich mein Radio ein, suche einen UKW-Sender und stelle die Zeit um. Aus dem Lautsprecher kommt, Radio Beijing für Ausländer, Englisch, ein Vortrag über die Fortschritte der Psychotherapie in China, speziell in Beijing. Man bezieht sich zu Beginn auf Sigmund Freud, die Psychoanalyse und verschiedene westliche Psychotherapie-Methoden, die sich aus der Psycho-

analyse entwickelt haben. Erstaunlich: Es wird betont, daß man nicht „krank“ sein muß, um bei der Psychotherapie Hilfe zu finden, „auch Universitätsprofessoren lassen sich behandeln“.

Die Teilnehmer kommen aus Australien, China, England, Holland, Irland, Japan, Sri Lanka, der Schweiz und Österreich. Der Vielfalt der Psychotherapie-Methoden, die wir im Westen erleben, stellt China unter anderem 3000 Arten von Qigong gegenüber. Es handelt sich, etwas vereinfacht, um eine Jahrtausende alte Bewegungsmeditation, um uralte „Übungen zur Verlängerung des Lebens“. Die Variationen haben die verschiedensten Namen. (Taijiquan, Meridian Qigong, Kung Fu, Japan Shia tsu usw.) und enthalten auch Formen der „Kriegskunst“. Die Beziehungen zum Taoismus, zum Zen-Buddhismus und zur traditionellen chinesischen Medizin mit der Meridian-Lehre sind eng. Themen des ersten Kongresses waren unter anderem:

Taoistischer Yoga und Selbsthypnose: Fakten, Fiktion, Magie und das Übernatürliche (Maurits G.T. Kwee, Holland),

Wissenschaftliche Analyse von „Internal Qigong“ zur Krankenbehandlung (Y. Machi, C. Liu, Tokyo, Denki University) mit westlich orientierter physiologischer und statistischer Methodik,

Meditation und Sexualität, eine neue Interpretation von Qigong und seiner heutigen Bedeutung (Yasua Yuasa, Obirin Universität, Japan),

Der aktuelle Stand der klinischen chinesischen Qigong-Forschung (Weidong Wang, Guang An Men Hospital und The Chinese Academy of T.C.M., Beijing),

Qigong und seine Beziehung zur Hypnose (Gosaku Naruse, Institute of Psychological Rehabilitation, Japan, Coautor von: Schultz, I.H., Naruse, G.: *Autogenic Training and Self-hypnosis*),

Qigong, Hypnose und Autogenes Training (H. Wallnöfer, Wien).

Beim WCP-Symposium:

Der Einfluß des Buddhismus auf die Psychotherapie-Methoden in Japan (Yuji Sasaki, University of Tsukuba, Japan, Keynote-Speaker beim ersten Weltkongreß 1996 und eingeladener Keynote-Speaker beim Weltkongreß 1999, Präsident der japanischen Gesellschaft für Autogenes Training und des International Committee for the Coordination of Clini-



cal Application and Teaching of Autogenic Training),

Gedanken der chinesischen Philosophie und Psychotherapie (Mingyi Qian, Peking University, China),

Psychotherapie und „Dou“ in der japanischen Kultur (Yosuke Sakairi, Tokoha Gakuen University, Japan),

Die Anwendung der System-Theorie und Taoismus in der Familien-Therapie in China (Xudong Zhao, Kunming Medical College, Chi-

na, „The First Case of a Chinese Systemic Therapist Trained in Germany“ 1. Weltkongreß 1996),

Auswirkungen östlicher Körperarbeit als Somato-Psycho-Therapie (Yutaka Haruki, Waseda University, Japan),

Kontrolltherapie: Beiträge östlicher und westlicher Zugänge zur Psychotherapie (Dean H. Shapiro Jr., University of California, Irvine, USA) und

Westlicher und östlicher Zugang zu körperlichem und geistigem Wohlbefinden: Gibt es gemeinsame Wurzeln? (H. Wallnöfer, Wien)

Ein Großteil der Vorträge kann gegen Kopierkostensersatz beim Referenten angefordert werden.

Dr. Heinrich Wallnöfer
Pyrkergrasse 23, A-1190 Wien
Tel. 368 23 66, 368 16 61 (Fax 23)

H. Wallnöfer

Psychotherapy congresses in Beijing

From April 27th to Mai 1st 1998 two psychotherapy congresses took place in Beijing (China). The Transnational Network for the Study of Physical, Psychological, and Spiritual Well-being in co-operation with the Waseda University, Advanced Research Center for Human Sciences (Japan) and the China Academy of Traditional Chinese Medicine (Beijing) were inviting under the title *Qigong, Meditation, and Hypnosis*. The Asian Chapter of WCP (World Council for Psychotherapy, Prof. Sasaki, University of Tsukuba, Prof. Mingyi Qian, Beijing University) invited to an international symposium *Psychotherapy and Oriental Thought*. The undersigned has been invited for lectures on both conventions.

First impression: Having arrived at the hotel room I turned my radio on, looked for an FM station and adjusted the time. There was a transmission – Radio Beijing for foreigners, in English – about the progress in psychotherapy in China, especially in Beijing. The speaker mentioned Sigmund Freud and psychoanalysis as well as several western psychotherapy methods developed out of psychoanalysis. Amazingly it was emphasised that one has not to be “ill” to find help in psychotherapy, as “also university professors are making use of this form of counselling”.

There were participants from Australia, China, UK, the Netherlands, Ireland, Japan, Sri Lanka, Switzerland and Austria. The great variety of west-

ern psychotherapy methods is in China, among others, put opposite 3000 varieties of Qigong. This is, simplified, a thousands of years old meditation, an ancient form of “exercises to prolong life”. The variations have various names (Taijiquan, Meridian Qigong, Kung Fu, Japan: Shia tsu and so on) including some kinds of “war strategy”. There are close relations to Taoism, Zen Buddhism and traditional Chinese Medicine and the theory of meridians. Some of the topics of the first convention:

The Taoist Yoga and Self hypnosis: Facts, Fiction, Magic and the Supernatural (Maurits G.T. Kwee, Holland),

Scientific analysis of the Internal Qigong for Curing Diseases

(Y. Machi, C. Liu, Tokyo, Denki University) with western oriented physiological and statistical methodology,

Meditation and Sexuality, a New Interpretation of Qigong and its Present-Day Significance (Yasua Yuasa, Obirin University, Japan),

Current Status of Clinical Research in Chinese Qigong (Weidong Wang, Guang An Men Hospital and The Chinese Academy of T.C.M., Beijing),

Qigong and its relation to Hypnosis (Gosaku Naruse, Institute of Psychological Rehabilitation, Japan, Coauthor of: Schultz, I.H., Naruse, G.: Autogenic Training and Selfhypnosis),

Qigong, Hypnosis and Autogenic Training (H. Wallnöfer, Wien).

At the WCP symposium:

The Influence of Buddhism on the Psychotherapies in Japan (Yuji Sasaki, University of Tsukuba, Japan – Keynote speaker at the first World Congress and invited as Keynote speaker World Congress 1999, President of the Japanese Society for Autogenic Training and of the International Committee for the Co-ordination of Clinical Application and Teaching of Autogenic Training),

Thoughts of Chinese Philosophies and Psychotherapy (Mingyi Qian, Peking University, China),

Psychotherapy and “Dou” in the Japanese Culture (Yosuke Sakairi, Tokoha Gakuen University, Japan),

The application of System Theory and Taoism in Family Therapy in China (Xudong Zhao, Kunming Medical College, China, “The First Case of a Chinese Systemic Therapist Trained in Germany“ 1. World Congress 1996),

Effects of Eastern Bodywork as a Somato-Psycho-Therapy (Yutaka Haruki, Waseda University, Japan),

Control Therapy: Contributions of Eastern and Western Approaches to Psychotherapy (Dean H. Shapiro, Jr. University of California, Irvine, USA) and

Western and Eastern Approach to Corporal and Spiritual Well-being: Are There Common Roots? (H. Wallnöfer, Wien).

Most of the lectures can be obtained from the undersigned at cost price.

Dr. Heinrich Wallnöfer
Pyrkergrasse 23, A-1190 Wien
Tel. 368 23 66, 368 16 61 (Fax 23)

Veranstaltungskalender

**23.–24. Oktober 1998,
Raum Salzburg
Lösungsorientierte
Kurzzeittherapie bei
frauenspezifischen Problemen**

Mit Pat Hudson, Ph.D.

Auskunft:

Gottfried Graf, SIMT – Salzburger
Institut für Mediation und
Trennungsberatung, Johann-Wolf-
Straße 13, A-5020 Salzburg
Tel. +43/662/846699-5, Fax 846699-8
Mobil +43/664/33 859 33

**25.–30. Oktober 1998,
Bad Gleichenberg
29. Integratives Seminar
für Psychotherapie
in Bad Gleichenberg**

Auskunft: 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
Fax (0316) 385-3155

**29. Oktober–1. November 1998,
Cloppenburg
Volksmärchen als Medium in der
Psychotherapie**

Fachtagung der Europäischen
Märchengesellschaft und
Kardinal-von-Galen-Haus
Leitung: Dr. theol. Heinrich
Dickerhoff, Stapelfeld, und Dr. med.
Wolfdietrich Siegmund, Telgte
Auskunft und Anmeldung:
Kardinal-von-Galen-Haus
D-49661 Cloppenburg
Tel. 04471-1730, Fax 04471-17366

**30.–31. Oktober 1998,
Innsbruck/Igls
6. Wissenschaftliche Tagung
des Netzwerk Eßstörungen**

Auskunft und Anmeldung:
Netzwerk Eßstörungen:
Anorexie – Bulimie – Adipositas
Fritz-Pregl-Straße 5
A-6020 Innsbruck
Tel./Fax +43/512-576026
e-mail: Netzwerk.Esstörungen
@uibk.ac.at

**12.–13. November 1998, Linz
Spannungsfeld Psychotherapie –
Psychiatrie**

Linz psychotherapeutische Tagung
Veranstalter:

O.Ö. Landes-Nervenklinik Wagner-
Jauregg
Ehrenschutz:

LR Dr. W. Aichinger, LR J. Ackerl
Organisation: A. Tölk, A. Pinsger
Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat des Inst. für Psychothera-
pie, LNK Wagner-Jauregg
Tel. 0732/6921/2315
Fax 0732/6921/2329

**13.–14. November 1998, Zürich
Alter – Psychotherapie,
psychologische Beratung
und Hilfestellung für ältere
Menschen**

Herbsttagung am Szondi-Institut
Auskunft: Szondi-Institut
Krähbühlstrasse 30, CH-8044 Zürich
Tel. 0041/1/252 46 55, Fax 252 91 88
e-mail: szondi@bluewin.ch

**13.–14. November 1998, Luzern
Phantasie und Realität
in der heutigen Welt**

Neue Herausforderungen für die
analytische Kinder-, Jugendlichen-
und Familientherapie
Symposium der Schweiz. Gesellschaft
der PsychotherapeutInnen für
Kinder und Jugendliche (SPK)
Auskunft und Anmeldungen:
Büro für Tagungsorganisation
Löwenstrasse 9
CH-6004 Luzern
Tel./Fax 0041/41/410 15 93
e-mail: kaelinbuero@access.ch

**13.–15. November 1998,
Schwarzenberg
Nichts ist so fremd wie die
Heimat – Umgang mit dem
Fremden in der Psychoanalyse**
Psychoanalytisches Seminar Vorarl-
berg (PSV) – Schwarzenberger
Herbstgespräche 1998
Auskunft und Anmeldung:
Andrea Wilburger
Rummeggasse 16
A-6900 Bregenz

**18.–20. November 1998, Wien
Sozialarbeit im
Gesundheitswesen (1. Teil)**

Der ganzheitliche Zugang in der
Betreuung – eine Utopie?
Veranstaltet von der Wiener
Internationalen Akademie für
Ganzheitsmedizin gemeinsam mit
der Bundesakademie für Sozialarbeit
und dem Hara Shiatsu-Zentrum
Seminarleiterin:
Prof. DSA Ursula Bauer
Auskunft: Wiener Internationale
Akademie für Ganzheitsmedizin
Kurbadstraße 8
A-1107 Wien-Oberlaa
Tel. 0043/1/688 75 07/0
Fax 0043/1/688 75 07/15

**27.–29. November 1998, Wien
Nach dem Tabu?
Gruppenanalytische
Überlegungen zu Gott, Sex
und Crime**

Symposium der Sektion
Gruppenpsychoanalyse im ÖAGG
Auskunft: Doz. Dr. Irmgard
Eisenbach-Stangl,
Tel. 0043/1/888 25 33/113
Dipl. Psych. Sonja Wohlatz
Tel. 0043/1/315 63 72
Rotenlöwengasse 2/14
A-1090 Wien

**30. Januar 1999, Zürich
Verunsicherung –
Entsolidarisierung –
Gewaltbereitschaft**

Die Rolle der Psychotherapie in der
Prävention
Auskunft: Sekretariat Schweizer
Psychotherapeuten-Verband
Weinbergstrasse 31
CH-8006 Zürich
Tel. 0041/1/266 64 00
Fax 0041/1/262 29 96

**20. Februar 1999, Wien
5. Österreichischer
Psychotherapieball**

Veranstalter: Österreichischer
Arbeitskreis für Gruppentherapie
und Gruppendynamik (ÖAGG)
Ballkomitee:
Roland Bösel, Christine Freiler,

Claudia Reiner-Lawugger,
Domna Ventouratou-Schmetterer
Auskunft und
Ballkartenbestellung:
Frau Moraitis
Lenaugasse 3, A-1082 Wien
Tel. +43/1/408 21 70
Fax +43/1/408 21 70 DW 27
(siehe auch Inserat am
Schwarzen Brett)

26.–27. Februar 1999, Wien
**1. Österreichisches
interdisziplinäres Symposium
„Transsexualismus“**

Mitveranstalter ÖBVP
Tagungssekretariat und Auskunft:
Gabriela Pörtl
Gynäkologisches Sekretariat
Landeskrankenhaus Mödling
Sr. Maria Restituta-Gasse 12
A-2340 Mödling
Tel. +43/2236/204 DW 231
Fax +43/2236/204 DW 245
e-mail: m.tro@magnet.at

3.–5. März 1999, Wien
**Sozialarbeit im
Gesundheitswesen (2. Teil)**

Der ganzheitliche Zugang in der
Betreuung – eine Utopie?
Veranstaltet von der Wiener
Internationalen Akademie
für Ganzheitsmedizin
gemeinsam mit der
Bundesakademie für Sozialarbeit
und dem Hara Shiatsu-Zentrum
Seminarleiterin:
Prof. DSA Ursula Bauer
Auskunft: Wiener Internationale
Akademie für Ganzheitsmedizin
Kurbadstraße 8
A-1107 Wien-Oberlaa
Tel. 0043/1/688 75 07/0
Fax 0043/1/688 75 07/15

4.–8. Juli 1999, Wien
**2. Weltkongreß für
Psychotherapie**

Thema: Mythos – Traum –
Wirklichkeit

Auskunft: WCP-Head Office
Rosenbursenstraße 8/3/8
A-1010 Wien
Tel. 0043/1/512 04 44
Fax 0043/1/513 17 29
e-mail: wcp.office@pop.magnet.at

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