



Forum Österreich

AUS DEM ÖBVP

- S 1 Brief des Präsidenten
- S 2 Wehrl-Novotny, B.: Grundprobleme der forensischen Psychotherapie
- S 3 Europazertifikat für Psychotherapie
- S 4 Zimprich, V.: Integration von intrapsychischer und interpersoneller Arbeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- S 7 Fiegl, J.: Psychotherapie im Krankenhaus: ein Leistungsprofil
- S 8 Fehlinger, F.: Liste der Supervisorinnen und Supervisoren des ÖBVP
- S 9 Informationsabend zur Psychotherapieausbildung
- S 10 Madu, S. N.: Psychotherapie im Förderpflegeheim
- S 11 Baldinger, F.: Information zur Umsatzsteuer
- S 12 Leserbrief

AUSBILDUNG – FORTBILDUNG – WEITERBILDUNG

- S 13 Köhler, Ch.: Forschungspreis der GWG
- S 13 Korb, Ch.: Aktuelles zur Psychotherapieausbildung

AUS DEM PSYCHOTHERAPIEBEIRAT – GESUNDHEITSMINISTERIUM

- S 16 Kierein, M.: Tätigkeitskatalog psychotherapeutischer Leistungen
- S 17 Ethik-Rubrik: von Heydewolff, A., Wenzel, Th.: Daten aus der Psychotherapie – auch bei uns bald eine Ware?



Forum Schweiz/Suisse

- S 27 Editorial: Kommentar/Commentaire
- S 28 Professoren für klinische Psychotherapie gefährden Psychotherapie-Versorgung!
- S 28 Les professeurs de psychologie clinique menacent l'offre en psychothérapie!
- S 29 WZW: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit
- S 32 Gedanken zu WZW. Wie kann der Nutzen von Psychotherapiemethoden untersucht werden?
- S 33 Efficacité, adéquation et caractère économique
- S 36 Commentaire: Comment étudier l'utilité des méthodes de psychothérapie?
- S 37 Start der Informationskampagne des SPV
- S 38 Barwinski, R.: Psychotherapie bei sozialen Traumatisierungen
- S 40 Lancement de la campagne d'information ASP
- S 41 Barwinski, R.: La psychothérapie des traumatismes sociaux
- S 42 Veranstaltung/Manifestation
- S 44 Die „Charta“ und der SPV sollen entflochten werden
- S 46 „CHARTÉ“ et ASP doivent être dissociées

Forum Deutschland

- S 49 Editorial
- S 49 Der Vorstand des DVP

Fortsetzung umseitig

- | | |
|---|--|
| <p>S 53 Vieregge, J.: Die „Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie e.V.“ stellt sich vor</p> <p>S 54 Peseschkian, N.: Positive Psychotherapie unter dem interdisziplinären und transkulturellen Gesichtspunkt</p> <p>S 59 Peseschkian, N., Röhke, H., Werner, B.: Wirksamkeitsstudie im Sinne einer Qualitätssicherung der Positiven Psychotherapie</p> <p>S 60 Heltzel, R.: Was will die NAPP?</p> <p>S 64 Lurz, G.: Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie (NAPP)</p> <p>S 65 Lindner, R., Gerisch, B.: „Wollten Sie wirklich sterben?“</p> | <p>S 69 Piegler, T.: Der Körper im Dienste der Abwehr bei psychiatrischen Erkrankungen</p> <p>S 74 Danecker, K.: Übertragung und Gegenübertragung in der Kunsttherapie</p> <p>S 76 Ausschreibung des 2. wissenschaftlichen Förderpreises der systemischen Gesellschaft</p> |
|---|--|

Psychotherapie International

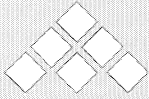
- | |
|--|
| <p>S 78 Welcome to the 7th Conference of the EAP in Rome 25th to 29th June 1997</p> <p>S 81 VERANSTALTUNGSKALENDER</p> |
|--|

Beiträge für das Supplement sind zu richten an:

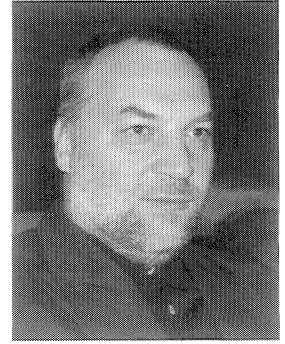
Frau Eva Kutschera, ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/7, A-1010 Wien, bzw. an Herrn Dr. Mario Schlegel, Scheuchzerstrasse 197, CH-8057 Zürich, bzw. an Frau Dr. Cornelia Krause-Girth, Universitätsklinik, Abteilung Medizinische Psychologie, Haus 56, Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/M.

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!*

Durchbruch beim Europazertifikat für Psychotherapie. Wie Sie vielleicht verfolgt haben, arbeitet eine Arbeitsgruppe des Europäischen Verbandes für Psychotherapie (EAP) unter der Leitung von Prof. Emmy van Deurzen und Prof. Digby Tantam (Präsident des britischen Dachverbandes für Psychotherapie – UKCP) seit zwei Jahren an der Entwicklung eines Europazertifikates für Psychotherapie (European Certificate for Psychotherapy – ECP). Dr. Heiner Bartuska hatte während seiner Präsidentschaft dieses Projekt vorgeschlagen und vorangetrieben. Dabei geht es darum, daß – auf der Basis der Straßburger Deklaration für Psychotherapie – ein Rahmen für einen Ausbildungsstandard in Europa festgelegt wird. Dies soll mehrere Probleme lösen: zunächst geht es um die Vergleichbarkeit der Psychotherapieausbildung in Europa. In der Folge bietet dies die Grundlage für die Möglichkeit, nicht nur im jeweiligen Heimatland, sondern auch in anderen Ländern anerkannt tätig werden zu können. Darüber hinaus kommt es zu einer Qualitätskontrolle sowohl der jeweiligen Methoden als auch der zur Ausübung der Psychotherapie Berechtigten. Vor allem für die Kolleginnen und Kollegen in Osteuropa ist es auch eine Orientierung im derzeit boomenden Psychotherapiemarkt.

Die Arbeitsgruppe war von Anfang an hochkarätig besetzt, in der letzten Sitzung in Amsterdam am 22. 2. 1997 war beinahe der gesamte Vorstand des EAP in der Arbeitsgruppe vertreten. Die Schwierigkeit bestand darin, eine Regelung zu finden, die keine der derzeit bestehenden nationalen Regelungen unterläuft und klar ge-

nug ist, daß eine Handlungsanweisung daraus erfolgen kann. Das Ergebnis ist mehr als zufriedenstellend. Die wesentlichen Punkte: das ECP definiert keine Eingangsvoraussetzungen (also keine „Quellenberufe“), sondern Ausgangskriterien, die zur Verleihung eines Europazertifikates führen. Diese werden im einzelnen beschrieben. So werden eine Lehrtherapie, Theorie, Supervision, Praktika verlangt. Der Stundenrahmen der Ausbildung umfaßt 3000–3500 Stunden (österreichisches Gesetz: 3280 Ausbildungsstunden). Für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich bedeutet dies, daß sie die Kriterien des Europazertifikates erfüllen.

Wie geht es weiter: bei der Tagung in Rom vom 25.–29. Juni 1997 (Anmeldung: Frau Musser, 0043/1/513 17 29) wird das ECP vorgestellt, diskutiert und von der Generalversammlung des EAP abgestimmt, wobei eine Ablehnung nicht zu erwarten ist, da alle nationalen Dachverbände im Entwicklungsprozeß eingebunden waren. Die Übergangsbestimmungen werden ebenfalls in Rom festgelegt. Dann beginnt der mühevolle Prozeß der Zertifizierung der Ausbildungsinstitute, etwa ab Beginn 1998, sodaß Einzelzertifikate etwa ab Mitte 1998 vergeben werden können.

Parallel dazu finden bereits jetzt Gespräche mit Europaparlamentariern und der EU-Kommission statt. Das Ziel ist, daß das Europazertifikat auch in der EU verankert wird. Von der Kommission haben wir bereits eine schriftliche Bestätigung, daß das ECP den EU-Richtlinien hinsichtlich Berufsregelungen, die dem freien Dienstleistungsverkehr in der EU dienen, entspricht.

Dr. Alfred Pritz

B. Wehrl-Novotny

Grundprobleme der forensischen Psychotherapie

Von den Erfahrungen einer Psychotherapeutin im Strafvollzug

Ausgehend von meiner beruflichen Praxis will ich mich im folgenden mit Aspekten der forensischen Psychotherapie befassen.

Ich bin seit 17 Jahren Strafvollzugspsychologin bei der Wiener Jugendgerichtshilfe und primär diagnostisch tätig, d. h. mit Stellungnahmen in Straf- und Pflugschaftsangelegenheiten für den Jugendgerichtshof Wien befaßt. Psychotherapie wende ich nur bei Krisenintervention und Selbstmordverhütung in der Justizanstalt für Jugendliche Wien-Erdberg an, wo männliche Untersuchungshäftlinge zwischen 14 und 19 Jahren angehalten werden sowie auch Strafgefangene mit einer Strafdauer bis zu 6 Monaten. Meine Identität als Psychotherapeutin ist jedoch ständig präsent, auch bei diagnostischen Überlegungen.

Das Tätigsein als Psychotherapeutin im Strafvollzug ist stark mitbestimmt durch die geltenden Gesetze und Verordnungen (Strafvollzugsgesetz, Jugendgerichtsgesetz, Psychotherapiegesetz, Vollzugsordnung für Justizanstalten). Mir ist es wichtig, diese Sicherheit zu haben, daß ich mich im Gesetzesrahmen bewege. Denn es handelt sich um ein Strafsystem, jede Therapie ist Zwangstherapie. Außerdem ist alles Tätigsein grundsätzlich selbst zu verantworten, auch Fehler. Ich bin als Psychotherapeutin letztlich selbst für meine Sicherheit verantwortlich. Der Begriff „Selbstsicherheit“ hat eine sehr unmittelbare Bedeutung. Denn das Berufsfeld ist auch gefährlich, man ist laufend mit Grenzbereichen menschlichen Erlebens und Verhaltens konfrontiert. Der Sicherheitsaspekt ist als wesentlicher Bestandteil jeder Aktivität und Betreuung zu beachten.

Die Eintragung in die Psychotherapeutenliste gemäß dem Psychotherapiegesetz 1990 ist für mich eine Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle des eigenen beruflichen Handelns. Es ist wichtig zu wissen, daß ich für die Tätigkeit im Strafvollzug bestmöglich

qualifiziert bin und daß ich mich im Bereich der allgemeinen fachlichen Standards im Berufsfeld „Psychotherapie“ bewege, nicht von der allgemeinen Entwicklung abgekoppelt bin.

Einen Einfluß auf meine berufliche Position hat die Zusatzqualifikation als Psychotherapeutin nicht. Ich bin „Leiterin des Psychologischen Dienstes“ bei der Wiener Jugendgerichtshilfe aufgrund meines Studiums der Psychologie. Im Rahmen einer gewerkschaftlichen Initiative für Psychologen und Psychotherapeuten im öffentlichen Dienst ist es bisher nicht gelungen, eine Berücksichtigung der Zusatzqualifikationen nach dem Psychologengesetz (klinischer und Gesundheitspsychologe) und Psychotherapiegesetz hinsichtlich Bezahlung oder Bewertung des Arbeitsplatzes zu erreichen.

Der Erwerb meiner Zusatzqualifikation als Psychotherapeutin erfolgte auf eigene Kosten in der Freizeit. Fallweise wird mir über Ansuchen Sonderurlaub für die Teilnahme an Seminaren und manchmal auch ein Kostenzuschuß vom Bundesministerium für Justiz gewährt. Es gibt jedoch kein dienstliches Erfordernis der Aus- und Fortbildung hinsichtlich Psychotherapie.

Meinem Wissensstand nach gibt es auch für die anderen Kollegen/innen kein Anstellungserfordernis Psychotherapiequalifikation. Es ist jedoch oft günstig, diese Zusatzqualifikation zu besitzen oder zumindest in Ausbildung zu stehen, um eine Anstellung in einem Sozialberuf zu erhalten.

Hat man nun eine Anstellung im Strafvollzug und ist auch Psychotherapeut/in, gibt es jedoch in der Regel keinen dienstlichen Auftrag, die Psychotherapie auch durchzuführen. Die Zusatzqualifikation befähigt dann dazu, die Tätigkeit im Sozialen, Pädagogischen, Ärztlichen, Psychologischen, Psychiatrischen Dienst besser auszuführen. Normalerweise gibt es keine Weisung, keinen Zwang, Psy-

chotherapie auszuüben. Es ist allerdings auch nicht verboten.

Im Strafvollzug sind viele verschiedene Berufsgruppen tätig. Es gibt sehr gute Kooperation, und es gibt natürlich auch sehr große Konkurrenz. Viele Berufe haben in ihrem Berufsbild auch therapeutische Überlegungen und trachten daher danach, diese in ihrer Berufsausübung einzubringen. Nach geltender Rechtslage wird therapeutische Bemühung jedes Bediensteten, der will und kann, ermöglicht. Es ist auch eine Frage der Durchsetzung.

Als Folge davon sind eine Fülle von therapeutischen Ansätzen vorhanden – ohne Primat einer Methode: Psychotherapie, Sozialtherapie, Soziales Lernen, Pädagogische Konzepte, ärztliche, psychologische, sozialarbeiterische Behandlung und Betreuung.

Es gilt das Motto „Alles ist Therapie“, d. h. jede Bemühung um positive Beeinflussung des Verhaltens der Insassen. Wenn von „Therapie im Strafvollzug“ gesprochen wird, ist vieles gemeint.

Strafvollzugstherapie ist also sehr umfassend und ungleich Psychotherapie. Strafvollzugstherapie kann Psychotherapie sein, Psychotherapie ist aber nicht die Hauptmethode, nicht die führende Methode. Es gibt nur wenige Psychotherapeuten/innen unter mehreren tausend Strafvollzugsbediensteten. Im Bereich der Psychotherapie gibt es kein Primat einer Berufsgruppe oder Methode oder eine Festlegung auf Personengruppen, für die Psychotherapie anzubieten ist.

Eines der wesentlichsten Grundprobleme der forensischen Psychotherapie ist daher aus meiner Sicht die Widersprüchlichkeit der Situation, in der Psychotherapeuten im System Strafvollzug tätig sind. Meine Motivation ist es, zu einer Klärung beizutragen, so gut ich kann. Denn die Widersprüchlichkeit trägt zur Gefährlichkeit und nicht zur Sicherheit bei, weil man leicht verwirrt wird und es schwer ist, eine nüchterne Betrachtungsweise zu bewahren.

Bei der laufenden Konfrontation mit massivsten Persönlichkeitsstörungen, Extrembereichen menschlichen Erlebens und Verhaltens im Bereich Alkohol, Drogen, Aggression ist eine typische Gefühlsreaktion: „Was soll ich da als Psychotherapeut/in über-

haupt ausrichten können? Alles ist sinnlos.“ Noch dazu ist der Strafvollzug ja kein therapeutisches System, sondern historisch als Ersatz für Leib- und Lebensstrafen entstanden. Es entsteht eine Tendenz zur Resignation.

Andererseits kann man als Psychotherapeut/in sehr viel lernen. Man lernt Menschen unterschiedlichster Persönlichkeit und mit verschiedensten Bewältigungsmechanismen für ihre Wirklichkeit kennen. Immer wieder bewundere ich Jugendliche dafür, wie sie trotz schlechtester Lebensbedingungen seit frühester Kindheit ihr Leben doch aktiv – trotz Fehlern – meistern. Es sind vor allem Jugendliche aus der Unterschicht, die im Strafvollzug landen.

Meine Motivation für die Tätigkeit im Strafvollzug war es immer auch, zu einer entsprechenden psychosozialen Versorgung dieser Randgruppe beizutragen, die eventuell nie den Weg in eine psychotherapeutische Praxis auf dem freien Markt finden würde. Es müßte doch gelingen, die Konzepte der Psychotherapie, die für viele Menschen so hilfreich sind, auch für die „Häfnpopulation“ sinnvoll anzuwenden. Ich habe auch immer wieder Erfolgserlebnisse, wenn es gelingt, Jugendliche, die am untersten Rand der Gesellschaft leben, doch in Richtung auf Hoffnung, Lebensfreude und eine Zukunftsperspektive zu orientieren.

Das eigene Schwanken zwischen Resignation und Freude an einer sinnvollen Tätigkeit wird ergänzt durch die Reaktionen der beruflichen Umwelt auf den/die Psychotherapeuten/in. Man bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Ab- und Aufwertung. „Wozu ist die Psychotherapie gut, wozu brauchen wir das?“ – „Sie als Psychotherapeut/in müssen diese schwierige Situation doch meistern können.“ Unweigerlich werden die eigenen Übertragungs- und Gegenübertragungsmuster aktiviert.

Es ist wichtig, die eigenen Gefühle ernst zu nehmen. Auch die eigene Angst gefährlichen Personen oder Situationen gegenüber. Es ist schwer, sich nicht drängen zu lassen vom Leid der Klienten, den Erwartungen der Kollegen/innen oder von vermeintlichen Sachzwängen der Institution. Die Verführung ist groß, sich zu überfordern, sich allzu schwierigen Situa-

tionen zu stellen, ein/e Held/in zu sein. Eine zusätzliche Herausforderung, ja Falle, kann es sein, als eine der wenigen Frauen in der Männerwelt Strafvollzug zu zeigen, was man alles kann.

Ich habe 1995 massiv Angst bekommen und war sehr traurig. In einem Linzer Gericht erschöß ein Pensionist mehrere Menschen; die Psychologin und frühere Leiterin der Justizanstalt Mittersteig Dr. Rutalek verließ im Zusammenhang mit dem „Fall Haas 1993“ endgültig den Bundesdienst, die Pädagogin und Psychotherapeutin Dr. Kreuziger-Hitz wurde in der Justizanstalt Göllersdorf ermordet, und mein Vorgesetzter und Kollege, der Psychologe Dr. Lukacs, verstarb mit 40 Jahren an Leukämie. Am liebsten wäre ich weggegangen aus dem Strafvollzugsdienst, obwohl ich nicht weiß, wohin.

Es waren dann die gute Kooperation und Kollegialität mit Menschen der verschiedensten Berufsgruppen im Justizwesen, die es mir sinnvoll erschienen ließen, zu bleiben. Und auch in der Arbeit mit den straffälligen Jugendlichen, mit den Menschen, mit denen ich bei PflEGschaftsangelegenheiten Kontakt habe sowie bei der Betreuung von Psychologiestudentinnen als Praktikantinnen habe ich unmittelbar erlebt, daß meine Tätigkeit Sinn hat.

Das Verhältnis von Psychotherapie und Justiz ist sperrig, sehr unterschiedliche Systeme haben miteinander zu tun, die auch ohne einander bestehen könnten. Andererseits haben sich seit Jahrzehnten immer wieder Psychotherapeuten mit dem Problemkreis Verwahrlosung und Delinquenz befaßt, und das Justizsystem engagiert laufend auch Psychotherapeuten. Es gibt also auch gegenseitige Anziehung.

Ich habe im Mai 1995 über Einladung von Herrn Dr. Pritz die aktuelle Psychotherapeutenliste durchgesehen und über 100 Kollegen/innen gefunden, die mit forensischer Psychotherapie zu tun haben oder hatten. Mit der Einladung an sie und an leitende Strafvollzugsbeamte zum ersten Treffen im September 1995 begann die Arbeitsgruppe „Psychotherapie und Justiz“ im österreichischen Bundesverband für Psychotherapie, deren Vorsitzende ich bin. Wir haben uns in der Folge bemüht, das Problemfeld abzustecken und mit verantwortlichen Herren aus dem Bundesministerium für Justiz und dem Bundesministerium für Gesundheit Kontakt gehabt (vgl. Werkstattbericht, Forderungskatalog, Kommentar zur Vollzugsordnung für Justizanstalten im Psychotherapie Forum Supplement Vol. 4, Nr. 3, 1996). Auch beim Wiener Weltkongreß der Psychotherapie im Sommer 1996 wurde an zwei Nachmittagen das Thema sehr interessant behandelt. Bei fünf Sitzungen im Herbst ging es darum, das weitere Vorgehen abzuklären. Es wurde zwar im kleinen Kreis (max. 6 Teilnehmer), jedoch sehr lebhaft und effizient über Psychotherapie im Strafvollzug und im ambulanten forensischen Bereich, über Drogen- und Opfertherapie diskutiert. Aus meiner Sicht sind die Probleme der forensischen Psychotherapie derzeit vor allem auch durch interdisziplinäre Diskussionen bearbeitbar. Ich bin gespannt, ob und wie das Ganze weitergeht.

*Dr. Brigitte Wehrl-Novotny
Psychologin bei der Wiener
Jugendgerichtshilfe
Psychotherapeutin
Rüdengasse 7-9, A-1030 Wien
Tel. 711511492*

Europazertifikat für Psychotherapie

Der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie und der Facultas Universitätsverlag planen für den 8. April eine gemeinsame Veranstaltung zu Fragen des Europazertifikats für Psychotherapie und der Ausbildung in Österreich und Europa mit einer anschließenden Präsentation des Verlagsprogrammes. Es sprechen Dr. Alfred Pritz und Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck. Eine Einladung an die Mitglieder wird rechtzeitig ergehen.

V. Zimprich

Integration von intrapsychischer und interpersoneller Arbeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Zusammenfassung: Die Ergebnisse experimenteller Methoden der frühkindlichen Entwicklungsforschung stellen traditionelle entwicklungspsychologische Grundannahmen in Frage. Das Konzept der lebenslangen Entwicklungsmöglichkeit des Menschen verändert die Sicht der überschaubaren Entwicklungsphasenmodelle und damit der Diagnose und Relevanz der frühen Störung. Es soll ein integriertes Arbeitsmodell für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gezeigt werden, das die neuen Ansätze der Babyforschung miteinbezieht.

Im Unterschied zur Kinderpsychotherapie wird in der Erwachsenenpsychotherapie der Einfluß der unbewußten Phantasiewelt höher eingeschätzt und hat vordergründige Bedeutung.

In der Kinderpsychotherapie führen alle Vermutungen und Hinweise genau in die umgekehrte Richtung. Je jünger das Kind ist, desto eindeutiger ist es den Einflüssen seines Umfeldes bzw. seiner Beziehungspersonen ausgesetzt. Von dem Augenblick seiner Zeugung an hat das Kind in einer konkreten Realität zu überleben und ist von dieser abhängig. Die Entwicklung des Individuums strebt von dem anfänglichen Stadium der „absoluten Abhängigkeit“ (Winnicott, 1993) über die „relative Abhängigkeit“ zur „Annäherung an Unabhängigkeit“ zu einem Zustand der kompletten Unabhängigkeit mit einem integrierten Sozialgefühl.

Wenn ich hier von Entwicklungsphasen spreche, so nur aus der Notwendigkeit heraus, verschiedene Anteile der Entwicklung sichtbar zu machen. In Wahrheit werden primitive Aufgaben der emotionalen Entwicklung niemals vollständig bewältigt (Winnicott, 1994).

Die Ergebnisse experimenteller Methoden der frühkindlichen Entwicklungsforschung D. N. Sterns (1992) ergaben, daß der Säugling bereits weit früher, als Selbstbewußtheit und Spra-

che vorhanden sind, über Selbstempfindungen und über eine subjektive Welt verfügt. Dies bedeutet, daß das Kleinkind ein intersubjektives Wesen ist, das jeden Tag seine interpersonale Welt mitschafft. Das Kind ist von Anfang an ein Kommunikationspartner und ein kompetentes, anpassungsfähiges, sich im Lebenslauf entwickelndes, reflexives Individuum, das von Anfang an bereits das Du, den anderen miteinschließt. Seine Entwicklung vollzieht sich in Quantensprüngen und hängt mit neuen Formen der Selbstfindung des Kindes zusammen und steht in Bezug zu konkreten sozialen Erfahrungen.

Diese subjektiven sozialen Erfahrungen beeinflussen bereits die frühen Selbstempfindungen des Säuglings, später die verschiedenen Stadien des Selbst, die Ichentwicklung und die Identitätsentwicklung. Longitudinalstudien der Entwicklungsforschung wie die von Rutter (1993) zeigen die Komplexität der Zusammenwirkung einer Reihe von Faktoren, wie Lebensübergänge, Kontinuitäten, Diskontinuitäten, Bindeglieder von Erfahrungen usw., die zu Psychopathologiebildungen führen können.

In der Eltern-Kind-Beziehung findet ein Austausch der Innenwelt des Säuglings mit der Innenwelt der Mutter bzw. der Eltern (caregiver) statt. Die Entwicklung des Kindes findet in einer Wechselwirkung zwischen Kind und Mutter, Vater und weiteren Bezugspersonen in seinem spezifischen Umfeld statt. D. W. Winnicott (1993) spricht in diesem Zusammenhang von der „good enough mother“. Je differenzierter die Innenwelt der Mutter, bzw. das soziale Umfeld von Mutter und Kind ist, desto komplexer kann sich die Innenwelt des Kindes entwickeln.

In der symbiotischen Mutter-Kind-Dyade, in der die Mutter Bedürfnisse des Kindes „good enough“ erfüllt, lernt das Kind einerseits seine Bedürfnisse kennen, differenzieren und einordnen, andererseits entstehen Be-

ziehungsmuster, die quasi gemeinsam entwickelt werden. Diese können entwicklungsfördernd oder aber entwicklungshemmend sein.

Aus der Geschichte der tatsächlichen Interaktionen mit der Mutter oder anderen Beziehungspersonen lernt das Kind bestimmte Inhalte, die ihm als Leitlinie der Handhabung gegenwärtiger und zukünftiger Interaktionen (zusammen mit vergangenen) dient. Die Bedeutung der Gedächtnisleistung des Säuglings, die größer ist als man bisher wußte, spielt in diesem Zusammenhang eine große Rolle.

Diese und andere Erkenntnisse der modernen Babyforschung (D. N. Stern, R. N. Emde, H. u. M. Papousek, J. D. Lichtenberg u.a.) stellen traditionelle entwicklungspsychologische Grundannahmen in Frage und kommen zu neuen Überlegungen:

Die Frühkindlichkeit allein stellt nicht ein für allemal die Weichen, auch wenn frühe Erfahrungen ihre Spuren hinterlassen (Petzold, 1995). Der Säugling wird als höchst anpassungsfähiges, seine eigenen Sozialbeziehungen subjektiv erlebendes kleines Individuum beschrieben. Das Konzept des „Live span development approach“, das die lebenslangen Entwicklungsmöglichkeiten und die Selbstregulation und Selbstwirksamkeit des Menschen als „Maker of his own development“ betont, hat ungeheure Konsequenzen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Psychotherapeutische Relevanz

Wenn Entwicklung ein höchst komplexer Vorgang wechselseitiger Begegnung zwischen Kind und Bezugsperson/en ist, dann bedeutet dies, daß wir Konzepte benötigen, die sowohl die intrapsychische Situation des Kindes als auch seine interpersonelle Situation, nämlich die Beziehungen zu seinen Eltern, seiner Familie, seinem Umfeld, einbeziehen.

In Abb. 1 zeige ich eine Übersicht der Verflechtung der interpersonellen und der intrapsychischen Arbeit.

Als grundlegende Basis der Therapie steht die Kind-, Therapeuten/in-, Eltern-Beziehung an oberster Stelle, die sich über den Kontakt und die Ich-Du-Begegnung aufbaut (Petzold,

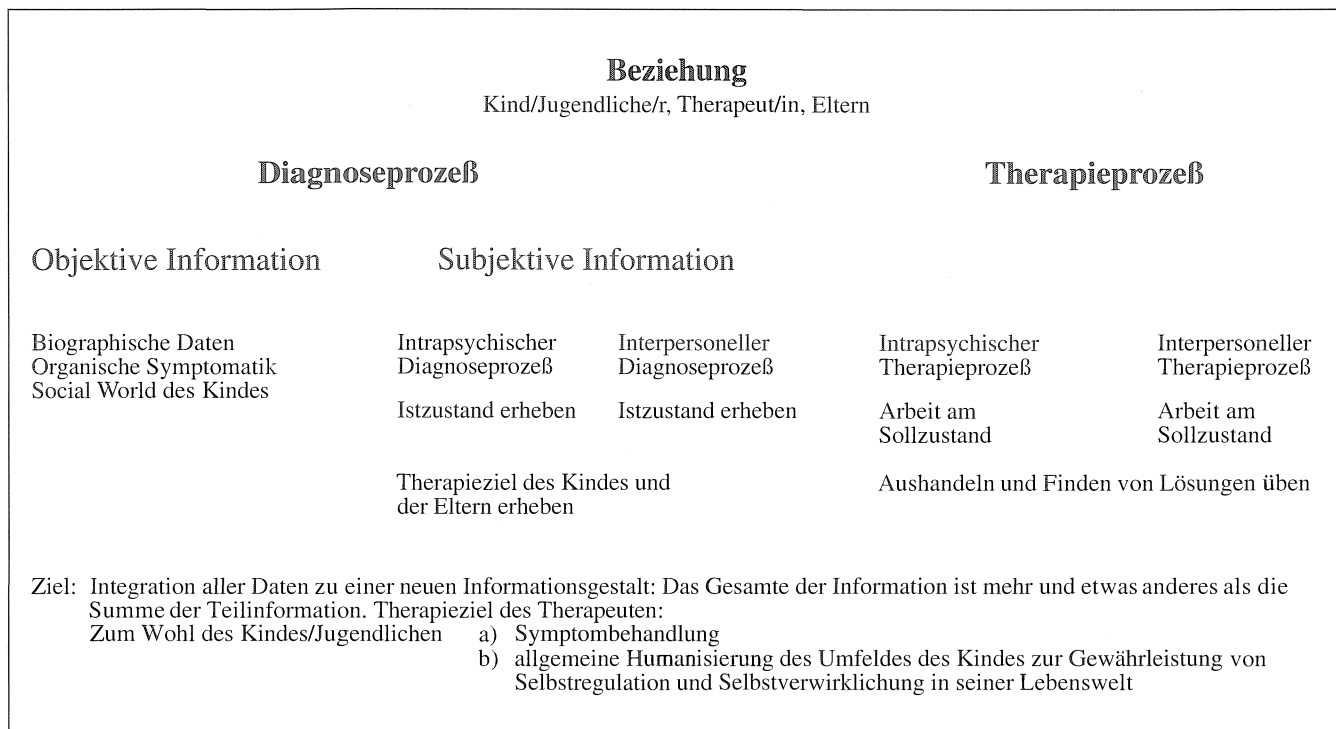


Abb. 1. Schema der psychotherapeutischen Arbeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

1987). Sie ist die tragende Säule der Therapie. Sie ist der rote Leitfaden im Diagnoseprozeß und im therapeutischen Prozeß, die sich beide miteinander spiralenförmig verschränken, um dann gemeinsam zu einer Integration aller Daten und damit zu einer neuen Informationsgestalt zu führen. Obwohl subjektive Informationserhebung und Kontaktarbeit im Vordergrund stehen, darf die Erhebung objektiver Daten, wie biographische Anamnese, organische Symptomatik und die soziale Lebenswelt des Kindes nicht übersehen werden. Der Zeitpunkt ihrer Erhebung ist behutsam anzusetzen und muß nicht unbedingt im Erstgespräch erfolgen. Es darf dadurch die therapeutische Beziehung zum Kind nicht gefährdet werden. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, eigens eine Stunde mit den Eltern zur Erhebung dieser Daten anzusetzen.

Nun soll einerseits der Istzustand erhoben werden und andererseits beginnt gleichzeitig die Arbeit am Sollzustand. Jede Intervention hat bereits therapeutischen Charakter und verändert bereits schrittweise die Situation des Patienten, so daß eine prozessuale Therapie beginnt. Der/die Therapeut/in steht nun vor der schwierigen Aufgabe, sowohl dem interpersonellen als auch dem intrapsychischen

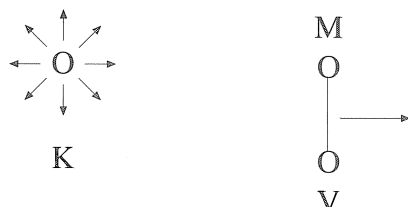
Prozeß im Diagnostik- und Therapieprozeß Rechnung zu tragen.

1. Ich möchte zunächst auf den *systemischen Teil des Diagnoseprozesses* eingehen:

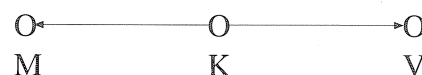
1.1 Es soll das *Beziehungsmuster bzw. die Position des Kindes mit seinen Eltern (caregiver)* festgestellt werden.

1.2 Es wird die Art der Konfliktdynamik, die die adäquate Kind-Eltern-Position stört erhoben. Pathologische Kind-Eltern-Positionen, Beziehungsmuster produzieren bestimmte Störungen.

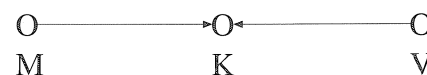
a) *Die defizitäre Stimulierung:* Mangelnde Anpassung der Eltern an die Ich-Bedürfnisse des Kindes. Eltern grenzen das Kind aus.



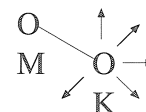
b) *Die konträre Stimulierung:* Kampf der Eltern um das Kind. Das Kind fühlt sich zerrissen.



c) *Die Überstimulierung:* Kampf der Eltern über das Kind. Kind wird überfordert.



d) *Die dysregulierende oder zwiespältige Stimulierung:* Abwechseln der obengenannten Positionen und/oder uneindeutige Positionen dem Kind gegenüber (double bind). Kind wird handlungsunfähig.



1.3 Auf welcher *Beziehungsebene* findet der Konflikt statt?

- diadische Ebene
- triadische Ebene
- familiäre- bzw. Gruppenebene
- Umfeldebene

1.4 Der Einfluß der *Familienkultur* auf das Kind (Ressourcen, Defizite) und der Einfluß des Kindes auf das Familiensystem

1.5 *Wer ist die/der Patient/in?* (Je kleiner das Kind, desto seltener das Kind)

Zur Feststellung dieser Interaktionsmuster ist es sinnvoll, zusätzlich zu

den Einzelsitzungen Sitzungen mit den Eltern, mit den Geschwistern und mit der Familie je nach Notwendigkeit abzuhalten, wie auch Hausbesuche, um bestimmte Atmosphären zu erfassen.

Die zentrale Voraussetzung dafür ist eine vertrauensvolle Beziehung des/der Therapeuten/in mit dem Kind und den Eltern. Je besser diese Beziehung ist, desto offener, ehrlicher werden die Eltern auch über ihre Probleme sprechen und ihr Therapieziel für das Kind mitteilen.

2. In den Einzelstunden, aber auch in Stunden mit Beziehungspersonen, ist eine fundierte *Diagnose des intrapsychischen Zustandes* des Kindes/Jugendlichen zu erstellen:

2.1 Auf welcher/n Achse/n (Erik Erikson 1950) liegt/liegen die *Störung/en der emotionalen Entwicklung* des Kindes?

- a) Vertrauen versus Mißtrauen
- b) Autonomie versus Scham und Zweifel
- c) Initiative versus Schuld
- d) Produktivität versus Minderwertigkeit
- e) Identität versus Identitätsdiffusion

Wie schon weiter oben erwähnt, handelt es sich hier nicht um zeitlich begrenzte Entwicklungsphasen, wie früher angenommen, sondern um konkrete, emotionale Lernprozesse.

2.2 Welche *Art der Störung* liegt vor (Petzold)?: Defizite, Störungen, Konflikte, Traumata

2.3 Wo liegen die gesunden Anteile, die *Ressourcen*?

2.4 Wie breit sind der *Wahrnehmungsrahmen* und die Bewußtheit?

2.5 Wo steht das Kind in *seiner emotionalen, kognitiven, körperlichen und sozialen Entwicklung*?

Auch Kinder haben *Therapieziele*, die es hier festzuhalten gilt. Diese müssen übrigens nicht mit denen der Eltern oder anderer Familienangehöriger übereinstimmen.

Eng verbunden mit dem *Diagnoseprozeß* verläuft der *Therapieprozeß*, der ebenfalls sowohl den interpersonellen wie intrapsychischen Ansatz beinhaltet.

Es handelt sich hier um eine schrittweise, prozessuale Wechselwirkung von individueller Entwicklung und Umfeldentwicklung. Durch das Eingreifen des/der Therapeuten/in in ge-

störte Beziehungsmuster der Eltern, der Familie, des Umfeldes die das Kind blockieren, wird eine Entwicklung der Bezugspersonen, der Familienmitglieder in Gang gebracht. Auf diese Weise können neue interpersonale Erfahrungen zwischen dem Kind und seiner Umwelt gemacht werden, Begegnungen stattfinden, die nicht möglich waren, Realität kann neu erlebt und Beziehungsfähigkeit gelernt und geübt werden.

3. Der *Interpersonelle Ansatz des therapeutischen Prozesses* beinhaltet folgende Bereiche:

3.1 Die *Kontakt- und Beziehungsarbeit mit Kind und Eltern* (Das Setting muß der Altersstufe entsprechen)

3.2 Die *Motivationsarbeit* mit Kind/Jugendlichen zur Erstellung des Arbeitsbündnisses. Da es in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oft keinen motivierten Patienten gibt (weder Kind/Jugendliche/r noch Eltern, Familie) kann dieser Teil einen Großteil des Therapiezieles ausmachen.

3.3 *Umfeldarbeit*: Die Arbeit an äußeren Konflikten und Strukturen, die sich im Sozialisationsprozeß entwickelt haben.

a) intrapsychisch:

- Elternarbeit
- Geschwisterarbeit
- Familienarbeit
- Umfeldarbeit (Schule, Institution ...)

b) interpersonell: Kommunikations- und Interaktionsarbeit mit den Generationen und der Außenwelt

3.4 Erstellen einer eindeutigen Eltern-Kind-Position nach folgenden Kriterien:

- a) Schutz
- b) Verantwortung (Führung)
- c) Ablöseprozeß

Wird die gestörte Kind-Eltern Interaktion nicht verändert, kann eine rein intrapsychische Therapie des Kindes nur Flickwerk bleiben (Anna Freud, 1934). Daraus ergibt sich, daß die Eltern- und Familienarbeit in der Kinderpsychotherapie gleich viel Bedeutung wie die Arbeit mit dem Kind selbst, also die intrapsychische Arbeit, hat. Oft ist es allerdings so, daß am Anfang der Therapie mehr die systemischen Interventionen im Vordergrund stehen und dann die differen-

zierte Arbeit an den Störungen erst erfolgen kann.

In manchen Fällen kann eine Veränderung der Beziehungsmuster auch bereits das Erreichen des Therapiezieles beinhalten.

4. Der *intrapsychische Therapieprozeß* ist integriert in die große Spirale der psychotherapeutischen Arbeit. Als wichtige Bereiche sind hier zu nennen:

4.1 Die *intersubjektive Begegnung* von Kind und Therapeuten/in mit dem Ziel der Individuation des Kindes

4.2 Die Arbeit an *primären und sekundären Störungen*: Defizite → Nachsozialisation, Nachbeelterung, Konflikte, Störungen, Traumata ...

4.3 Die Erweiterung der *Wahrnehmungsfähigkeit*: Die Kindertherapie ist handlungsorientiert und bezieht Experimente und konkretes Erleben in die Therapie ein (Kochen, Ton-, Sandspielen, Rollenspiele, Sport, Bewegung, Körpererfahrungen, energetische Arbeit ...)

4.4 *Veränderung von Strukturen*, die die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen und für seine Lebenswelt erforderlich sind.

4.5 Die Entwicklung und Intensivierung des *Identitätserlebens und Sinnerlebens*.

Zusätzlich soll je nach Therapieziel das Aushandeln und Finden von Lösungen kontinuierlich in den Therapieprozeß einbezogen werden.

Die Aufgabe des/der Therapeuten/in ist, alle Daten zu einer neuen Informationsgestalt entstehen zu lassen. Das Gesamte der Information ist mehr und etwas anderes als die Summe der Teilinformation.

Der Therapeut erstellt daraus das Therapieziel zum Wohle des Kindes bzw. des Jugendlichen. Dieses hat zum Inhalt:

a) die Symptombehandlung bzw. Symptombhebung

b) die allgemeine Humanisierung des Umfeldes des Kindes zur Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung in seiner Lebenswelt.

Der hier beschriebene Ansatz der Kinderpsychotherapie ist jedoch nicht zu verwechseln mit dem Ansatz der Familientherapie, obwohl es zu Überlappungen kommen kann und

kommt. Es ist die Aufgabe des/der Therapeuten/in, zum Wohl des Kindes/Jugendlichen dessen Entwicklung sowohl intrapersonell als auch in Bezug auf seine interpersonale Welt zu unterstützen.

Literatur

Dunitz M, Scheer PJZ (1991) Diagnostik und Therapie der frühen Mutter-Kind-Störung. *Monatsschr Kinderheilkd* 139: 338-346

Erikson E (1950) *Childhood and society*. New York

Freud A (1968) *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. Huber/Klett, Stuttgart

Lepolt D (1993) *Psychodynamische Aspekte der Fütterungs- und Gedeihstörung im Säuglings- und Kleinkindalter*

Osten P (1994) *Die Anamnese in der Integrativen Therapie*. *Integrative Therapie. Z vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* 4: 392-430

Petzold HG (1993) *Frühe Schädigung – späte Folgen?* Junfermann, Paderborn

Petzold HG (1995) *Die Kraft liebevoller Blicke*. Junfermann, Paderborn

Petzold H, Ramin G (Hrsg) (1987) *Schulen der Kinderpsychotherapie*. Junfermann, Paderborn

Rutter M (1993) *Wege von der Kindheit zum Erwachsenenalter*. In: Petzold H (Hrsg) *Frühe Schädigungen – späte Folgen?* Junfermann, Paderborn

Sameroff AJ, Emde RN (1989) *Relationship disturbances in early childhood*. Basic Books, New York

Stern DN (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett/Cotta, Stuttgart

Stern DN (1995) *Die Repräsentation von Beziehungsmustern. Entwicklungspsychologische Betrachtungen*. In: Petzold HG (Hrsg) *Die Kraft liebevoller Blicke*. Junfermann, Paderborn

Winnicott (1993) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Fischer TBV, Frankfurt

Zimprich V, Zimprich H (1995) *Das psychotherapeutische Erstgespräch mit Kind und Familie*. In: Zimprich H (Hrsg) *Kinderpsychosomatik*. Thieme, Stuttgart



Dr. Vera Zimprich
Wilhelm-Exner-Gasse 30/10
A-1090 Wien

tiggestellt, um noch vor Jahresende dem BMfG und dem ehemaligen KRAZAF übermittelt werden zu können. Wir freuen uns auch, daß unsere Arbeit unter namhaften Experten soviel positives Echo und großartige Unterstützung hervorgerufen hat und trotz des Zeitdrucks aller Beteiligten eine ausgezeichnete Zusammenarbeit möglich war. Herzlichen Dank an alle!

Leistungsprofil psychotherapeutischer Behandlung im Krankenhaus

Der Leistungskatalog (Autoren: Bartuska, Fiegl, Weiss) darf als erstmalige Zusammenfassung im Sinne eines Leistungsprofils und einer Berufsbeschreibung der Psychotherapie im Krankenhaus gesehen werden, der das bis jetzt von anderen Berufsgruppen oft als schwer faßbares Arbeitsfeld und als wenig transparent wahrgenommenes Berufsbild klar umreißt, definiert und differenziert.

Ziel und Inhalt

Ziel ist, eine Zusammenstellung psychotherapeutischer Einzelleistungen zu geben und diese Einzelleistungen jenen medizinischen ICD 9 Diagnosen zuzuordnen, wo sich dies aufgrund empirischer Studien und praktischer Erfahrungen als unumgänglich, effizient und ökonomisch günstig erwiesen hat.

Der Katalog ist gegliedert in eine Beschreibung der Funktion psychotherapeutischer Interventionsarten, einen Überblick über Setting, Methoden und Zeitaufwand und in eine Zuordnung psychotherapeutischer Interventionen zu den einzelnen medizinischen ICD 9 Diagnosen.

Psychotherapie im Krankenhaus erfüllt weitgehend andere Funktionen als in extramuralen Einrichtungen oder in freier Praxis und unterscheidet sich auch großteils im Setting. Es handelt sich um ein zeitlich klar begrenztes, fokussiertes, problemzentriertes Arbeiten in verschiedenen Settings.

Die Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung wird im Katalog folgendermaßen definiert:

„Erkrankungen sind psychotherapeutisch zu behandeln, wenn sie verbunden sind:

J. Fiegl

Psychotherapie im Krankenhaus: ein Leistungsprofil

Im Zuge der Umstellung auf leistungsbezogene Krankenhausfinanzierung wurde es deutlich, daß es keinerlei Aufstellung oder Übersicht über psychotherapeutische Einzelleistungen für den stationären Bereich gibt. Es wurde daher dringendst notwendig, psychotherapeutische Leistungen zu definieren und zu differenzieren, um somit eine Grundlage zum neuen Abrechnungsmodus zu schaffen, und darüber hinaus dadurch Psychotherapie im stationären Bereich als integrierten Bestandteil der Behandlung überhaupt möglich zu machen. Wir alle wissen zum Teil aus eigener Arbeitserfahrung im Krankenhaus, daß vereinzelt im stationären Betrieb (über psychiatrische Einrichtungen hinaus) psychotherapeutisch gearbeitet

wird, jedoch weder offiziell als psychotherapeutische Leistung deklariert noch wirklich in den Routinebetrieb integriert.

Wenn die KAG-Novelle, die ja psychotherapeutische Versorgung im Krankenhaus vorschreibt, umgesetzt wird – und es sieht für Wien sehr ermutigend aus –, müssen aber psychotherapeutische Interventionen als abrechenbare Posten aufgelistet und psychotherapeutisch zu behandelnde Krankheiten definiert, Diagnosen und Indikationsstellung zusammengefaßt sein.

In einer Arbeitsgruppe ÖBVP/WLP (Dr. Heiner Bartuska, ÖBVP; Dr. Jutta Fiegl, WLP; Dr. Alfred Pritz, ÖBVP; OA Dr. Peter Weiss, KH Barmherzige Schwestern) wurde unter großem Zeit- und Energieaufwand ein Katalog fer-

1. mit einer massiven und langdauernden (chronischen) Beeinträchtigung der physischen und psychischen Funktionen,
2. mit einem Bruch der bisherigen Lebensplanung,
3. mit erheblichen Leidensdruck,
4. mit einer Beeinträchtigung der Lebens- und Beziehungsqualität, der Arbeits- und Beziehungsfähigkeit des Patienten und/oder seine derzeitige Bewältigungskapazität überfordert ist, und/oder wenn
5. psychosoziale Faktoren beteiligt sind, die die Aufrechterhaltung der Erkrankung fördern oder deren Behandlung entgegenwirken und
6. situative (akute) oder langfristig chronifizierende Anpassungsstörungen vorliegen,
7. die psychische Funktionen durch Diagnose/Therapie in einer solchen Weise beeinträchtigt wurden, daß Patienten am somatischen Rehabilitationsprozeß nicht mitarbeiten können (z. B. severely noncompliant diabetics).“

Kurz umrissen beinhaltet der Katalog folgenden Leistungsumfang:

1. Krisenintervention
2. Psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik, psychosoziale Zusatzdiagnostik
3. Erstellung des Behandlungsplanes und Organisation des weiteren psychotherapeutischen Settings
4. Psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel der weiteren Orientierung (Coping, Motivationsarbeit, Angehörigenarbeit)
5. Begleitende psychotherapeutische Interventionen bei medizinischen Maßnahmen (Krankheitsbewältigung)
6. Psychotherapeutische Intervention in Form einer Kurzzeitpsychotherapie (in verschiedenen Settings und Methoden, Einzelpersonen, Gruppen, Paare und Familien)
7. Spezifische psychotherapeutische Behandlung (z.B. stationäre Behandlungen an integrierten Psychosomatikstationen oder längerdauernde stationäre Leistungen (z.B. Sterbebegleitung, Unfallbehandlungen)
8. Konsiliare Fallsupervisionen

Wichtig war uns noch, ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß die psychotherapeutischen Interventionen vom

jeweiligen Krankheitsbild bzw. von der individuellen Persönlichkeit des Patienten in seiner spezifischen Situation sowie vom subjektiven Stellenwert psychosozialer Faktoren abhängig sind und daher die Aufstellung der psychotherapeutischen Vorgangsweisen unterschiedlich zum Tragen kommen wird. Die Psychotherapieindikation kann daher nicht alleine nach der ICD-Diagnose erstellt werden, sondern muß aus zusätzlichen Beobachtungen unter Einbeziehung der mit dem Patienten befaßten Behandler und Betreuer getroffen werden.

Ich denke, es ist durch das Verfassen dieses Leistungsprofils erstens ein wichtiger gesundheitspolitischer und berufspolitischer Schritt getan worden, aber es ist auch von inhaltlich fachlicher Bedeutung, psychotherapeutische Arbeit im Krankenhaus definitorisch zu umschreiben. Darüber

hinaus brachte diese Arbeit eine österreichweite Vernetzung und Kooperation klinisch Tätiger mit sich, die für die weitere Umsetzungsarbeit und Diskussionen mit den zuständigen Politikern und Behörden ungeheuer hilfreich sein wird.



*Dr. Jutta Fiegl
1. stv. Vorsitzende des WLP
Rosenburgenstraße 8/3/7
A-1010 Wien*

F. Fehlinger

Liste der Supervisorinnen und Supervisoren des ÖBVP

Die Erhebung der Arbeitsschwerpunkte von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen der Arbeit am „Handbuch für Psychotherapie“ (Stumm, Brandl-Nebehay und Fehlinger, 1996) hat unter anderem ergeben, daß 1.100 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich supervisorisch tätig sind. Der Arbeitsschwerpunkt Supervision wurde von mehr als einem Drittel der Antwortenden gewählt, obwohl maximal drei Schwerpunkte angekreuzt werden konnten.

Eine von der Bundeskonferenz am 18. Februar 1995 beauftragte Arbeitsgruppe im ÖBVP hat 574 ÖBVP-Mitglieder letztes Jahr (1996) nach folgenden Kriterien als Supervisorinnen und Supervisoren anerkannt.

Wer auf die Supervisorinnen/innen-Liste des ÖBVP wollte, mußte in die Psychotherapeuten-Liste des BMfGK eingetragen worden sein und mindestens fünf Jahre psychotherapeutisch tätig gewesen sein. Er/sie mußte in den letzten fünf Jahren nachweislich mindestens 250 Stunden supervisorisch gearbeitet haben und dies im Ausmaß von

50 Stunden in den letzten fünf Jahren reflektiert haben. Erhoben wurden des weiteren die Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Bereich Supervision, die Berufserfahrung und Feldkompetenz und in welchen Arbeitsbereichen er/sie Supervision anbietet.

Aufgrund dieser Evaluation kann der ÖBVP in Österreich auf die *umfangreichste* Liste von *erfahrenen* Supervisorinnen und Supervisoren verweisen. Die Erfahrung dieser Personen in der Supervision beruht vor allem auf der langjährigen praktischen Tätigkeit. Einerseits in verschiedenen Arbeitsfeldern selbst, andererseits in der Spezialisierung gerade der Methode der Supervision in ihren vielfältigen Formen, je nach Setting als Einzel- oder Gruppensupervision, in ihren inhaltlichen Unterschieden als Fallsupervision, Organisations-supervision, Team- oder Abteilungssupervision, oder in ihren unterschiedlichen Ansätzen, als systemische Supervision, Gestalt-supervision, analytische Supervision usw.

Es ist aber auch kein Geheimnis, daß es in Österreich noch ca. zwanzig

andere Listen mit Supervisorinnen und Supervisoren gibt, nachdem es fast zwanzig Ausbildungseinrichtungen für Supervision gibt und jeder Ausbildungsverein die Liste seiner Absolventen/innen und Lehrsupervisoren/innen bewirbt. Der größte Zusammenschluß von Supervisorinnen und Supervisoren – abgesehen vom ÖBVP –, die Österreichische Vereinigung für Supervision (ÖVS, Vorsitzende: Mag. Gotthardt-Lorenz und Wolfgang Schüers), bemühen sich seit einigen Jahren, Supervisionstätigkeit als eigenständigen Beruf zu verankern.

Dem ÖBVP scheint dieser Versuch allerdings weder fachlich sinnvoll noch politisch zielführend zu sein.

Fachlich deshalb nicht, weil Supervisionsaufträge im (wirtschaftlichen, psychosozialen, medizinischen, usw.) Feld von den Supervisorinnen und Supervisoren neben der methodischen die sogenannte „Feld“-Kompetenz erfordert. Die Supervisorin bzw. den Supervisor, die in allen Feldern gleichermaßen erfahren und für alle Kundengruppen gleich geeignet sind, sehen wir nicht. Es gibt auch wenige, die ihr gesamtes Einkommen aus supervisorischer Tätigkeit beziehen. Auch aus psychohygienischen Gründen scheinen uns Misch Tätigkeiten (Supervision, Psychotherapie, Training, Vortragstätigkeit etc.) langfristig weniger auszehrend zu sein.

Politisch geht der Trend derzeit nicht in die Richtung eines Gesetzes, das die Supervisorin/den Supervisor als Beruf faßt. Vielmehr beobachten wir beispielsweise als politischen Trend, wie im Bereich der Gewerbeordnung im ersten Halbjahr 1997, den Versuch, Zugänge zu beratenden Berufen zu liberalisieren. Eine der Aus-

wirkungen wird sein, daß erfahrene Vertreter/innen einer Berufsgruppe (Sozialarbeiter/in, Arzt/Ärztin, Krankenschwester, Lehrer/in etc.) mit der Aneignung der entsprechenden methodischen Kompetenz den weniger erfahrenen Kolleginnen und Kollegen als Supervisor/in nützlich sein kann. Unserer Meinung nach ist es kein Zufall, daß viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten supervisorisch tätig sind. Wir haben alle eine oder mehrere Grundausbildungen gehabt oder einen oder mehrere Grundberufe ausgeübt, sei es als Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin, Sozialarbeiter/in, Krankenschwester/pfleger, Theologe/Theologin, Techniker/in, Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler/in, Jurist/in usw. Darauf aufbauend haben wir Kompetenz in der Beobachtung intrapsychischer und interaktioneller sozialer Prozesse durch eine oder mehrere Psychotherapieausbildungen aufgebaut und soviel Selbstreflexion gesucht, wie kaum ein anderer Berufsstand. Wir haben uns darüber Theorien gebildet und die methodische Kompetenz für die supervisorische Tätigkeit ausgebildet (Gruppendynamik, Moderationstechnik ...). Und wir haben eine psychotherapeutische Grundhaltung in Form eines Menschenbildes und ethischer Normen (z.B. die strengste Schweigepflicht) ausgebildet, die sich auch in der supervisorischen Tätigkeit als sehr sinnvoll erwiesen hat.

Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erheben aber keinen Anspruch, die einzigen brauchbaren Supervisoren/innen zu sein. Supervision ist ein freies Feld. Wie schnell aber der Ruf und damit die Wirksamkeit von Supervision etwa in

einer Organisation zerstört sein kann, zeigen Beispiele wie die ehemalige Arbeitsmarktverwaltung, die Mitarbeiter/innen durch in der AMV angestellte Psychologen supervidieren ließ. Nach einigen Jahren wollte niemand von den Mitarbeitern/innen mehr an Supervisionsgruppen teilnehmen, weil interne Supervisoren/innen auf Dauer nicht in der Lage sind, das Spannungsfeld zwischen Dienstaufträgen und Supervisionsaufträgen auszubalancieren. Es bedurfte jahrelanger vertrauensbildender Arbeit einer Gruppe von etwa 20 externen Psychotherapeuten/innen unter einer externen Projektleitung, Supervision als ein Instrument zur Reflexion beruflichen Handelns in diesem Unternehmen wieder salonfähig und die Nützlichkeit von Supervision erfahrbar zu machen.

Der ÖBVP hat sich mit der Herausgabe der Liste erfahrener psychotherapeutischer Supervisorinnen und Supervisoren auch die Aufgabe gestellt, Qualitätsmanagement für Supervision zu betreiben. Wir empfehlen die weitere Ausbildung methodischer Kompetenz, wir fördern Beiträge zur Theoriebildung und wir werden den Erfahrungsaustausch über Veranstaltungen und Symposien organisieren.

Ganz besonderes Augenmerk möchten wir darauf legen, daß Überlegungen zur Produkthaftung normativ verankert werden, d.h., daß Supervisorinnen und Supervisoren für ihr Produkt, die supervisorische Tätigkeit, zur Verantwortung gezogen werden können.

*Mag. Friedrich Fehlinger
Präsident des ÖBVP*

Informationsabend zur Psychotherapieausbildung

Aufgrund der großen Nachfrage bietet der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie für Personen, die an einer Ausbildung zum/zur Psychotherapeuten/in interessiert sind, Informationsabende an.

Termine: Donnerstag, 24. April 1997, 20.00 Uhr; Donnerstag, 22. Mai 1997, 20.00 Uhr.

Ort: ÖBVP-Büro, Rosenbursenstrasse 8/3/7, 1010 Wien.

Referent: Dr. Christian Korbel (Präsident des ÖBVP, zuständig für Ausbildungsbelange).

Überblick über die geplanten Themen

Information über Psychotherapieausbildung allgemein, Propädeutikumseinrichtungen, fachspezifische Ausbildungseinrichtungen, gesetzliche Bestimmungen, Zugangsbestimmun-

gen, Berufsaussichten und alle Ihre Fragen.

Diese Informationsabende sind eine Leistung des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie; die Teilnahme ist kostenfrei.

Wenn Sie an einem dieser Infoabende teilnehmen möchten, bitten wir um Ihre schriftliche bzw. telefonische Anmeldung im Sekretariat, Tel. 513 17 301.

S. N. Madu

Psychotherapie im Förderpflegeheim

Zusammenfassung

Psychotherapie (bei geistig und mehrfachbehinderten Erwachsenen) im Förderpflegeheim ist möglich. Jeder Mensch, ob geistig behindert oder nicht, hat ein Wachstumspotential, strebt nach Selbstverwirklichung und Sinnhaftigkeit und kann der Initiator seiner eigenen Entwicklung sein. Der Therapeut muß aber eklektisch und heilpädagogisch arbeiten können, flexibel, methodenvielfältig und therapeutisch optimistisch sein. In einer Ich-Du-Beziehung zwischen Therapeut und Klient muß die Therapie spielerisch, langsam, das Problem Schritt für Schritt angehen und dem Klienten belohnend (als Motivation) verlaufen. Eine kooperative Atmosphäre zwischen den Therapeuten und anderen Berufsgruppen (wie Pflegepersonal und Ärzte) ist auch unentbehrlich.

Einführung

Seit 1994 biete ich Psychotherapie als einen Arbeitsschwerpunkt im Förderpflegeheim Therapiezentrum Ybbs an der Donau, Österreich, an. Das Förderpflegeheim (FPH) besteht aus (Stand 1995) 6 Stationen und 3 Wohngruppen mit ca. 135 erwachsenen Bewohnern und Bewohnerinnen, die geistig und/oder mehrfach behindert sind. Das Betreuungspersonal besteht aus (im Durchschnitt) 2 Ärztinnen, 2 Psychologen/Psychotherapeuten, 2 Sozialarbeiterinnen, 1 Musiktherapeutin und ca. 120 Pflägern und Pflägerinnen.

Unter Psychotherapie versteht man alle Formen der psychologischen Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen und Erkrankungen. Einige dieser Formen sind: Gesprächstherapie, Psychoanalyse, Familientherapie, Gruppentherapie, Gestalttherapie und Verhaltenstherapie.

Jede dieser Therapieformen hat eigene Methoden und Prinzipien. Zum Beispiel die Gesprächstherapie (Rogers, 1973; Rogers und Schmidt, 1991), in der ich besonders ausgebildet wurde, wird auf der Grundlage eines Gespräches durchgeführt. Sie ist jene Form von Psychotherapie, bei der das Verhalten des Therapeuten durch

Echtheit, nicht an Bedingung gebundene Akzeptanz des Klienten und Empathie gekennzeichnet ist, und bei der dem Klienten in nichtdirektiver Weise durch Verbalisierung von emotionalen Erlebnissen oder Konfrontation mit eigenen Widersprüchen die Fähigkeit zur Aussprache und eigenverantwortlichen Lösungen von Problemen sowie wachsendes Selbstgefühl vermittelt werden soll. Verhaltenstherapie (Levis) hingegen ist eine direkte Therapiemethode, bei der das Verhalten des Klienten als Funktion einer bestandenen Situation verstanden und problemorientiert behandelt wird.

Solche Therapietechniken als Systematische Desensibilisierung, Operante Konditionierung, Expositionsbehandlung und Reattribution werden bei der Verhaltenstherapie angewendet.

Meine psychotherapeutischen Tätigkeiten

Grundprinzipien

Psychotherapie bei geistig und mehrfach behinderten Erwachsenen (Gaedt, 1987; Grörres und Hansen, 1991; Henniscke und Rotthaus, 1993) ist nicht dasselbe wie Psychotherapie bei Nichtbehinderten. Das Diskussionsniveau, die Therapiemethoden und die Dauer sind anders. Psychotherapie bei geistig und mehrfach behinderten Erwachsenen ist eher ähnlich der Psychotherapie von Kindern (Müller-Hohagen, 1993). Sie muß spielerisch, langsam, das Problem Schritt für Schritt angehend und belohnend (als Motivation) sein. Der Therapeut sollte auch eklektisch arbeiten können (Färber, 1983), d.h., er muß bereit sein, psychotherapeutische Methoden anzuwenden, wo und wann es nötig ist. Er muß methodenvielfältig und therapeutisch optimistisch sein. Er muß auch heilpädagogische Ansätze (Oy und Sagi, 1995) anwenden können.

Auswahl der Bewohner des Pflegeheims

Die Bewohner und Bewohnerinnen des Pflegeheims werden vom zustän-

digen Psychotherapeuten gemeinsam mit der zuständigen Ärztin und dem Pflegepersonal ausgesucht. Die Kriterien sind vorhandene emotionelle Störung und die Fähigkeit, bei der für sie erst zu entwickelnden Psychotherapie-Programme mitzumachen.

Einzeltherapie

1. Die Vorbereitung: Vor jeder Therapiestunde muß ich mich darauf vorbereiten. Das Setting im Therapiezimmer muß für den Bewohner und auch für mich passen. Zum Beispiel: Für die Bewohner, die im Rollstuhl sitzen, müssen die Sessel, die Tische und die Spielzeuge anders gestellt werden. Die Gegenstände, die man in der vergangenen Stunde verwendet hat, müssen aufgeräumt werden, und neues Spielzeug, das der Bewohner gern hat, muß vorbereitet werden. Falls ich mit den Bewohner aus dem Haus gehe, muß ich mich auch dem Wetter entsprechend anziehen.

2. Das Abholen und Zurückbringen der Bewohner: Ich hole den Bewohner von der Station persönlich ab und bringe ihn nach der Therapiestunde wieder zurück. Das gibt dem Bewohner das Gefühl, wichtig zu sein, bevorzugt zu sein und gemocht zu werden bzw. beliebt zu sein. Das allein und auch, Ort oder Milieu zu wechseln, kann in sich therapeutisch wirken.

3. Im Therapiezimmer: Hinter der verschlossenen Therapietür passiert dann folgendes:

a) Spiele mit Spielzeugen und Puppen (Axline, 1947). Spiele werden verwendet, um den Bewohner zu disponieren und zu motivieren. Ohne Spiele wird die Stunde langweilig, und die Therapie würde nur sehr kurz dauern.

b) Während der Spiele ist nun Zeit, psychotherapeutische Elemente ganz bewußt einzubringen, dem Bewohner intensive Zuwendung und Aufmerksamkeit zu schenken, das freie Ausdrücken der Gefühle des Bewohners zu ermöglichen und zu gestalten, die Emotionen des Bewohners zu provozieren, zu verstärken oder abzulehnen, Diskussion und Reflexion über erwünschte und unerwünschte Gewohnheiten des Bewohners zu ermöglichen, den Bewohner mit eigenen Schwierigkeiten fertig werden oder umgehen lassen und Empathie.

Alles, was wichtig für den Bewohner ist, hat dort Platz. Wichtig zu betonen ist, daß nur kleine Fortschritte nach vielen Therapiestunden möglich und auch zu erwarten sind. Bei manchem Bewohner sind die Probleme schon so langjährig und chronisch, daß der Therapeut nur Bezugs- und Begleitperson sein kann zur Erreichung einer stabilen Ich-Identität.

c) Zeichnen, Malen (und manchmal auch Schreiben) (Haug und Keuchel, 1984). Einige Bewohner zeichnen oder malen gern. Im Sinne der Heilpädagogik kann das alles heilsam sein. Einige Emotionen werden mittels Zeichnen und Malen ausgedrückt. Solche Emotionen und Gefühle werden dann angesprochen und verarbeitet (soweit es mit dem Bewohner möglich ist).

d) Belohnung: Nach jeder Therapiestunde wird der Bewohner z. B. mit Süßigkeiten belohnt (nach dem Prinzip der Operanten Konditionierung) (Levis).

4. Der sogenannte „Spaziergang“: Für die Bewohner, die nicht sprechen und/oder spielen können, und jene, die isoliert sind, muß die Therapiestunde anders verlaufen (Theunissen, 1994), z.B. mittels „Spaziergang“ oder „Stadtausgang“. Während der Zeit wird nicht nur spazieren gegangen, sondern ganz bewußt folgendes gefördert:

- Heilung durch Milieu-Veränderung;
- manche Emotionen (wie Aggressionen) und zu viel Energien abzubauen;
- die Umwelt außerhalb des Hauses wahrzunehmen und genießen zu können;
- aufgetauchte Reize gleich wahrzunehmen und zu verarbeiten (wo notwendig);
- non-verbale Kommunikation zu üben oder zu ermöglichen;
- die Orientierung innerhalb und außerhalb des Hauses zu verbessern.

Gruppentherapie (Berne, 1964)

Die Gruppentherapiestunde ist eine Gelegenheit für die Bewohner:

- ihre „non-sense“ in der Gruppe aussprechen zu können und dabei ernstgenommen zu werden;

- einander Zuwendung zu schenken und auch zu fördern;
- Rivalität untereinander zu verarbeiten;
- einander besser zu akzeptieren;
- Erlebnisse in den Stationen bzw. Wohngruppen (Beschwerden, Wünsche und Träume) zu erzählen, auszudiskutieren und zu verarbeiten;
- um die Bewohner zu motivieren und zu belohnen, bekommen sie zum Schluß Mehlspeise und/oder Kaffee.

Dokumentation

Ich führe für mich eine ausführliche Dokumentation des Therapieverlaufs. Ich bemühe mich auch in dem IBO-Dokumentationssystem jene Information festzuhalten, die ich als wichtig für das therapeutische Team erachte. Dies gilt sowohl für Einzelsitzungen als auch für Gruppentherapiestunden.

Kooperation

Für die effektive Durchführung der Psychotherapie im FPH ist weiterhin die Kooperation mit dem Pflegepersonal und den Ärzten für mich außerordentlich wichtig.

Literatur

Rogers CR (1973) Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Klett, Stuttgart

Rogers CR, Schmidt PF (1991) Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Grünewald, Mainz

Levis DJ (ed) Learning approaches to therapeutic behavior change. Aldine, New York

Gaedt C (Hrsg) (1987) Psychotherapie bei geistig Behinderten. Neuerkeröder Beiträge, Neuerkerode

Grörres S, Hansen G (Hrsg) (1991) Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Klinikhardt, Bad Heilbrunn

Hennicke K, Rotthaus W (Hrsg) (1993) Psychotherapie und Geistige Behinderung. Verlag modernes Lernen, Dortmund

Müller-Hohagen J (1993) Psychotherapie mit behinderten Kindern. Asanger, Heidelberg

Färber H (1983) Integrative Therapie mit geistig und psychisch behinderten Kindern und Jugendlichen. Verlag modernes Lernen, Dortmund

Oy M, Sagi A (1995) Lehrbuch der heilpädagogischen Übungsbehandlung. 10. Aufl. Heidelberg

Axliner V (1947) Play therapy. Houghton Mifflin, Boston

Haug C, Keuchel B (1984) Lesen, Schreiben und Rechnen mit geistig Behinderten. Jugend und Volk, Wien

Theunissen G (1994) Abgeschoben, isoliert, vergessen – schwerstgeistig und mehrfachbehinderte Menschen in der Anstalt. Frankfurt

Berne E (1964) Principles of Group Treatment. Oxford Univ Press, New York

*Dr. Sylvester N. Madu
Psychotherapeut, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe
Psychologe in Therapiezentrum Ybbs/Donau, Österreich
Lehraufträge: Universität Wien*

F. Baldinger

Information zur Umsatzsteuer

Umfang der Steuerbefreiung

Gemäß § 6 Abs 1 Z 19 iVm § 29 Abs 2 Z 5 UStG 1994 sind die Umsätze aus der Tätigkeit als Psychotherapeut/in ab dem 1. 1. 1997 steuerbefreit. Kann daraus geschlossen werden, daß alle Tätigkeiten eines Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin steuerbefreit sind?

Diese Frage ist in erster Linie durch das Berufsrecht der Psychotherapeuten/innen zu beantworten. Falls die

konkrete Tätigkeit der im § 1 Abs 1 Psychotherapiegesetz festgelegten Berufsumschreibung in vollem Umfang entspricht, dann ist sie steuerbefreit. Im Mittelpunkt der Psychotherapie steht die „Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszustände mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten“.

peuten.“ Daraus geht unzweifelhaft hervor, daß auch die psychotherapeutische Supervision und die Lehrtherapie umsatzsteuerbefreit sind. Weiters gehört auch die Ausstellung von psychotherapeutischen Zeugnissen und die Erstellung von psychotherapeutischen Gutachten zur Berufstätigkeit als Psychotherapeut.

Verrichten Psychotherapeuten Tätigkeiten, bei denen es zu keiner Interaktion mit den Behandelten kommt, kann steuerlich nicht mehr von einer unmittelbaren Berufsausübung gesprochen werden. In diesen Fällen besteht weiterhin Umsatzsteuerpflicht. Dazu gehören beispielsweise folgende Tätigkeiten:

- die schriftstellerische Tätigkeit, auch wenn es sich dabei um Berichte in Fachzeitschriften handelt;
- die Chefredaktionstätigkeit bei psychotherapeutischen Fachzeitschriften;
- die Vortragstätigkeit, auch wenn der Vortrag von Psychotherapeuten im Rahmen der Fortbildung (Fachkongresse) gehalten wird;
- die Mitarbeit in Rundfunk- und Fernsehsendungen zu psychotherapeutischen Themen;
- die Konsulententätigkeiten in Fachbeiträgen.

Leistungsabgrenzung zum 31. 12. 1996

Psychotherapeutische Leistungen, die bis einschließlich 31. 12. 1996 erbracht wurden, unterliegen der Umsatzsteuerpflicht. Erst die ab dem 1. 1. 1997

erbrachten Leistungen sind umsatzsteuerfrei. Es kommt somit weder auf den Zeitpunkt der Rechnungslegung noch auf den Zeitpunkt der Vereinbarung des Honorars an.

Hat ein Psychotherapeut vor dem 1. 1. 1997 Anzahlungen für Leistungen erhalten, die nach dem 31. 12. 1996 erbracht werden, so ist auf diese Honorare bereits die ab dem 1. 1. 1997 geltende Steuerbefreiung anzuwenden. Hat ein Psychotherapeut nach dem 31. 12. 1996 Honorare für Leistungen, die vor dem 1. 1. 1997 erbracht wurden, erhalten, so sind diese Honorare noch der Umsatzsteuer zu unterziehen.

Nach denselben Grundsätzen ist bei der Prüfung der Frage, ob die Berechtigung zum Vorsteuerabzug besteht, vorzugehen. Maßgebend sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Leistungserbringung an den Psychotherapeuten. Wurde z.B. noch vor dem 1. 1. 1997 ein Einrichtungsgegenstand oder Computer geliefert und wurden diese noch vor dem 1. 1. 1997 in Betrieb genommen, so ist der Psychotherapeut auch dann noch zum Vorsteuerabzug berechtigt, wenn er die Rechnung erst nach dem 31. 12. 1996 erhält.

*Mag. Friedrich Baldinger
Wirtschaftsprüfer und Steuerberater*

Leserbrief

Werte MitarbeiterInnen des ÖBVP!

Ausschlaggebend für diesen Brief an Sie war der gestrige Vortrag von Léon Wurmser bei uns in Salzburg, wo er klar auf die bedrohliche Zuspitzung der Lage der Psychotherapie/-analyse in den USA hinwies und der Meinung war, diese werde ebenso in ein paar Jahren zu uns nach Österreich herüberkommen. Eine Entwicklung, die geprägt ist von wirtschaftlichen Interessen, Leistungseffizienz, schnellstmöglichem Geradebiegen von für das herrschende Gesellschaftsklima unbrauchbar Gestrauchelten, usw. Also eine Ein- und Unterordnung an den offiziellen Dogmenkatalog eines rei-

bungslos funktionierenden „globalvillage“. Wie schön! Genau deshalb möchte ich wieder als Mitglied ab dem 1. 1. 1997 in der einzigen offiziellen Bundesvertretung aller Psychotherapeuten geführt werden. Vielleicht dämmert für uns Therapeuten Arbeit genau gegen diesen „mainstream“ herauf?

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. Gerald Gruber
Psychotherapeut
Analytiker (C. G. Jung)
Pröllhofstraße 863
A-5411 Oberalm
Tel. 06245/81212*

Ausbildung – Fortbildung – Weiterbildung

Ch. Köhler

Forschungspreis der GWG

Seit ihrem 25jährigen Bestehen vergibt die GwG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.) erstmalig einen Forschungspreis zur Förderung junger Wissenschaftler/innen im Bereich der psychologischen Interventionsforschung. Jährlich soll eine Forschungsarbeit mit einem Preis von DM 6.000,- ausgezeichnet werden. Bis zum 31. März jeden Jahres sind die Forschungsarbeiten an den Vorstand der GwG, Bundesgeschäftsstelle, Richard-Wagner-Straße 12, D-50674 Köln einzureichen. Sowohl eine Selbstnominierung als auch die Nominierung durch Hochschullehrer/innen ist möglich.

Schwerpunkt der wissenschaftlichen Arbeit sollen psychologische Interventionen sein. Zudem soll die Arbeit innerhalb von 10 Jahren nach dem Diplom- bzw. Staatsexamen o.ä. Prüfungen fertiggestellt sein. Kriterien für die Nominierung der Arbeiten sind:

- theoretische Explikation;
- die Güte des Untersuchungsplans;
- Beachten und Lösen methodologischer Probleme;
- Eigenständigkeit;
- Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf den Stand der Forschung;
- Bedeutung für das klientenzentrierte Konzept.

Der Preis kann geteilt vergeben werden. Bei Arbeiten von mehreren Autorinnen und Autoren muß der Anteil der einzelnen Personen bezüglich Konzeptualisierung, Durchführung, Interpretation und schriftliche Abfassung explizit dokumentiert sein. Dem Antrag sind in zweifacher Ausführung Lebenslauf und Schriftenverzeichnis(se) beizufügen. Ferner wird die Mitteilung erbeten, ob die Arbeit bereits (und gegebenenfalls wo) publiziert ist, oder zur Veröffentlichung eingereicht wurde.

Die GwG e.V. ist in Europa der größte Fachverband für die Psychotherapie und Beratung mit insgesamt 7.500 Mitgliedern. Diese sind an Hochschulen, in eigener Praxis sowie auch als Angestellte anderer öffentlicher und freier Träger tätig. Die GwG befaßt sich mit der Förderung der seelischen Gesundheit auf der Grundlage des von Carl R. Rogers entwickelten personenzentrierten Ansatzes der Psychotherapie und Beratung (PZA). Sie ermöglicht einen intensiven Dialog zwischen der Praxis und der Wissenschaft zur Qualitätssicherung der gesprächspsychotherapeutischen Arbeit und in den anderen Anwendungsfeldern des PZA im Interesse der Patienten/innen und Klienten/innen. Weitere Aufgabenschwerpunkte der GwG sind Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Entwicklung, Erprobung und Evaluation neuer Curricula an der GwG Akademie in Köln.

Weitere Informationen: GwG-Bundesgeschäftsstelle, Frau Dr. Christiane Köhler, Richard-Wagner-Straße 12, D-50674 Köln, Tel. 0221/92 59 08-0, Fax 25 12 76

Ch. Korbel

Aktuelles zur Psychotherapieausbildung

Zweite Übergangsbestimmung

Die Möglichkeit, die Psychotherapieausbildung nach der zweiten Übergangsbestimmung § 26 Abs. 2 des PthG abzuschließen, endet am 31. 12. 1997. Anfang 1997 war noch nicht klar, was dies für diejenigen Kandidatinnen und Kandidaten der zweiten Übergangsbestimmung bedeutet, denen es nicht möglich ist, ihre

Ausbildung bis zum 31. 12. 1997 abzuschließen. So war z.B. nicht klar, wieweit bisher geleistete Ausbildungsschritte auch nach 1997 für die fachspezifische Ausbildung angerechnet werden können. Auch war nicht sicher, wieweit die Bezeichnung „Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision“ nach 1997 auch ohne abgeschlossenes Propädeutikum weiter geführt werden

darf. Ich wandte mich in dieser Angelegenheit nochmals an das BM für Gesundheit und Konsumentenschutz und erhielt folgende detaillierte Stellungnahme:

Betrifft: § 26 Abs. 2 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990

Das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz bezieht sich auf die Anfrage des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie über die weitere Vorgangsweise nach dem Auslaufen der sogenannten zweiten Übergangsbestimmung im § 26 Abs. 2 des Psycho-

therapiegesetzes und hält dazu folgendes fest:

1. Ausgangslage

Gemäß § 26 Abs. 2 des Psychotherapiegesetzes hat der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz nach Anhörung des Psychotherapiebeirates bis längstens 30. Juni 1998 auch jene Personen in die Psychotherapeutenliste einzutragen, die u.a. bis längstens 1. Jänner 1992 eine Psychotherapieausbildung, die jener nach diesem Bundesgesetz gleichzuhalten ist, begonnen haben und *diese Ausbildung bis längstens 31. Dezember 1997 absolviert haben*.

Da derzeit nicht daran gedacht ist, diese Übergangsbestimmung (in der Folge: 2. ÜB) auf legislativem Weg zu ändern, stellt sich daher die Frage, wie in jenen Fällen umzugehen ist, wenn Personen ihre Ausbildung nicht bis 31. Dezember 1997 beendet haben werden.

2. Die weitere Vorgangsweise

2.1 Analogieschluß

Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß gemäß § 12 Z 1 leg.cit. unter der Voraussetzung der Gleichwertigkeit auf die für die Ausbildung zum Psychotherapeuten vorgesehene Dauer des psychotherapeutischen Propädeutikums gemäß § 3 leg.cit. oder auch des psychotherapeutischen Fachspezifikums gemäß § 6 leg.cit. vom Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz anlässlich der Eintragung in die Psychotherapeutenliste nach Anhörung des Psychotherapiebeirates im Ausland absolvierte Aus- oder Fortbildungszeiten anzurechnen sind.

Eine ausdrückliche Anrechenbarkeit von im Rahmen der 2. ÜB absolvierten Ausbildungszeiten auf das Propädeutikum oder auch das Fachspezifikum ist im Psychotherapiegesetz nicht vorgesehen.

Allerdings läßt sich aufgrund eines Größenschlusses argumentieren, daß, wenn bereits ausländische Ausbildungszeiten grundsätzlich bei Gleichwertigkeit anrechenbar sind, wohl auch inländische Ausbildungszeiten, in diesem Fall im Rahmen der 2. ÜB absolvierte Zeiten, anzurechnen sein werden.

Begleitend dazu wäre auf die analoge Bestimmung im § 9 Abs. 1 des

Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373, hinzuweisen, wonach im Inland absolvierte ärztliche Ausbildungszeiten sowie im Ausland absolvierte ärztliche Aus- oder Weiterbildungszeiten unter der Voraussetzung der Gleichwertigkeit auf die jeweils für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt oder für die ergänzende spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet eines Sonderfaches vorgesehene Dauer anzurechnen sind.

Das bedeutet, daß im Vergleich zum Ärztegesetz 1984 wohl auch im Rahmen des Psychotherapiegesetzes inländisch absolvierte Ausbildungszeiten bei Gleichwertigkeit anzurechnen sein werden.

2.2 Konsequenzen

Für Personen, die ihre Ausbildung nicht bis 31. Dezember 1997 beendet haben werden, kommt somit eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste nur noch nach den regulär vorgesehenen Eintragungsbestimmungen der §§ 17 und 18 des Psychotherapiegesetzes und daher nicht mehr aufgrund der Übergangsbestimmung des § 26 Abs. 2 leg.cit. in Frage.

Das bedeutet, daß diese Personen anlässlich ihres allfälligen Eintragsverfahrens als eine von mehreren Voraussetzungen jedenfalls die Absolvierung der regulären Ausbildung nach dem Psychotherapiegesetz (Absolvierung des Propädeutikums und des Fachspezifikums) durch jeweils entsprechende Abschlußzertifikate der anerkannten Ausbildungseinrichtungen für das Propädeutikum und des Fachspezifikums nachzuweisen haben werden.

Ausbildungskandidaten, die die Ausbildung nicht bis Ende 1997 absolviert haben werden und auf die daher die Übergangsbestimmung nicht mehr anzuwenden ist, haben somit ab dem 1. Jänner 1998 gemäß den gesetzlichen Bestimmungen unter Berücksichtigung der stufenförmigen Ausbildung in zeitlicher Abfolge zunächst den Abschluß des Propädeutikums und anschließend den Abschluß ihrer fachspezifischen Ausbildung zwingenderweise in einer der anerkannten Ausbildungseinrichtungen für das Fachspezifikum nachzuweisen.

2.3 Anrechnungsmodell

Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Anrechnung im vorgeschlagenen Sinne ist die Vorlage einer Bestätigung durch die fachspezifische Ausbildungseinrichtung, aus der hervorgeht, daß die Psychotherapieausbildung vor dem 1. Jänner 1992 begonnen worden ist.

2.3.1 Anrechnung auf das Propädeutikum

Mögliche Anrechnungen auf das zu absolvierende Propädeutikum ergeben sich aus der bereits den anerkannten propädeutischen Ausbildungseinrichtungen vorliegenden Anrechnungsrichtlinie, die ausführlich auf die verschiedensten Anrechnungsmöglichkeiten im Propädeutikum eingeht, sodaß hier keine gesonderten Äußerungen notwendig sind.

In Ergänzung der bestehenden Anrechnungsrichtlinie wäre allerdings die Möglichkeit gegeben, daß eine propädeutische Ausbildungseinrichtung in Absprache mit einer fachspezifischen Ausbildungseinrichtung propädeutische Ausbildungsinhalte, die in Lehrveranstaltungen einer fachspezifischen Ausbildungseinrichtung vermittelt worden sind, als Leistungsnachweise ansieht, die jenen Ausbildungsinhalten und Ausbildungsschritten entsprechen, die gemäß dem Psychotherapiegesetz für die Absolvierung des psychotherapeutischen Propädeutikums vorgesehen sind.

Konkret könnte dies bedeuten, daß von der propädeutischen Ausbildungseinrichtung individuelle Leistungsnachweise akzeptiert werden, die von einer fachspezifischen Ausbildungseinrichtung ausgestellt worden sind, und aus denen die propädeutische Ausbildungseinrichtung entnehmen kann, daß bestimmte Ausbildungsinhalte angeeignet oder bestimmte Ausbildungsschritte gesetzt worden sind, die jenen Ausbildungsinhalten und Ausbildungsschritten entsprechen, die für die Absolvierung des psychotherapeutischen Propädeutikums vorgesehen sind.

Als Instrument der Anrechnung wäre auch die Möglichkeit von Dispensprüfungen zu nützen.

Zur Frage des praktischen Teils im Rahmen des Propädeutikums ist festzuhalten, daß

- Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung in der Dauer von zumindest 50 Stunden,
- das Praktikum in der Dauer von zumindest 480 Stunden sowie
- die begleitende Praktikums supervision in der Dauer von zumindest 20 Stunden nachgewiesen werden müssen.

Soweit allerdings ein Praktikum im Rahmen der fachspezifischen Ausbildung in der 2. ÜB absolviert worden ist, können über die Mindestdauer dieses Praktikums, die sich nach dem jeweiligen fachspezifischen Ausbildungscurriculum richtet und jedenfalls zumindest 550 Stunden aufweisen muß, hinausgehende Praktikumszeiten auf das Praktikum im Propädeutikum angerechnet werden. Dies unabhängig von den ohnedies bestehenden Anrechnungsmöglichkeiten nach der Anrechnungsrichtlinie (z.B. für bestimmte Berufsvorbildungen etc.). Zu ergänzen wäre in adäquater Art und Weise die nachbereitende Supervision.

Weiters ist darauf hinzuweisen, daß jedenfalls vor Beginn des Propädeutikums jene Personen, für die nicht die sonstigen Zugangsvoraussetzungen für das Propädeutikum gegeben sind, auch eine bescheidmäßige Zulassung zur Absolvierung des psychotherapeutischen Propädeutikums aufgrund ihrer Eignung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz einzuholen haben.

2.3.2 Anrechnung auf das Fachspezifikum

Mögliche Anrechnungen auf das zu absolvierende Fachspezifikum ergeben sich ebenfalls aus der genannten

Anrechnungsrichtlinie, die den anerkannten fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen vorliegt und ausführlich auf die verschiedensten Anrechnungsmöglichkeiten im Fachspezifikum eingeht, sodaß auch hier keine gesonderten Äußerungen notwendig sind.

Zu berücksichtigen ist ferner, daß eine Anrechnung der bisherigen fachspezifischen Ausbildung nur auf das vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz für die jeweilige fachspezifische Ausbildungseinrichtung genehmigte fachspezifische Ausbildungscurriculum möglich ist.

Sofern sich aufgrund der Anrechnung bisher absolvierter Ausbildungsschritte eine Differenz zum regulären Ausbildungscurriculum der fachspezifischen Ausbildungseinrichtung ergeben sollte, sind entsprechende Ergänzungen durchzuführen.

Seitens der fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen ist weiters auf die Vermeidung von Doppelanrechnungen, d.h., Ausbildungsinhalte sind bereits auf Inhalte des Propädeutikums angerechnet worden und können daher nicht nochmals auch für das Fachspezifikum angerechnet werden, zu achten.

Ferner ist darauf hinzuweisen, daß jedenfalls vor Beginn des Fachspezifikums jene Personen, für die nicht die sonstigen Zugangsvoraussetzungen für das Fachspezifikum gegeben sind, auch eine bescheidmäßige Zulassung zur Absolvierung des psychotherapeutischen Fachspezifikums aufgrund ihrer Eignung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz einzuholen haben.

Soweit Personen bereits von anerkannten fachspezifischen Ausbil-

dungseinrichtungen im Rahmen der Übergangsbestimmungen durch eine Bestätigung als befähigt angesehen worden sind, psychotherapeutische Tätigkeiten mit verhaltensgestörten oder leidenden Personen unter begleitender Supervision im Rahmen der Ausbildung durchzuführen, dürfen diese Personen die Bezeichnung „Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision“ auch weiterhin führen, sofern sie sich auch tatsächlich in der regulären Psychotherapieausbildung befinden, um so eine bereits bestehende qualifizierte psychotherapeutische Versorgung von Patienten auch weiterhin aufrecht erhalten zu können.

22. Jänner 1997

Mit freundlichen Grüßen
Für die Bundesministerin
Kierein



*Dr. Christian Korbel
Präsidium des ÖBVP
Ausbildungsbelange*

*Österreichischer Bundesverband für
Psychotherapie (ÖBVP)
Rosenbursenstraße 8/3/7
A-1010 Wien
Tel. 513 17 301, Fax 512 70 91*

Aus dem Psychotherapiebeirat – Gesundheitsministerium

M. Kierein

Tätigkeitskatalog psychotherapeutischer Leistungen

Das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz erlaubt sich, im Hinblick auf die Auswirkungen der mit 1. Jänner 1997 in Kraft getretenen Umsatzsteuerbefreiung für Psychotherapeuten folgendes mitzuteilen:

Seit 1. Jänner 1991 stehen auf Grundlage des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, Psychotherapeuten als freie Gesundheitsberufe für die Versorgung bei psychischen Problemen zur Verfügung.

Der Umfang der psychotherapeutischen Berufsausübung ergibt sich dabei aus § 1 leg.cit.

Gemäß § 1 Abs. 1 leg.cit. ist die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.

Gemäß § 1 Abs. 2 leg.cit. besteht die selbständige Ausübung der Psychotherapie in der eigenverantwortlichen Ausführung der im Abs. 1 umschriebenen Tätigkeiten, unabhängig davon, ob diese Tätigkeiten freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses ausgeübt werden.

Folgende psychotherapeutische Leistungen werden auf dieser Grundlage von Psychotherapeuten insbesondere erbracht:

1. Psychotherapeutische Behandlung samt Krankenbehandlung einschließlich der Diagnostik und Indikation

Darunter fällt jedenfalls die Anwendung folgender, in Österreich anerkannter wissenschaftlich-psychotherapeutischer Methoden:

- Analytische Psychologie,
- Autogenes Training,
- Dynamische Gruppenpsychotherapie,
- Existenzanalyse und Logotherapie,
- Integrative Gestalttherapie,
- Gruppenpsychoanalyse,
- Gestalttheoretische Psychotherapie,
- Hypnose,
- Individualpsychologie,
- Katathym Imaginative Psychotherapie,
- Klientenzentrierte Psychotherapie,
- Personenzentrierte Psychotherapie,
- Psychoanalyse,
- Psychodrama,
- Systemische Familientherapie,
- Transaktionsanalytische Psychotherapie und
- Verhaltenstherapie.

2. Psychotherapeutische Beratung und Betreuung unter Anwendung wissenschaftlich-psychotherapeutischer Methoden

Darunter fallen insbesondere Maßnahmen der

- Ehe-, Partner-, Familien- und Erziehungsberatung,
- Sexualberatung,

- Schul- und Studentenberatung,
- Berufs- und Organisationsberatung,
- Drogen- und Suchtgiftberatung,
- Konfliktberatung (Mediation),
- Sozialhilfe,
- Lebenshilfe,
- Bewährungshilfe,
- AIDS-Hilfe,
- Altenbetreuung (Gerontopsychotherapie),
- begleitenden psychotherapeutischen Betreuung von Probanden in der Pharmaforschung,
- humangenetischen Beratung durch Psychotherapeuten gemäß § 69 Abs. 2 des Gentechnikgesetzes, BGBl. Nr. 510/1994, und
- psychotherapeutischen Betreuung gemäß §§ 5 Abs. 2 und 7 Abs. 2 des Fortpflanzungsmedizingesetzes, BGBl. Nr. 275/1992.

3. Psychotherapeutische Ausbildungstätigkeit gemäß §§ 3ff und 6ff des Psychotherapiegesetzes

Darunter fallen insbesondere die

- Vermittlung von Selbsterfahrung (Lehrtherapie, Lehranalyse, Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung) und
- begleitende Fallsupervision von Ausbildungskandidaten.

4. Maßnahmen der Persönlichkeitsentwicklung

Darunter fallen insbesondere die

- Vermittlung von Selbsterfahrung,
- Coaching,
- Schulungen von anderen Berufsgruppen in psychotherapeutischen Interventionstechniken (z.B. von Ärzten, diplomiertem Krankenpflegepersonal, Richtern, Flugpersonal, Sicherheitsbediensteten etc.),
- Supervision von Einzelpersonen und Gruppen, insbesondere die Supervision von Psychotherapeuten und von anderen Gesundheitsbe-

rufen (z.B. in Krankenanstalten gemäß § 11c des Bundes-Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957).

5. Fortbildung von Psychotherapeuten gemäß § 14 Abs. 1 des Psychotherapiegesetzes
6. Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation
7. Psychotherapeutische Befunde und Gutachten
8. Psychotherapeutische Forschung

Nicht vom Umfang der psychotherapeutischen Berufsausübung sind jedenfalls folgende Leistungen erfaßt:

1. Lehrtätigkeiten an Universitäten und Schulen, soweit es sich nicht um Ausbildungstätigkeiten auf-

- grund des Psychotherapiegesetzes handelt,
2. Vortragstätigkeiten,
3. schriftstellerische Tätigkeiten,
4. Redaktionstätigkeiten in Fachzeitschriften,
5. Tätigkeiten in Rundfunk- und Fernsehsendungen,
6. Tätigkeiten in Fachbeiräten (z.B. Psychotherapiebeirat).

Für allfällige weitere Fragen steht das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz gerne zur Verfügung.

*Dr. Michael Kierein
Bundesministerium für Gesundheit
und Konsumentenschutz
Radetzkystraße 2, A-1030 Wien*

Ethik-Rubrik

Forum zur Diskussion berufsethischer Fragen

Ziel und Sinn dieser „Ethik-Rubrik“ ist 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.

A. von Heydwohlf und Th. Wenzel

Daten aus der Psychotherapie – auch bei uns bald eine Ware?

Ethische Brennpunkte der „Globalen Informationsgesellschaft“*

Zusammenfassung

Wir stehen an der Schwelle zur raschen und weitestgehenden Computerisierung von Dokumentation, Be-

fundmitteilung, Abrechnung und Kontrolle im Gesundheitswesen. Von der EU-Kommission unterstützt versucht die Industrie, transnational eine Chipkarten- Großtechnologie zusammen mit den ohnehin entstehenden lokalen und überregionalen medizinischen Computernetzwerken zu installieren. Die Chipkartentechnologie kann nicht mehr als sicher bezeichnet werden und verringert substantiell

die Kontrolle, die Patienten über ihre Daten haben. In den USA und in England sind persönliche Gesundheitsdaten bereits für Arbeitgeber, Versicherer, das Kreditgewerbe, die Werbe- und die Pharmaindustrie zur Handelsware geworden, und Patienten in den USA teilen daher oft nur noch das mit, von dem sie glauben, daß es der Diagnosefindung dient. Die spärliche deutschsprachige Diskussion über solche von der Computerisierung begünstigten Entwicklungen ist noch nicht einmal bis zur breiten Ärzteschaft durchgedrungen. Das Gewöhnen der Bevölkerung an Chip-Datenkarten kann überdies einen Weg hin zum Chip-Personalausweis oder -Reisepaß mit gespeichertem Fingerabdruck, Genprofil und Anbindung an Regierungsdatenbanken bahnen. Das wirft auch demokratiepolitische Fragen auf. Lohnend ist daher die Auseinandersetzung mit den von der britischen Ärztekammer erarbeiteten Prinzipien für „Sicherheit in klinischen Informationssystemen“, in denen eine technische Lösung ohne Chipkarten vertreten wird. Wir als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben die ethische Verantwortung, uns mit anderen gesellschaftlichen Gruppen unverzüglich für die bestmöglichen Computerlösungen zum Nutzen auch von unseren Patientinnen und Patienten einzusetzen. Dazu würde allgemein das Problematisieren des Themenbereichs bei den Entscheidungsträgern und auf breiter Ebene gehören. Speziell wäre Position zu beziehen, ob wir uns für den viel problematischeren Datenschutz bei Chipkarten aussprechen wollen oder – auch gegen zu erwartende Widerstände – für eine von den einzelnen technischen Optionen unabhängige, klare Sicherheitspolitik, bei der die Chipkarte nicht als ein Stück Sicherheits-Magie gesehen wird, das die öffentliche Akzeptanz von in Wirklichkeit unethischen Systemen sichern soll.

Vertrauen ist in Gefahr

An der globalen digitalisierten Verdichtung des Gesundheitswesens wird seit Jahren mit viel Einsatz gearbeitet. Wir diskutieren in den deutschsprachigen Ländern noch kaum die Herausforderungen, die in Form von Kommunikationsstrukturen, Beschlüssen, „Imple-

* Wir danken vielmals Dr. Ross Anderson, C.Math., C.Eng., Univ.-Doz. für Computer- und Kommunikationssicherheit, Computer Laboratory der University of Cambridge, England, für wesentliche Anregungen und Ergänzungen zu dieser Arbeit.

mentierungsstrategien“ und Pilotprojekten auch im Gesundheitsbereich bereits existieren. Da die Automatisierung die Möglichkeit menschlichen Irrtums *aus dem Stadium der Ausführung in das Stadium des Planens überträgt* (Stratton, zit. n. Virilio, 1980, S. 186; ebenso BSI, 1995, S. 99), wäre es naiv, bloß auf rechtliche Regelungen gegen Mißbräuche zu bauen. Diese laufen wirtschaftlichen und politischen Kräften zum Teil entgegen und den technischen Entwicklungen hinterher, und „Gerichtsurteile spiegeln mehr ein Versagen von technischer Vorausschau und Imagination wieder als eine bewußte Wahl von Werten“ (zit. n. „Big Brother Goes High-Tech“; s. Internet-Adresse [3]). Die Frage, wo zukünftig persönliche Gesundheitsdaten, auch aus Psychotherapien, digital gespeichert werden und an wen sie legal und illegal abfließen, wird in den USA und in England besonders seit 1995 intensiv diskutiert. Ein Pharmakonzern hat z.B. eine Versicherung gekauft und ist so zu Verordnungsdaten von 56 Mio. Personen gekommen. Die Firma will die Datenbank nach Patienten mit Depressionen, Schlafstörungen und Rückenschmerzen durchsuchen, um deren Ärzte dann zur Verschreibung des Antidepressivums Prozac zu veranlassen (zit. n. Internet-Adresse [4]). Beklagt wird vor allem in den USA, daß Patienten immer weniger Vertrauen in ihre Behandler haben, da sie immer weniger sicher sein können, ob nicht Versicherer, Arbeitgeber, Kreditschutzfirmen und andere Zugang zu dokumentierten Gesundheitsdaten finden werden. Noch ein Beispiel: Die amerikanische Kreditschutzfirma Equifax verband sich mit dem Telekommunikations-Giganten AT&T, um aggressiv in das Geschäft mit medizinischen Daten einzudringen. Das ist wiederum für Patienten in England bedeutsam, denn AT&T ist genau die Firma, die dort die Abrechnungen für den National Health Service macht. Für uns stellt sich die Frage, ob wir als österreichische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch bald mehr digitale Daten an die Krankenkassen und -versicherungen werden abliefern müssen. Wohin gehen jetzt schon und zukünftig die ICD-Diagnoseverschlüsselungen und wie werden diese mit weiteren Daten und unseren eigenen

Grunddaten von den Honorarnoten verknüpft (s.a. Piechotta und Karger, 1996)? Wieviel Vertrauen werden Patienten auch den Psychotherapeuten in einigen Jahren noch angesichts zunehmender technischer Bedrohungen des auf Hippokrates zurückgehenden Behandlungsgeheimnisses entgegenbringen? – Von unserer aktiven Beteiligung an der Diskussion um die neuen Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen kann es schließlich mit abhängen, welche Systeme es geben wird und wie die Chipkartentechnologie bewertet werden wird. Hier gilt es, sich über die technischen Optionen zu informieren und eine ethisch begründete Einstellung zu diesen zu finden. Weichenstellungen speziell in der Frage der Chipkarten mit Gesundheitsdaten dürften nach deren Einführung kaum mehr möglich sein. Insofern kommt der Frage, ob diese überhaupt gewünscht werden, allergrößte Bedeutung zu. Es liegt mit an uns allen, einzeln und auf Verbandsebene auf Entscheidungsträger so einzuwirken, daß besonders ungünstige Entwicklungen in den deutschsprachigen Ländern vielleicht noch abgelenkt werden können – für unsere Patienten und für uns alle als Patienten und Bürger.

Krankenakten in der Geldbörse

Chipkarten sind Plastikträger mit aufgebrachtem elektronischem Datenspeicherchip und in Europa bereits zig-millionenfach verbreitet, u.a. in Deutschland als Krankenversicherten- und Telefonwertkarten. In Eisenstadt wird ihre Akzeptanz als elektronisches Geld getestet. Der österreichische Nationalrat hat die Einführung von „Chipkarten statt Krankenschein“ nach deutschem Muster, also in der ersten Stufe nur mit Verwaltungsdaten, im November 1996 beschlossen. Die technisch versierte Form heißt „Smart Card“ und ist „ein portables Gerät, das über einen Mikroprozessor, einen Eingabe-, einen Ausgabekanal und einige KByte flüchtigen Speicher verfügt“ (Siyan und Hare 1995, S. 158). Gemischt optisch-elektronische Karten sind als digitale Patientenakten einsetzbar, denn sie können heute schon 4 Megabyte speichern. Das entspricht 2000 Seiten Text, 35 Röntgenbildern und

40 Ultraschallbildern. Sie werden von IBM/Bayer in Leverkusen (Deutschland) mit Gesundheitsdaten erprobt; in Florida werden ebenfalls 50.000 derartige Karten ausgegeben (zit. n. *PraxisComputer* 12, 3 [1996]: 28/30 und n. Internet-Adresse [3]). Politisch favorisiert werden allerdings zur Zeit Karten mit Grunddaten und gespeicherten Verweisen auf Patienteninformationen in Datenbanken in Krankenhäusern und Praxen. Umfangreiche deutschsprachige Publikationen zu Chipkarten im Gesundheitswesen liegen kritisch vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Danmayr et al., 1991), von Bertrand, Kuhlmann und Stark (1995) und in der Bewertung gemischt als Tagungsbericht vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (1995) vor. Anderson und Kuhn (1996, s. Internet-Adresse [9]) haben vor einigen Monaten dokumentiert, daß es keine Karten mehr gibt, an deren gespeicherte Informationen man nicht mit relativ einfachen Mitteln herankommt.

Der Vernetzungsboom

Einzelne Computer in Arztpraxen oder Wohnungen und auch Computersysteme in Krankenhäusern mit ihren Tastaturen und Bildschirmen („Terminals“) können zu „Netzwerken“ zusammengeschlossen („vernetzt“) werden. Dies geschieht, indem geeignete Programme in den Geräten die gegenseitige Datenübertragung durch Telefonleitungen (auch mit Satellitenübertragung) oder spezielle Datenleitungen (z.B. ISDN) ermöglichen. Das erste Netzwerk war von 1969 an das Arpanet, das in den USA Forschungszentren, militärische Einrichtungen und Universitäten verband. Es ging im Internet auf, das ab Mitte der 80er Jahre entstand und dessen explosionsartiges Wachstum wir erleben (Hafner und Markoff, 1992, S. 277ff). 1995 bestand das Internet aus über 30.000 einzelnen Netzwerken mit über 2,5 Millionen Rechnern wohl in fast allen Ländern der Erde (Siyan und Hare, 1995).

Mehr verkaufen und sparen

Zeitlich parallel zum Entstehen des Internet in den USA beschloß die

Europäische Gemeinschaft 1988 das Entwicklungs- und Forschungsprojekt „Advanced Informatics in Medicine“ (AIM), um die „Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Industrie für Informations- und Kommunikationstechnologien zu stärken“ und das „Kosten-Nutzen-Verhältnis von Dienstleistungen in der Medizin und im Gesundheitswesen zu verbessern“ (*woche im bundestag* 11/90). Das Projekt heißt inzwischen „Telematik“ bzw. „Telematics“ und wird bei einem Gesamtvolumen von 600 Mio. DM für 70 Einzelprojekte mit 250 Mio. DM von der EU-Kommission gefördert (*Deutsches Ärzteblatt* 93, 41 [1996]: B-2074). Europäische Pilotprojekte gibt es von Schweden bis Kreta.

Gesundheitsdatennetze – und schon gehören Daten dem Minister?

Aus AIM/Telematik ist auch das Anfang 1997 in Betrieb gehende neue Einzelnetzwerk „Deutsches Gesundheitsnetz“ hervorgegangen, das in einigen Merkmalen dem von der britischen Ärztekammer boykottierten Netz des National Health Service zu ähneln scheint. Bis Mitte 1998 soll es so abgesichert werden, daß Ärzte darin Patientendaten elektronisch übermitteln können (*Deutsches Ärzteblatt* 93, 49 [1996]: C-2260). Es dient aber auch der „direkte(n) Verbindung mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Der zeitnahe Abgleich der eigenen Daten mit der Kassenärztlichen Vereinigung wird helfen, die Praxisführung stärker zu rationalisieren ...“ (Bundesärztekammer et al., 1996). Übrigens gibt es tief vergraben in den Verträgen von vielen der Computersysteme, die in Großbritannien zusammen mit dem Netzwerk des National Health Service eingeführt wurden, eine Klausel, die besagt: „Alle persönlichen Gesundheitsinformationen in dieser Datenbank sind und bleiben das Eigentum des Gesundheitsministers.“ Ob die verstaatlichten Patientenakten wohl in der nächsten Budgetkrise an den Meistbieter verkauft werden?

Radikale Revolution für alle

Im Februar 1995 haben die G7-Staaten (die Gruppe der sieben am meisten industrialisierten Länder:

Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, USA, Kanada, Japan) auf einer Sondertagung in Brüssel das „Global Healthcare Applications Project“ (Globales Projekt für Anwendungen im Gesundheitswesen) mit sechs Unterprojekten vereinbart. Geplant sind u.a. ein „Global Public Healthcare Network“ und die internationale Harmonisierung von *Datenkarten* im Gesundheitswesen. Betont wird die „außergewöhnliche Wichtigkeit“ des Aufbaus der „Globalen Informationsgesellschaft“, dieser „Revolution im technischen und gesellschaftlichen Bereich“. „Jeder Aspekt der Gesellschaft wird radikal verändert werden (...)“ (zit. n. Internet-Adresse [6]). Aber wer baut eigentlich auf und wer redet dabei mit?

Unser Berufsfeld als „strategischer Bereich zur Implementierung“

Auf „Smart-Card Konferenzen“ in London und Frankfurt erklärte die Smart Card-Industrie im Jahr 1995, daß sich Telematik (d.h. stationäre Systeme mit medizinischen Daten und deren Übertragung) und Datenkarten (= Chipkarten, Smart Cards) ergänzten. Die Karte sei „der Zugang zum Netzwerk“. Patientendatenkarte und auch eine Karte für alle Ärzte („Health Professional Card“) seien „essentielle Elemente eines vernetzten Gesamtsystems“. Als „strategische Bereiche zur Implementierung“ werden genannt: administrative Karten (= Krankenversichertenkarte), „Health Professional Cards“ (s. Internet-Adresse [13]), Notfallkarten (ein Pseudoargument; Peissl [1994] hat dokumentiert, daß aus ärztlicher Sicht die Karte im Notfall irrelevant wäre), Spezialkarten (Diabetiker, Dialyse usw.). Alle solche Karten seien jedoch lediglich als „Teil eines Weges hin zu allgemeineren klinischen Karten“ zu sehen, da sich sonst die Kosten der Entwicklung einer Karteninfrastruktur nicht rechneten. Die Kartenindustrie strebt dazu auch „Übereinkünfte zwischen den Ärztekammern auf nationaler und europäischer Ebene“ an (zit. n. Internet-Adresse [6]). In Deutschland wird also auch die ambulante und stationäre Psychotherapie voll von dieser Entwicklung erfaßt werden, in Österreich

vermutlich zumindest die Psychotherapie in Spitälern.

„Zur Stärkung“: Chipkarten für den Osten

Die europäische Industrie (Siemens, Schlumberger, Gemplus, Bull) ist führend in der Kartentechnologie. US-Industrie, -Verteidigungsministerium und Veterans Administration verfolgen genau, was geschieht (zit. n. Internet-Adresse [8]). Gefördert von der EU-Kommission will die europäische Industrie auch zentral- und ost-europäische Entscheidungsträger mit Pilotprojekten so schnell wie möglich von den Vorzügen der Kartentechnologie überzeugen: „Der Gesundheitskartenmarkt ist ein neuer, im Entstehen begriffener Markt, der in Europa geboren wurde; die Entwicklung geht besonders schnell in Deutschland und Frankreich; eine Harmonisierung zwischen Japan, den USA und Kanada wird derzeit diskutiert. Eine enge Zusammenarbeit mit den CEE-Ländern (CEE = Central and Eastern Europe) würde die Position der EU auf diesem im Entstehen begriffenen Markt stärken“ (zit. n. Internet-Adresse [7]).

Überbürdung der Last der Datensicherung auf den Patienten

Der europäische Gesamtmarkt für Smart Cards wird für das Jahr 2000 auf 1,3 Mrd. US\$ geschätzt (s. Peissl, 1994). Die Schubkraft der globalen Wettbewerbsinteressen führt ohne eine jetzt zu führende Diskussion voraussehbar im Großteil Europas zur Installierung von medizinischen Netzwerken mit einer Kartentechnologie. Durch deren Sicherungsdatenbanken würde die Kontrolle der Patienten über ihre Daten in gefährlicher Weise untergraben. Wir hätten damit nämlich in wenigen Jahren auch in Europa lebensbegleitende elektronische Patientenakten („lifetime electronic patient record“) in Datenbanken. Alleine deren bloße Existenz würde schon zu massivem Druck in Richtung eines Zugangs von Dritten (Banken, Marketing, Rasterfahndung) zu diesen Daten führen. Lebensbegleitende Patientenakten existieren in den USA de facto bereits bei den Versicherungen, die sie als Aktivposten in der Firmenbilanz sehen und für weitere Geschäfte

verwenden (mit dem weiteren Effekt, daß sich Staatsanwaltschaften rascher als bei uns mit einstweiligen Verfügungen Zugang zu eben diesen Akten verschaffen). Karten würden neben vielen intimen und sensiblen Informationen Verweise auf weitere patientenbezogene Dateien z.B. in Krankenhäusern enthalten. Mehr als ein Passwort zur Sicherung aller Daten auf der Karte ist nicht zu erwarten, denn schon ca. 10% der Euroscheckkarten müssen wegen vergessener Geheimzahl gesperrt werden (pers. Mittlg. J. Kuhlmann). Jeder Leser hat Zugang zu allem, denn die Vergabe von differenzierten Zugangsrechten wäre zu aufwendig. Wer mag da seine Karte ins Lesegerät beim Betriebsarzt stecken? Und was folgt, wenn man diesem die Karte nicht geben mag? Überdies kann jeder Kartenchip geknackt werden (Anderson und Kuhn, 1996). Eine Stellungnahme der deutschen Datenschützer vom November 1995 zu Chipkarten im Gesundheitswesen hebt daher vor allem „sozialen Druck bei der Verwendung der Karte, Gefahr der Offenbarung medizinischer Daten“ und „Überbürdung der Last der Datensicherung auf den Patienten“ hervor (Datenschutzbeauftragte 1995; diese und weitere relevante Stellungnahmen sind unter Internet-Adressen [11, 12] zu finden). Die deutsche Bundesärztekammer sieht in ihrer Antwort an die Datenschützer hingegen keinen sozialen Druck zur Verwendung der freiwilligen Karte auf die Patienten zukommen und versucht, die Sicherungskopien der Karten aus der Definition der „zentralen Datensammlung“ auszuklammern (Bundesärztekammer, 1996). Wie die Gesundheitsdatenkarte freiwillig sein können soll, wenn zugleich eine „Einkartenlösung“ (Verwaltungs- und medizinische Daten zusammen auf einer Karte) favorisiert wird, bleibt allerdings das Geheimnis der Ärztekammer. Als schönen Kontrast dazu zitieren wir hier noch den Ärztekammerpräsidenten von Vorarlberg, Dr. Wöss (1997), zur Chipkarte im Gesundheitswesen: „Wir brauchen sie nicht.“

Chipkarten sind Datenbankkopien

Systeme mit Patientendatenkarten (= Chipkarten) können aber genauso gut als Datenbanken gesehen wer-

den, von denen der Patient eben auch eine Kopie ausgehändigt bekommt – mit den Datenkarten als einer Schöpfkelle, die neue Daten aus der Arztpraxis praktisch unvermeidbar in alle möglichen zentralen oder verschiedenen verknüpfbaren und damit logisch zentralisierbaren Datenbanken trägt (BSI, 1995, S 93). Wenn die Datenbanken, von denen aus z.B. verlorene Karten ersetzt werden, als „Sicherungskopien“ bezeichnet werden, so ist das zwar nicht falsch, aber zugleich ein Euphemismus für „Datenbanken“. Anzumerken ist, daß es den G7-Staaten u.a. für die Forschung dezidiert um globale Datenbanken mit medizinischen Befunden geht.

Persönliche Gesundheitsinformationen als Ware

In den USA und in Großbritannien gibt es um elektronische Patientenakten und medizinische Netzwerke besonders seit 1995 eine intensive Diskussion. Dabei wird die Öffentlichkeit einbezogen. Gut ein Viertel der US-Amerikaner haben einer Umfrage zufolge bereits Mißbrauch mit eigenen Gesundheitsdaten erlebt. Vierzig Prozent der Versicherer geben persönliche Gesundheitsinformationen an Arbeitgeber, Kreditgeber und Marketingfirmen weiter (Gostin et al., 1993, und Consumer Reports 1994, zit. n. Internet-Adresse [4]). Finanzbehörden und das FBI haben schon Datenbanken von Direkt-Marketing-Firmen gekauft und ihren Fahndungssystemen hinzugefügt (zit. n. Internet-Adresse [3]). Von den 500 größten US-Firmen haben mehr als die Hälfte einer Studie zufolge zugegeben, Gesundheitsinformationen der Angestellten bei Personalentscheidungen mitzuverwenden (zit.n. Internet-Adresse [2]). In England wurde Ende 1995 bekannt, daß zusammengefaßte Krankengeschichten aus dem National Health Service (NHS) binnen Stunden für 150 bis 800 Pfund über Detekteien zu erhalten waren, was zunehmend von Arbeitgebern in Anspruch genommen würde. Ein 1995 eingebrachter Gesetzentwurf in den USA hätte die Sammlung und Weitergabe von Patientendaten ohne Einwilligung der Patienten z.B. für Marketingzwecke gestattet. Ein Versicherer sagte offen, daß die Gesundheits-

daten von sieben Millionen Kunden ein wesentlicher Geschäftsfaktor seien, dessen freie Verwendung zur Erzielung von Einkünften man sich keinesfalls vom Gesetzgeber oder von anderen einschränken lassen wolle (alles zit. n. Internet-Adressen [2, 4]). Auch ein deutscher privater Krankenversicherer hat einen Absatz in den „Datenschuttermächtigungsklauseln“, nach dem „ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen“ „ggf. Gesundheitsdaten“ an den Versicherungsvermittler („auch Vermittlungsgesellschaften“) weitergegeben werden dürfen, natürlich nur im Rahmen geltender Gesetze. Es wurde auch berichtet, daß ein Banker, der in einer staatlichen Gesundheitskommission Zugang zu einem Krebsregister hatte, Bankdateien mit dem Register verglich und bei Krebspatienten Kredite zurückforderte (Hospital Risk Management 1993, zit. n. Internet-Adresse [4]). Das vom National Health Service 1995 in Betrieb genommene englische Computernetzwerk wird schließlich von der britischen Ärztekammer seit Ende 1995 boykottiert. Letzter Anstoß dazu war der Druck des technischen Geheimdienstes General Communications Headquarters auf den National Health Service, keine Verschlüsselungstechnologie einzusetzen (*EPIC Alert* 2.13 v. 30. 10. 95; Verschlüsselungstechnologie ist ein komplexes Thema – s. dazu Internet-Adressen [1, 3, 4]).

Verfolgung unter Mißbrauch von Gesundheitsdaten

Es ist anzumerken, daß Gesundheitsdaten, z.B. aus Chipkarten-Systemen, auch als Teil politischer Verfolgung mißbräuchlich einsetzbar sind. Das Spektrum – keineswegs als Innovation zu verstehen, sondern auf in anderen Bereichen gebräuchlichen Praktiken beruhend – könnte von der Möglichkeit zur Verfolgung von Personen über den Gebrauch der Karte (Feststellung des Aufenthaltsortes u.a.) bis hin zur gezielten Indiskretionen und Manipulationen reichen, um bei Behandlungen unliebsame Therapeuten und Patienten zu gefährden oder zu diffamieren. In vielen Ländern ist es schon jetzt auch für Psychotherapeuten gefährlich, Opfer staatlichen Gewaltmißbrauchs zu behandeln. Der Umsetzung der Phantasien in Realität

sind hier leider keine Grenzen gesetzt. Auch wenn solches in Mitteleuropa nicht zur Alltagswirklichkeit gehört, ist unsere Entscheidung für oder gegen bestimmte Prinzipien im Umgang mit Gesundheitsdaten auch klar und unvermeidlich ein Zeichen für andere, weniger liberale Länder.

Fingerabdruck, Steuernummer und Gencode auf der Menschen Card

Die beliebige Programmierbarkeit von Karten machte die Herstellung eines Programms zur Arbeitszeiterfassung mit den Lesegeräten der deutschen Krankenversicherungskarte möglich (Werbung in *PraxisComputer* 12, 7 [1996]: 27). Eine Softwarefirma wollte auch die Karte selbst zur Stechkarte für die Zeiterfassung in Betrieben machen (*Fiff Kommunikation* 1/96: 48). Die Allgemeine Ortskrankenkasse Leipzig hatte die Absicht, Anfang 1996 über 500.000 Mitgliedern eine „Vital Card“ zuzuschicken, auf der Bonuspunkte für „gesunde Lebensweise“ gesammelt werden könnten (Bertrand et al., 1995: 144 nennen das „Body Controlling“). Das Projekt wurde aber auf Eis gelegt, u.a. hatte der sächsische Datenschutzbeauftragte 1995 öffentlich zum Boykott der „Vital Card“ aufgerufen (zit. n. Bundesverband, Die Verbraucherinitiative, 1996). Dies sind aber bloß relativ harmlose Aspekte, wenn man bedenkt, daß schon zig-Millionen Dollar an private Firmen vergeben wurden, um die Übertragung von elektronischer Militärtechnologie in den zivilen Sektor zu fördern – eine Folge des Endes des Kalten Krieges mit dem daraus erwachsenen Druck für Behörden und Forschungseinrichtungen, ihr Bestehen zu rechtfertigen, und auch eine Folge des Knapperwerdens der Mittel für die öffentliche Verwaltung (zit. n. Internet-Adresse [3]; s.a. Schmidt-Eenboom und Angerer, 1994). In Großbritannien wird unter jeder Regierung mindestens einmal versucht, eine Identifikationskarte einzuführen, einmal geschah dies schon unter dem Vorwand einer Gesundheitskarte. Pläne für eine solche „ID-Card“ wurden in Australien und Neuseeland nach breiter öffentlicher Besorgnis um das Recht auf Privatsphäre und Freiheit von Überwachung übrigens wieder auf-

gegeben. Am Ende der Chipkartenverteilung steht aber letztlich die „Menschen Card“: die Multifunktionskarte, auf der unter einer einzigen Personennummer alles an Informationen gespeichert ist, was die Ausgaborgane darauf haben wollen („oder wollen Sie wirklich immer mit einem halben Dutzend Karten belastet sein?“). Sie kann über Lesegeräte auf Ämtern, an Meldesäulen und Grenzen und bei mobilen Kontrollen mit einer prinzipiell unbegrenzten Menge von behördlichen Daten und Entscheidungssystemen sekundenschnell verbunden werden (Experten befürchten hier vor allem Gefahren für Dissidenten in Ländern der Dritten Welt). Ungefähr eine solche Vision hat die britische Regierung mit dem Projekt „Government Direct“ (s. Internet-Adresse [10], das darauf abzielt, alle Datenbanken des Staates mit Informationen über Einzelpersonen miteinander zu verknüpfen, wobei deren Verwaltung zum Teil privatisiert werden könnte. Koch und Sperber (1995) haben nachgezeichnet, wie noch vor wenigen Jahren Geheimdienste in die Entwicklung und Verbreitung der dafür erforderlichen Software verwickelt waren. Ein Pilotprojekt für Vernetzungen diente z.B. der Dissidentenjagd in Guatemala. In England sollen jedenfalls die Kontakte des Bürgers mit der Verwaltung künftig weitestgehend papierlos an Geldautomat-ähnlichen Maschinen stattfinden. Man weist sich dort mit einer persönlichen Smartcard aus, um dann mit Computern und dem noch verbliebenen Behördenpersonal zu kommunizieren. Am Rande erwähnt der Entwurf auch die Möglichkeit der Aufbringung von Gesundheitsdaten auf eine solche „Bürger Card“. Wer als Folge der Einsparungen durch die neue Technologie dauerarbeitslos wird, könnte dann jedenfalls später maschinell um Sozialhilfe ansuchen, wobei man aber keine Widersprüche zu Informationen in vorhandenen Datenbanken erzeugen sollte, da die Geheimpolizei neuerdings Sozialhilfebetrug elektronisch verfolgen darf. Die Eingabefrist für Kommentare der Bevölkerung an die Regierung zum Projekt endete Anfang Februar 1997. Im britischen Wahljahr 1997 wird von der Labour Party aus parteitaktischen Gründen kein wesentlicher Widerstand gegen das Projekt erwartet und

die Datenschützer werden ignoriert. Ob Europol offiziell Gesundheitsdaten verarbeiten dürfen, ist übrigens noch unklar (*Der Standard* v. 29./30. 6. 96, 7; Übersichten über die nur teilweise von Datenschützern kontrollierbaren deutschen und europäischen behördlichen Informationssysteme, z.B. das Schengener Informationssystem, findet man bei Steinmüller, 1993). In den Niederlanden gibt es bereits eine „Asyl Card“: Asylbewerber müssen eine Karte mit digital gespeichertem Fingerabdruck und Angaben über sie mitführen und anfangs viermal am Tag in Meldesäulen stecken, an denen u.a. ihr Fingerabdruck mit dem auf der Karte verglichen wird (n. einer Stellungnahme des deutschen Innenministeriums, zit. b. Leuthardt, 1996, S. 212f). Mit solch einer Technik werden engmaschige Bewegungsprofile konstruierbar. In Pilotversuchen in den USA werden Smart Cards auch zur Geld- und Sachleistungszuteilung an Soldaten und Sozialhilfeempfänger eingesetzt. Das US-Verteidigungsministerium plant eine Datenbank mit der DNS-Information von 18 Mio. Soldaten, wohl auch für die Identifizierung von Leichnamen, und es interessiert sich für die europäischen Kartenprojekte (zit. n. Internet-Adressen [3, 8]; eine französische Firma erwarb übrigens in China die Exklusivrechte, in den Genen aller 1,2 Mrd. Chinesen nach Verwertbarem zu fischen, s. *Der Standard* v. 22. 11. 96, 30). Im aus dem österreichischen Bundeskanzleramt nachgereichten unveröffentlichten rechtlichen Teil zur ÖBIG-Studie (Danmayr et al., 1991) wird „pro futuro“ die „Speicherung genetischer Daten“ für nicht unmöglich gehalten. Thailand und zwei Dutzend Entwicklungsländer haben Smart Cards als Identifikationskarte („ID-Card“, elektronischer Personalausweis) eingeführt. Wie in den Niederlanden ist in Thailand der digitalisierte Fingerabdruck des Kartenempfängers auf der Karte gespeichert, und die Karte ist Teil eines Datenbanksystems, das die ganze Bevölkerung erfaßt und die meisten Behörden verbindet und das dort unter der Kontrolle des von Polizei und Militär dominierten Innenministeriums steht. Das Smithsonian Institute hat Thailand dafür sogar noch einen Preis für innovative Technologieanwendung verliehen (zit. n. Internet-

Adresse [3]). Es gibt auch schon Karten, die z.B. in Firmen ihren Aufenthaltsort übermitteln – und damit den des Trägers („Active Badges“). Schweine, Rinder und andere Tiere bekommen Chips zur Identifikation mittlerweile unter die Haut implantiert. – Die Organisation Privacy International stellt lapidar fest: „Fingerabdrücke, Identifizierungskarten, Datenabgleich zwischen verschiedenen Datenbanken usw. werden zunächst an Populationen mit wenig politischer Macht ausprobiert (Sozialhilfempfänger, Kriminelle, Militärpersonal) und dann die sozioökonomische Leiter hinauf angewendet“ (für die österreichische militärische Medcard wird im Laufe des Jahres die Bewilligung des Datenschutzrates erwartet; zit. n. Datadoc, 1996). „Wenn die Technologien einmal da sind, ist es schwer, sie wieder abzuschaffen und sie dehnen sich unvermeidlich in allgemeinere Anwendungsbereiche aus“ (*function creep*, „Funktionskriechen“) ... das, „wovon die Stasi nur träumen konnte, (wird) rasch Wirklichkeit in der freien Welt“. Aber auch ohne Bilder und Fingerabdrücke gilt laut Privacy International: „Dataveillance [sprich „Däitaväilens“, von *surveillance*, Überwachung], d.h., das Ausforschen der elektronischen Spur von Personen, ist ein Teil des Alltagslebens geworden.“

Die spärliche Diskussion unter Psychotherapeuten

Die Patientendatenkarte des Pilotprojekts in Koblenz und Neuwied sieht unter der Rubrik „chronische Krankheiten“ auch ein „psychiatrisches Krankheitsbild“ vor. Jedoch gibt es „keine öffentliche Informations- und Diskussionsmöglichkeiten für die Bürger, und die in Koblenz gebildete Bürgergruppe zum Modellprojekt wird von den Initiatoren auf Distanz gehalten“ (Bundesverband Die Verbraucherinitiative, 1996). Es gibt noch keine wesentliche deutschsprachige Diskussion über die Auswirkungen der Computerisierung auf psychotherapeutische oder psychiatrische Settings und Patienten. Ein deutschsprachiger Vorschlag zur maschinellen Sammlung von Daten aus der Psychotherapiepraxis zu Zwecken der Qualitätskontrolle wurde von mir zurück-

gewiesen (von Heydewolff, 1995; s.a. Piechotta und Karger, 1996). In Israel wurde 1986 festgestellt, daß Datenschutz vor den Interessen des Militärs an psychiatrischen Daten von Rekruten gehe (Neumann, 1986). Die National Coalition of Mental Health Professionals und das Consortium for Psychotherapy haben, wie viele andere Gruppen, die von der Industrie gesponserte „Bennett-Bill“, den US-Senatsentwurf „1360“ zum medizinischen Datenschutz von 1995 wegen zu laxer Bestimmungen strikt abgelehnt. Das Electronic Privacy Information Center hat ausdrücklich gefordert, daß keine psychiatrischen Daten in Computer gegeben werden sollen (*EPIC Alert* 2.13 v. 30.10.95; Anm.: in den USA kann die Definition von Psychiatrie auch die Psychotherapie umfassen). Die Psychiaterin Denise Nagel wies als Präsidentin der New England Patient Rights Coalition allerdings auch darauf hin, daß der US-Staat Maryland rasch und ohne viel Diskussion ein Gesetz erlassen hat, das die zentrale Sammlung von identifizierbaren Behandlungsdaten vorschreibt – auch solchen aus der ambulanten Psychotherapie (zit. n. Internet-Adresse [2]). Huang und Alessi (1996) hatten in einem Artikel über das Internet und die Psychiatrie nur recht allgemeine Fragen des Datenschutzes im Auge. Das britische Royal College of Psychiatry hat Ende 1996 eine Arbeitsgruppe zum Thema Datenschutz gebildet, die Mitte 1997 berichten werde (laut tel. Anfrage beim RCPsych). Eine Übersichtsarbeit von Roback und Shelton (1995) resümiert die empirische Forschung in den USA über die Folgen von Grenzen und Verlust von Vertraulichkeit in Psychotherapien: Weniger Leute wagen es, in eine indizierte Therapie zu gehen, und die Bereitschaft, Wesentliches von sich erzählen, nimmt klar ab.

Klare Sicherheitsrichtlinien und keine Datenkarten!

Die britische Ärztekammer hat mit ihrem Experten für Computersicherheit von der Universität in Cambridge und mit Medizinethikern die Prinzipien „Security in Clinical Information Systems“ ausgearbeitet und Anfang 1996 veröffentlicht (Anderson und British Medical Association, 1996). Die

Prinzipien wurden von der Europäischen Hausärztereinigung übernommen (European Federation of General Practitioners, UEMO; pers. Mittlg. aus d. brit. Ärztekammer). Die Vereinigung der Britischen Pharmazeutischen Industrie wollte Teile davon „weniger drakonisch“ formuliert haben. Es sei überdies deutlich geworden, daß Regierung und National Health Service die Diskussion der Datenschutzfragen systematisch behindert haben und daß die Einrichtung großer Datenbanken mit Verwaltungen zugänglichen persönlichen Gesundheitsinformationen angestrebt wird. (zit. n. dem „Update“ unter Internet-Adresse [4]). Die Prinzipien der britischen Ärztekammer können jedoch gewährleisten, daß jahrhundertalte gewachsene Vertrauensstrukturen in der Arzt-Patient-Beziehung bei der Nutzung der Vorteile der modernen Kommunikationstechnologie erhalten und gesichert bleiben. Das Konzept kommt ohne „Patienten-gestützte“ (= Karten-)Systeme aus und lehnt sie aus einer Vielzahl von praktischen Gründen und mit Blick auf die bürgerlichen Freiheiten ab – übrigens braucht es auch keine Netz-Zugangskarten für Ärztinnen und Ärzte (die Karte ist eben ein Produkt, für das Käufer gesucht werden). Daten in „Kliniker-gestützten“ elektronischen Akten in einzelnen Praxen und Krankenhausnetzwerken begrenzter Größe entsprechend dem Vorschlag der britischen Ärztekammer sind viel leichter dezentral zu halten. Sie reflektieren gewachsene Vertrauensstrukturen und das bisherige System der Dokumentation. Damit ermöglichen sie paradoxerweise einen besseren Datenschutz für Patienten als nur scheinbar ausreichend patientenkontrollierte Kartensysteme. Da die Behandler sowieso weiterhin ihre Arbeit werden dokumentieren müssen, fragt die britische Ärztekammer, wozu man denn überhaupt in Kartensysteme investieren soll und sagt: „Jedenfalls liegt die Last bei den Vertretern von ‚patientengestützten‘ Aufzeichnungssystemen [d.h. von Chipkarten; Anm.], eine klare Aussage zu den zu erwartenden Vorteilen für die Gesundheit zu machen und die Bedrohungen, Kosten der zusätzlichen Gegenmaßnahmen und die Auswirkungen des wahrscheinlichen Restrisikos zu analysieren.“

Erfolgreiches Pilotprojekt nach BMA-Prinzipien

Ein Pilotprojekt in einer voll computerisierten großen Praxisgemeinschaft in England mit 13.500 Patienten hat gezeigt, daß das Modell von Anderson und der britischen Ärztekammer praktisch anwendbar ist und gut funktioniert (Hassey und Wells, 1996). Notabene werden dort bei Einweisungen in stationäre Behandlungen keine lebenslangen Krankengeschichten pauschal in Krankenhausdatenbanken kopiert, wie das mit Chipkarten unvermeidlich wäre, sondern relevante Daten werden zum Schutz der Vertraulichkeit nach wie vor professionell und ethisch vertretbar von der Ärztin ausgewählt und übermittelt. In einer begleitenden Umfrage unter 330 Patienten (Rücklauf 147 = 44,5%) gaben übrigens 65% der Antwortenden an, das Praxis-Verwaltungspersonal solle keinen Zugang zu ihren Akten haben, und 82% waren strikt dagegen, daß Verwaltungspersonal im Krankenhaus irgendeinen Zugang zur Hausarztakte haben soll.

Datenschutz in der Psychotherapie, eine Frage des Geldbeutels?

Wir dürfen gespannt sein, wie sich die Verdattung des Gesundheitswesens bei uns gestalten wird. Es wäre denkbar, daß in Österreich bald versucht wird, wie in England und Deutschland ein Ärztenetzwerk für die Kommunikation zwischen Spitälern, Ordinationen und Abrechnungsstellen zu installieren. Dieses wird von der Industrie zusammen mit Chipkarten „implementiert“ werden, wenn es nicht eine Meinungsbildung zugunsten einer eindeutigen Patientenkontrolle über die Daten und damit dezentraler kartenloser Systeme gibt. Beides kann zu der Situation führen, daß Patienten, die bei einem Arzt auf Krankenschein in Psychotherapie gehen, Behandlungsdaten sofort digital gespeichert bekommen – nach dem britischen Konzept nur beim Arzt und, zumindest die Diagnose, bei der Abrechnungsstelle; nach den derzeit geplanten Konzepten beim Arzt, bei der Abrechnungsstelle, auf der Patientendatenkarte und in den Sicherungsdatenbanken bei Dritten. Eingetragene

Psychotherapeuten, die nicht als Ärzte abrechnen und bei denen die Patienten nur einen Teil des Honorars refundiert bekommen, werden vermutlich nicht zur Teilnahme an Datennetzen oder zum Beschreiben von Patientendatenkarten eingeladen werden. Daten aus Behandlungen bei diesen Psychotherapeuten wären möglicherweise besser geschützt, wenngleich mit den Kostenträgern regelmäßig darüber zu sprechen ist, wie diese die ICD-Diagnosen verarbeiten. Personen, die sich um einen optimalen Datenschutzes willen gleich alles selbst bezahlen, sind natürlich von solchen Überlegungen nicht betroffen. – Auch bezüglich des Umgangs mit digitalen Daten aus der gesetzlich verankerten Psychotherapie in Krankenanstalten wird es erforderlich sein, eine entsprechende Diskussion zu führen. Elektronische Qualitätssicherungsprojekte schließlich bürden dem Therapeuten mehr Arbeit auf und durchlöchern das Vertrauen der Patienten in die geschützte Behandlungssituation.

Beschämung und Benachteiligung vermeiden

Die britischen Ärztekammer findet, eine Sicherheitsrichtlinie sei „wie ein Skalpell: sie muß sauber und scharf sein, nicht warm und weich wie ein Fell. Was das Modewort ‚patientenzentriert‘ angeht, so erscheinen derart beschriebene Systeme oft als ein Deckmantel für die Übertragung der Krankengeschichte vom Hausarzt an Gesundheitsbehörden, ein Krankenhaus oder eine Versicherungsgesellschaft“ (Anderson und British Medical Association, 1996). Über die Scham zitierte der Psychoanalytiker Léon Wurmser aus dem Talmud: „Wer den anderen öffentlich beschämt, handelt, als ob er Blut vergösse“, und man hüte sich davor, „Gesichter zum Erblassen zu bringen“ (*Salzburger Nachrichten* v. 23. 11. 1996, I). Wir alle kennen die Rolle der Scham und der Angst gut aus unserer Arbeit. Eine von uns Psychotherapeuten mitgestaltende Diskussion über den Datenschutz und Chipkarten im computerisierten Gesundheitswesen kann Einfluß darauf haben, ob und wieviel vermeidbares Erblassen wegen Beschämung, Benachteiligung auf dem Arbeitsplatz und Arbeitsmarkt und

kommerzieller Belästigung die Digitalisierung den Patienten bringen wird. Die gegenwärtige Projektphase mit ihren Pilotversuchen und Machbarkeitsstudien bietet noch auf kurze Zeit die Chance, an der Ausgestaltung der Technik für die kommenden Jahrzehnte mitzuwirken.

Literatur

- Anderson R (1996) Clinical system security: interim guidelines. *Br Med J* 312: 109–111. Autorisierte deutsche Übersetzung zu beziehen von A. v. Heydewolff (email, Fax etc. siehe unten)
- Anderson RJ, British Medical Association (1996) Security in clinical information systems. British Medical Association, London (zu beziehen von Lina Coelho, BMA Library, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP, England; e-mail: lina.coelho@bma.org.uk, Tel. +44 171 383 6452; in elektronischer Form unter Internet-Adresse [4])
- Anderson RJ, Kuhn MG (1996) Tamper resistance – A cautionary note. Proceedings of the Second Usenix Workshop on Electronic Commerce, 18.–21. November 1996, Oakland, California, pp 1–11. Kongreßband veröffentlicht von der USENIX Association, ISBN 1-880446-83-9; in elektronischer Form unter Internet-Adresse [9]
- Bertrand U, Kuhlmann J, Stark C (1995) Der Gesundheitschip. Campus, Frankfurt
- Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) (1995) Technikfolgen-Abschätzung zur Sicherheit in der Informationstechnik: Chipkarten im Gesundheitswesen. Abschlußbericht. Bundesanzeiger Verlag, Köln
- Bundesärztekammer (1996) Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Entscheidung der 50. Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 9./10. November 1995 „Datenschutzrechtliche Anforderungen an den Einsatz von Chipkarten im Gesundheitswesen“. Bundesärztekammer, Köln
- Bundesärztekammer et al (1996) Pressemitteilung auf der Fachmesse Medica in Düsseldorf, November 1996
- Bundesverband Die Verbraucherinitiative (1996) Krankenakte im Kartenformat. Chipkarten im Gesundheitswesen. Die Verbraucherinitiative e.V., Bonn
- Consumer Reports (1994) Who's reading your medical records? *Consumer Reports*, Oktober 1994, pp 628–632
- Danmayr E et al (1991) Die möglichen Folgen einer Einführung der Medcard in Österreich. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz und des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen/Forschungsstelle für Technikbewertung [heißt seit 1994

- „Institut für Technikfolgenabschätzung“]
- Datadoc (1996) milMedcard. Ab 1997 für jeden Stellungspflichtigen [Interview]. Datadoc 4/1996
- Datenschutzbeauftragte des Bundes und der Länder (1995) Entschliebung: Datenschutzrechtliche Anforderungen an den Einsatz von Chipkarten im Gesundheitswesen. 50. Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 9./10. November 1995, Bremerhaven (in elektronischer Form unter Internet-Adresse [12])
- EPIC Alert elektronische Zeitung des Electronic Privacy Information Center, erscheint ca. 14tägig, über Email kostenlos von Internet-Adresse [1] beziehbar
- Fiff Kommunikation Mitteilungsblatt des Forum InformatikerInnen für Frieden und gesellschaftliche Verantwortung e.V.; Themenheft Chipkarten, Nr. 1/96, ISSN 0938-3476. Bonn: Fiff Tel. +49-228-219548, email fiff@fiff.gun.de
- Gostin LO, Turek-Brezina J, Powers M, et al (1993) Privacy and security of personal information in a new health care system. *Am Med Assoc* 20: 2487–2493
- Hafner K, Markoff J (1992) Cyberpunk. *Outlaws and Hackers on the Computer Frontier*. Touchstone, New York
- Hassey A, Wells M (1996) Clinical systems security. Implementing the BMA policy & guidelines. Preproceedings of the workshop on personal information – security, engineering and ethics, Isaac Newton Institute, Cambridge, 21./22. Juni 1996, S 73–89 [Korrespondenz an Prof. Mike Wells, Tel. +44-113-233-3879; E-Mail M.Wells@Leeds.ac.uk]
- Heydewolff A v (1995) Positivismus für die Normseele. Ethische und psychologische Überlegungen zur Idee von der Prozeßmessung nach Grawe und Braun. *Psychother Forum* 3/4: 174–177
- Hospital Risk Management (1993) RMs need to safeguard computerised patient records to protect hospitals. *Hospital Risk Management* 9: 129–140
- Huang MP, Alessi NE (1996) The internet and the future of psychiatry. *Am J Psychiatry* 153/7: 861–869
- Koch ER, Sperber J (1995) Die Datenmafia. Computerspionage und neue Informationskartelle. rororo, Reinbek
- Leuthardt B (1996) Leben online. Von der Chipkarte bis zum Europol-Netz: Der Mensch unter ständigem Verdacht. rororo, Reinbek
- Neumann M (1986) The problem of compiling computerized information and its relation to medical confidentiality in psychiatry. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 23/3: 225–233 (zit. n. d. Abstract aus der Datenbank PsycLit)
- Piechotta B, Karger A (1996) C3I [Command, Control, Communications and Intelligence]. Überlegungen zur Qualitätssicherung in der analytischen Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* 12: 356–362
- Peissl W (1994) Chip Cards: Grundlagen, Anwendungen und Einsatzmöglichkeiten – Status quo und Perspektiven. Vortrag an der Tagung „Die Zukunft der Chipkarte und der optischen Memory Cards, Teil II“. Fellbach, 24./25. 11. 1994 [Dr. Peissl ist vom Institut für Technikfolgenabschätzung der Österr. Akademie der Wissenschaften]
- Roback HB, Shelton M (1995) Effects of confidentiality limitations on the psychotherapeutic process. *J Psychother Pract Res* 4: 185–193
- Schmidt-Eenboom E, Angerer J (1994) Die schmutzigen Geschäfte der Wirtschaftsspione. Econ, Düsseldorf
- Siyon K, Hare C (1995) Internet Firewalls & Netzwerksicherheit. SAMS, Haar b. München
- Steinmüller W (1993) Informationstechnologie und Gesellschaft. Einführung in die angewandte Informatik. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Virilio P (1980) *Geschwindigkeit und Politik*. Merve, Berlin
- Wöß P, Miller A (1997) Interview mit Dr. Peter Wöß. *Ärztewoche* vom 12. 2. 1997, S 8

Internet-Adressen

- [1] Electronic Privacy Information Center „http://www.epic.org“
- [2] dto., speziell zum Thema „http://www.epic.org/privacy/medical“
- [3] Privacy International „http://www.privacy.org/pi“
- [4] Britische Artikel, Berichte und Stellungnahmen (britische Ärztekammer mit deren Berater an der Universität Cambridge) „http://www.cl.cam.ac.uk/users/rja14/#Med“
- [5] Forum InformatikerInnen für Frieden und gesellschaftliche Verantwortung (Fiff) „http://www.uni.paderborn.de/arbeitsgruppen/fiff/fiff.html“
- [6] Konferenzberichte und Stellungnahmen zum Global Healthcare Applications Projekt einschließlich Chipkartensystemen „http://www.ispo.cec.be“
- [7] Pläne für die Globale Informationsgesellschaft in Zentral- und Osteuropa inklusive Chipkartensystemen „http://www.ispo.cec.be/peco/pecoact.html“
- [8] Bericht von Beobachtern aus den USA über europäische Chipkartenprojekte „http://www.va.gov/card/g7card.htm“
- [9] Warum Chipkarten nicht mehr sicher sind „http://www.cl.cam.ac.uk/users/rja14/tamper.html“
- [10] Das Vorhaben „Government Direct“ der britischen Regierung „http://www.open.gov.uk/citu/papers/electdel/cont.htm“
- [11] Viel deutsches Datenschutzmaterial, auch zum Thema „http://www.rewi.hu-berlin.de/Datenschutz“
- [12] Universität Mainz, Medizinische Informatik/Datenschutz „http://www.

- uni-mainz.de/FB/Medizin/IMSD/AG-Datenschutz/EmpfLfd.html“
- [13] Material zur Health Professional Card wie [12], aber am Schluß „.../HPC“
- [14] „e-Med News“, ein „international newsletter on electronic data in medical applications“ „http://www.pjpubs.co.uk/a/emedhome.html“
- [Suchanfragen] zu „telematics“, „smart_card“, „medical_informatics“ sind ebenfalls informativ

*Dr.med. Andreas von Heydewolff
Psychotherapeut (Analytische
Psychologie)
Dreifaltigkeitsgasse 3
A-5020 Salzburg
email: 106624.446@compuserve.com
Tel. u. Fax ++43-662-875320*

*Dr.med. Thomas Wenzel
Psychotherapeut,
Facharzt für Psychiatrie
Sekretär der Sektion „Psychiatrische
Aspekte von Folter und Verfolgung“
der World Psychiatric Association
Psychiatrische Universitätsklinik
Allgemeines Krankenhaus
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien
Tel. 0222/40400*

Anhang

*Die Neun Prinzipien der
Sicherheitspolitik der British Medical
Association**

Prinzip 1: Zugangskontrolle
Jede identifizierbare klinische Akte soll mit einer Zugangskontrollliste versehen sein, die die Leute oder Gruppen von Leuten benennt, die die Akte lesen und ihr Daten anfügen dürfen. Das System soll verhindern, daß irgendjemand, der nicht

* Aus: Ross Anderson (1996) *Clinical System Security: Interim Guidelines*. *British Medical Journal* 312: 109–111 vom 13. Januar 1996. Übersetzung von A. v. Heydewolff vom Verfasser autorisiert. Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Dr. Anderson und der British Medical Association.

Anmerkung d. Ü.: Dies ist die Essenz der 30seitigen Richtlinien „Security in Clinical Information Systems“ (Anderson und BMA, 1996, s. Literaturverzeichnis). Um politischer Korrektheit willen ist die Behandlerin im Text weiblich, der Patient männlich; „Klinikerin“, Englisch „clinician“, meint eine Ärztin, Krankenschwester, Physiotherapeutin und anderes Personal unter Schweigepflicht, das beim Brechen derselben die Berufserlaubnis verlieren kann. Medizinstudenten und „Health Manager“ gehören explizit nicht dazu.

auf der Liste steht, in irgendeiner Weise Zugang zur Akte findet.

Prinzip 2: Das Einrichten einer Akte

Eine Klinikerin kann eine Akte mit ihr selbst und mit dem Patienten auf der Zugangskontrollliste einrichten. Im Fall daß ein Patient überwiesen wurde, kann sie eine Akte mit ihr selbst, dem Patienten und der (den) zuweisenden Klinikerin(nen) auf der Zugangskontrollliste einrichten.

Prinzip 3: Kontrolle

Eine der Klinikerinnen auf der Zugangskontrollliste muß als verantwortlich markiert sein. Nur sie darf die Zugangskontrollliste verändern, und sie darf dieser ausschließlich andere im Gesundheitswesen Beschäftigte [other Healthcare Professionals] hinzufügen.

Prinzip 4: Einwilligung und Mitteilungen

Die verantwortliche Klinikerin muß dem Patienten Mitteilung von den Namen auf

der Zugangskontrollliste seiner Akte machen: wenn die Akte eingerichtet wird, bei allen nachfolgenden Hinzufügungen und immer wenn die Verantwortung weitergegeben wird. Die Zustimmung des Patienten muß auch eingeholt werden, außer im Notfall und bei gesetzlichen Ausnahmen.

Prinzip 5: Fortbestand

Niemand soll fähig sein, klinische Informationen zu löschen, bis der angemessene Zeitraum abgelaufen ist.

Prinzip 6: Zuschreibung

Jeder erfolgte Zugang zu klinischen Akten soll in der Akte mit dem Namen des Betreffenden, Datum und Zeit eingetragen werden. Eine solche Prüfkennzeichnung [audit trail] muß auch für alle Löschungen erfolgen.

Prinzip 7: Informationsfluß

Information, die der Akte A entnommen wurde, darf an Akte B dann und nur dann angefügt werden, wenn die Zugangs-

kontrollliste von B in der von A enthalten ist.

Prinzip 8: Ansammlungskontrolle

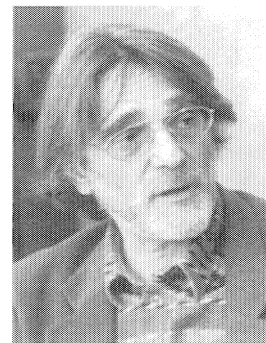
Es soll effektive Maßnahmen geben, mit denen die Ansammlung von persönlichen Gesundheitsinformationen verhindert wird. Insbesondere müssen Patienten eine spezielle Benachrichtigung erhalten, wenn irgendeine Person, die als jemand vorgeschlagen wird, der der Zugangskontrollliste hinzugefügt werden kann, bereits Zugang zu den persönlichen Gesundheitsinformationen einer großen Anzahl von Leuten hat.

Prinzip 9: Vertrauenswürdige Einrichtung zur Datenverarbeitung [Trusted Computing Base]

Computersysteme, die persönliche Gesundheitsinformationen verarbeiten, sollen ein Untersystem haben, das auf effektive Weise die obengenannten Prinzipien erzwingt. Dessen Effektivität soll Gegenstand der Evaluation durch unabhängige Experten sein.

Editorial

Kommentar



Es war nicht die feine Art, in der einige Psychologieprofessoren und die Schweizerische Gesellschaft für Psychologie ihren neuesten Angriff auf den vom SPV und der FSP zäh erarbeiteten Kompromiss starteten. Sie liefern sogar den in Beweisnotstand geratenen Krankenkassen Argumente für die Forderung nach einem Leistungsstopp bis ins Jahr 2000. Damit provozieren sie, dass die nicht-ärztliche Psychotherapie weiterhin von der medizinischen Grundversorgung ausgeschlossen bleibt. In Anbetracht ihrer mit öffentlichen Geldern hochdotierten sicheren Positionen kann ihr Monopolisierungsversuch nicht anders als zynisch bezeichnet werden. Eigenartigerweise scheinen gewisse PsychologieprofessorInnen nicht gemerkt zu haben, dass Meinungsunterschiede nicht mit Machtansprüchen, sondern nur mit gegenseitiger Achtung gelöst werden können, was übrigens in diesem Fall auch der wissenschaftlichen Redlichkeit entspräche. Ursula Walter informiert Sie direkt aus den Verhandlungen. Die Professoren verlangten zudem auch in der bereits zusammengestellten Arbeitsgruppe zur Beurteilung des Nutzens psychotherapeutischer Methoden Einsitz zu nehmen. Das BSV hat dem stattgegeben, hat aber symmetrisch auf der Seite der Psychotherapeuten der Forderung nach zusätzlichen Sitzen zugestimmt. Es ist sehr zu hoffen, dass mit der dadurch

entstehenden Kommunikation auf der Seite der Universitäten mehr Verständnis für die Praxis entsteht. Das vom BSV gewählte Verfahren der „Konsensuskonferenz“ zur Bestimmung des Nutzens der Psychotherapie schafft dafür gute Voraussetzungen. Der genaue Ablauf dieses Prozesses ist im Beitrag über die „WZW“ beschrieben.

Der Nutzen der Psychotherapie soll unsererseits am Beispiel des aktuellen Themas der psychischen Traumatisierung einer breiteren Öffentlichkeit bewusst gemacht werden. Gleichzeitig eignet sich dieses Thema aufgrund neuer Erkenntnisse auch für die interne Weiterbildung. Beachten Sie dazu die Daten der Tagungen und den Artikel von Rosemarie Barwinski.

Innerhalb der Charta und des SPV läuft der dialogische Prozess weiter. Rudolf Buchmann erläutert Ihnen die Gedanken, die zur zukünftigen Entflechtung und damit besseren Zusammenarbeit von Charta und SPV führen sollten. Dieser Prozess ist der Tatbeweis, dass es den Beteiligten um die Sache und nicht um die Macht geht. Diesem Grundsatz bleibt der SPV weiterhin treu, sein Erfolg hat ihm bis jetzt Recht gegeben.

In dieser Ausgabe finden Sie zum erstenmal Bilder der AutorInnen. Sie sollen das Erscheinungsbild etwas auflockern.

Mario Schlegel

Commentaire

En lançant une nouvelle attaque sur le compromis auquel ASP et FSP étaient parvenues avec peine, la Société Suisse de Psychologie et les professeurs qui se sont joints à elle ne se sont pas distingués. Ils ont même livré aux

caisses des arguments leur permettant de soutenir leur exigence d'un moratoire jusqu'à l'an 2000, ceci juste au moment où elles avaient peine à la justifier. Ce faisant, ils ont tenté d'obtenir que la psychothérapie non-

médicale continue à être exclue de l'offre médicale de base. Compte tenu du fait qu'ils occupent des postes sûrs et touchent des salaires élevés, financés par les deniers publics, on ne peut que qualifier de cyniques les tentatives qu'ils entreprennent pour monopoliser notre discipline. Il est curieux de constater que certains professeurs de psychologie n'ont pas encore réalisé que l'on ne résout pas les conflits d'opinion en luttant pour le pouvoir, mais bien dans le respect mutuel – ce qu'exigerait d'ailleurs, dans le cas particulier, la simple honnêteté scientifique. Ursula Walter vous tient directement au courant des négociations. Les professeurs ont en outre exigé d'avoir un siège au sein de la commission qui est déjà chargée d'examiner l'utilité des méthodes de psychothérapie. L'OFAS s'est déclaré d'accord, mais a également approuvé la demande faite par les psychothérapeutes pour y obtenir des sièges supplémentaires. On peut espérer que le canal de communication supplémentaire qui s'ouvre ainsi va contribuer à ce que les universités développent une meilleure compréhension de la pratique. La procédure choisie par l'OFAS pour cet examen ("Consensus Development Conference") crée une

base favorable dans ce sens. L'article consacré à "l'EACE" décrit cette procédure en détail.

De notre côté, nous prévoyons une démarche visant à rendre le grand public mieux conscient de l'utilité de la psychothérapie, avec un thème actuel: la traumatisation psychique. Ce même thème peut être utilisé au niveau des perfectionnements internes. Veuillez prendre note des dates de la rencontre et de l'article de Rosmarie Barwinski.

Le processus de dialogue se poursuit au sein de la CHARTE et de l'ASP. Rudolf Buchmann vous expose les raisons qui ont fait décider de dissocier CHARTE et ASP; ceci devrait permettre d'améliorer la collaboration entre les deux organismes. Ce processus montre clairement que ses participants s'engagent pour une cause et non pas pour un pouvoir. L'ASP demeure fidèle à ce principe – jusqu'à maintenant son succès lui a donné raison.

Le présent numéro contient pour la première fois des photos des auteurs des articles. Nous espérons qu'elles rendront la mise en page plus attractive.

Mario Schlegel

auch für den alleinigen Zugang über den Hochschulabschluss Psychologie; ihre Akzeptanz des BSV-Entwurfs enthalte den Vorbehalt, Änderungen zu verlangen.

Das Vernehmlassungsverfahren, das auf Ende Januar vorgesehen war, ist bereits verzögert. Als Ausweg schlug das BSV vor, den Entwurf mit einer Variante der Psychologieprofessoren (nur Universitätsabschluss Psychologie berechtigt zur Zulassung zur Weiterbildung) in die Vernehmlassung zu schicken.

Vom SPV her sind wir nach wie vor bereit, den BSV-Kompromiss zu stützen. Er ist nicht unser ursprünglicher Vorschlag, da er bereits viele Konzessionen an eine gemeinsame Lösung mit der FSP enthält, so die Fächer des Ergänzungsstudiums und die Akzeptanz des Hochschulabschlusses. Ein Vorschlag unsererseits, um aus dem Dilemma zu kommen, war, dass das BSV seine Gesprächspartner besser identifiziere und auf der Seite der FSP die Legitimation, für PsychotherapeutInnen zu sprechen, überprüfe.

Es ist aber zu befürchten, dass jede Komplikation den Strick zum Reißen bringt und dass das ganze Geschäft als noch nicht reif zurückgestellt wird. Dies ist die offen deklarierte Absicht der Kassen, dies ist aber auch das Anliegen der Universitätsprofessoren, die ihre „Allgemeine Psychotherapie“ als „Ausschliessliche Psychotherapie“ etablieren und die Pluralität der verschiedenen therapeutischen Ansätze abschaffen wollen.

Wir setzen uns dafür ein, dass das vorgesehene Vernehmlassungsverfahren zum Verordnungsentwurf ohne weiteren Verzug eröffnet wird. Der BSV-Entwurf muss breite Zustimmung erhalten.

Ursula Walter
Co-Präsidentin SPV

Professoren für klinische Psychotherapie gefährden Psychotherapie-Versorgung!

Neben den Krankenversicherern, die sich weigern, mit den PsychotherapeutInnen zusammen eine vernünftige und überschaubare Regelung in Kraft zu setzen, hat sich nun seit Dezember 1996 auch die Schweizerische Gesellschaft für Psychologie (SGP), d.h. deren Vorstand, die Professoren für klinische Psychologie, aggressiv gegen den Verordnungsentwurf des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) eingeschaltet. Sie bestreitet die Kompetenz der eingesetzten Experten, unterstellt dem BSV einseitige Machenschaften und holt auch zum Rundumschlag gegen alle zur Zeit praktizierte Psychotherapie aus. Letzteres wird vom Krankenkassenkonkordat (KSK) genüsslich weiterverbreitet.

Eine Aussprache auf dem BSV wurde von den Professoren her so aggressiv geführt, dass es nur so verstanden werden kann, dass das BSV dazu gebracht werden soll, die Weiterarbeit aufzugeben. Die anwesenden FSP-VertreterInnen betonten, sie seien

Les professeurs de psychologie clinique menacent l'offre en psychothérapie!

Les assureurs se refusaient déjà à collaborer avec les psychothérapeutes pour que soit mise en vigueur une réglementation claire et raisonnable. Depuis décembre 1996 la Société Suis-

se de Psychologie (SSP), ou plutôt son comité – les professeurs de psychologie – se sont joints à eux en intervenant agressivement contre le projet d'ordonnance de l'Office fédéral des

assurances sociales (OFAS). Ce comité conteste les compétences des experts, accuse l'OFAS de manoeuvres partiales et condamne en bloc toutes les formes de psychothérapies pratiquées actuellement. Le Concordat des caisses-maladie (CCMS) n'est que trop heureux de diffuser ces informations.

Lors d'un entretien auprès de l'OFAS les professeurs ont adopté une attitude à tel point agressive que l'on ne peut que l'interpréter comme visant à inciter l'OFAS à abandonner son travail. Les représentants de la FSP qui étaient présents ont souligné qu'ils sont eux aussi partisans d'un accès limité aux porteurs d'un diplôme universitaire en psychologie; en acceptant le projet de l'OFAS en octobre 1996 ils se seraient réservé le droit d'exiger qu'il soit modifié.

La procédure de consultation qui devait débiter fin janvier a déjà pris du retard. Pour trouver une issue l'OFAS a proposé qu'une variante des professeurs de psychologie (seul un diplôme de psychologie donne accès à la formation spécialisée) soit soumise à consultation avec le projet.

L'ASP continue à soutenir le compromis de l'OFAS. Il ne correspond pas à ce que nous avons proposé au début, puisque nous avons déjà fait de nombreuses concessions (branches de la filière complémentaire et exigence d'un diplôme universitaire) dans le but de rendre possible un accord avec la FSP. En vue de résoudre

le dilemme, nous avons d'autre part proposé que l'OFAS vérifie mieux l'identité de ses interlocuteurs – est-il légitime que la FSP s'exprime au nom des psychothérapeutes?

Il est malheureusement possible que toute complication supplémentaire fasse échouer la démarche et que toute l'affaire soit remise à plus tard. C'est bien ce que souhaitent les caisses, comme d'ailleurs les professeurs aux universités puisque ceux-ci veulent établir leur "psychothérapie générale" en tant que "Seule Psychothérapie" et éliminer la pluralité des différentes méthodes de thérapie.

Nous nous engageons pour que la procédure de consultation qui est prévue concernant le projet d'ordonnance soit lancée sans délai supplémentaire. Il faut que ce dernier obtienne un large soutien.



Ursula Walter
co-présidente ASP

die nichtärztlichen Psychotherapeuten involviert und Projektbegleiter für den Nachweis der WZW der psychotherapeutischen Methoden. Koch war auch Co-Autor der Verordnung 8 des EDI von 1985 betreffend der von den Krankenkassen zu übernehmenden psychotherapeutischen Behandlungen durch Ärzte.

In seiner Eigenschaft als Koordinator des Vorgehens für die Beurteilung der WZW bei der Psychotherapie wurde Koch von der Schweizerischen Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGfAP) zu einem Vortrag eingeladen. Anlass war eine ausserordentliche Generalversammlung, an der beschlossen wurde, an der „Praxisstudie analytische Langzeittherapie“, welche von der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychoanalyse und Tiefenpsychologie (DGPT) durchgeführt und von Prof. G. Rudolf geleitet wird, mitzumachen. Der Vortrag von Koch sollte darüber informieren, was konkret vom Bundesamt bezüglich der Umsetzung des Gesetzes zu erwarten ist. Seine Ausführungen sind für alle ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten in der Schweiz relevant, so dass sie hier zusammenfassend publiziert werden. Da diese Umsetzung unsere berufliche Zukunft bestimmt, ist es wichtig, dass alle Beteiligten möglichst genaue Kenntnis davon erhalten. Für die Überlassung des Vortrages und der Tabellen danke ich Dr. Koch.

Was das BSV auf dem Gebiet der medizinischen Leistungen verlangt, ist in der Tabelle 1 dargestellt. Die Unterteilung in „somatische“ und „seelische“ Leistungen ist aus Gründen einer einfachen Darstellung erfolgt. Dabei ist ersichtlich, dass die Spitzentechnologien den Nachweis der WZW jährlich zu erbringen haben. Dies soll in Form von Evaluationsregistern erfolgen, welche auf eigene Kosten geführt werden müssen. Für die präventiven Massnahmen, die komplementärmedizinischen Leistungen und die Psychotherapiemethoden hat das BSV Expertenverträge abgeschlossen. Ziel ist es, bis 1998 über Kriterien zur Prüfung des „Nutzens“ in den genannten Bereichen zu verfügen. „Nutzen“ ist ein vom BSV in diesem Zusammenhang neu gefüllter Begriff und bedeutet die WZW einer jeweiligen Leistung.

WZW: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

„WZW“, diese vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) neu kreierte Abkürzung, wird wohl bald ein fester Bestandteil im Sprachgebrauch der Berufe des Gesundheitswesens sein. Neben dem Erlass der Verordnung über die Zulassung von nichtärztlichen Psychotherapeuten zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen hat das BSV auch die Aufgabe, Kriterien zu erarbeiten, welche die Überprüfung der gesetzlichen Vorgaben, eben die „WZW“, ermöglicht.

Art. 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) be-

sagt bezüglich der Kostenübernahme folgendes:

1. Die medizinischen Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

2. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen werden periodisch überprüft.

Wie geht das Bundesamt dabei vor? Eine instruktive Beschreibung des Vorgehens hat Pedro W. Koch vom BSV in einem Vortrag gegeben. Er ist Beamter im BSV, Mediziner, in der Erarbeitung der Verordnung für

Tabelle 1. Was macht das BSV im Bereich der „medizinischen Leistungen“ und deren WZW?

Spektrum der Medizinischen Leistungen			
Somatische Leistungen		Seelische Leistungen	
Zentren der Spitzentechnologien	Methoden der präventiven Medizin	Methoden der komplementären Medizin	Methoden der Psychotherapie
Cochlea Implant bei Gehörlosen	BSV Expertenauftrag zur Erstellung von Kriterien zur Prüfung des Nutzens der präventiven Massnahmen	BSV Expertenauftrag zur Erstellung von Kriterien zur Prüfung des Nutzens der komplementären Methoden	BSV Expertenauftrag zur Erstellung von Kriterien zur Prüfung des Nutzens der psychotherapeutischen Methoden
Chirurgie der Epilepsie			
Knochenmark-Retransfusion bei Krebs	Vorstellung an öffentlichem Workshop November 97	Vorstellung an öffentlichem Workshop November 97	Vorstellung an öffentlichem Workshop November 97
Lungentransplantation			
Pankreastransplantation			
Positron-Emissions-Tomographie (PET)			
Stosswellentherapie			
müssen Bewertungsregister führen	Kriterien müssen operationell sein:	Kriterien müssen operationell sein:	Kriterien müssen operationell sein:
Bericht jährlich	Anfangs 1998	Anfangs 1998	Anfangs 1998

Der Eidgenössischen Leistungskommission (ELK) fehlen bis heute standardisierte Kriterien zur medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung von Methoden der Psychotherapie. Sie beauftragte aus diesem Grund das BSV, einen Expertenbericht einzuholen, in welchem Kriterien zur Prüfung des Nutzens von psychotherapeutischen Methoden aufgestellt werden. Der Expertenbericht soll als Grundsatzpapier im entsprechenden Ausschuss der ELK und anschliessend in einem Workshop unter Einbezug von in- und ausländischen Experten der Fachwelt und der Öffentlichkeit vorgestellt und mit allen Beteiligten diskutiert werden. Gestützt auf die Ergebnisse aus diesem Workshop werden die definitiven Kriterien erstellt und in das „Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen“ des BSV integriert.

Der BSV-Expertenauftrag gliedert sich demzufolge in vier Teile:

1. Der Auftragnehmer erstellt die Kriterien zur Prüfung des Nutzens im Bereich der Psychotherapie. Es sind dabei die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und die Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Methoden zu definieren. Er kann weitere Experten der unterschiedlichen Richtungen der psycho-

therapeutischen Verfahren beziehen.

2. Die vom Auftragnehmer erarbeiteten Kriterien zur Prüfung des Nutzens der psychotherapeutischen Methoden werden durch eine eigens eingesetzte Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit dem Auftragnehmer und dem BSV diskutiert und bereinigt. Die Arbeitsgruppe „Psychotherapiemethoden“ setzt sich aus zwei VertreterInnen der Mediziner (FMH), je einem Vertreter des Psychotherapeutenverbandes (SPV), der Föderation der PsychologInnen (FSP), der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) der Patientenorganisation, einem Vertreter des BSV und dem Auftragnehmer zusammen.

3. Auswertung der Ergebnisse des Workshops und Einbau der Änderungen in die Kriterien.

4. Die bereinigten Kriterien werden vom Auftragnehmer der ELK vorgestellt. Danach hat der Auftragnehmer den Schlussbericht dem BSV abzuliefern.

In der Tabelle 2 ist der zeitliche Ablauf dieses Vorgehens dargestellt.

Unterdessen erfolgte auf den 25. November bereits die öffentliche Einladung zum Workshop. Die Zielsetzung wird folgendermassen beschrieben: „Alle Beteiligten (Medizinalpersonen der verschiedenen Richtungen, Krankenversicherungen, Spitäler, Verbraucher- und Patientenorganisa-

tionen) sollen möglichst früh in den Entscheidungsprozess integriert werden, damit breit abgestützte und tragfähige Beurteilungskriterien geschaffen werden können.

Der Workshop lehnt sich an das Modell der ‚Konsensuskonferenz‘ an, welche das Element eines Gerichtsverfahrens und eines offenen Diskussionsforums vereinigt: Unter dem Vorsitz eines Präsidenten präsentierenden Expertinnen und Experten den Stand des Wissens zu einem kontroversen Thema. Die Expertinnen und Experten werden durch eine Jury zu Einzelheiten befragt und sie müssen sich Fragen aus dem Publikum stellen. Die Konferenz ist öffentlich und wird durch eine Schlusserklärung abgeschlossen.“ Die Konsensuskonferenzen (Consensus Development Conferences) sind eine weltweit verbreitete Methode des Treffens von Entscheidungen für an einem Problem interessierte Gruppen von Fachleuten und das Laienpublikum. Diese Methodik wurde prinzipiell in den National Institutes of Health in den USA anfangs der siebziger Jahre entwickelt und seither verbessert und modifiziert.

Als nationale und internationale Experten werden folgende Personen anwesend sein (der ELK-Beauftragte [Expertenauftrag] Dr. med. Guido Mattanza steht mit ihnen in persönli-

Tabelle 2. Der BSV Zeitrahmen

Bewertung der Methoden der Psychotherapie im zeitlichen Zusammenhang mit der Anerkennung der „nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“	
Kriterien Prüfung der Methoden der Psychotherapie	Anerkennung Psychotherapeuten
Unterschrift des Expertenvertrages November 96	BSV Vorentwurf geht an die Ämter zur Konsultation im Dezember 96
Abgabe des Grundrisses bis März 97	EDI Vernehmlassungsverfahren bis April 97
Bearbeitung in Arbeitsgruppen (2 FMH, 1 SPV, 1 FSP, der Experte und BSV) bis Juli 97	Auswertung der Vernehmlassungen und Bereinigung der Bestimmungen bis Juli 97
Besprechung in Leistungskommission August 97	Besprechung in Leistungskommission August 97
Workshop November 97	Beschluss des Bundesrates im November 97 Inkrafttreten der Verordnung am 1. Januar 98
Abgabe Entwurf Schlussbericht bis Februar 98	
Schlussvereinbarung durch die Leistungskommission im April 98	
Abgabe der Kriterien publikationsreif Juni 98	

chem wissenschaftlichen Kontakt und hat sie dem BSV vorgeschlagen):

D. Orlinsky (Psychologe): D. Orlinsky ist Autor zahlreicher Publikationen und bedeutender Forscher für Psychotherapie, u.a. als Mitglied der Society for Psychotherapy Research (SPR). Er ist Mitautor eines der Standardwerke der Psychotherapie (Handbook of Psychotherapy and Behavior Change).

Zusammen mit K. Howard hat er als Resultat einer der grossen Untersuchungen, die als Meilensteine der Psychotherapieforschung gelten, ein „Generic Model“ der Wirkfaktoren der Psychotherapie beschrieben.

H. Strupp: H. Strupp ist der Doyen der Psychotherapieforschung. Er ist emeritierter Professor für Psychologie der Vanderbilt Universität in Nashville, Tennessee.

Zahlreiche Publikationen und Lehrbücher, die als Standardwerke gelten. Die grosse Vanderbilt-Studie gilt als Meilenstein der Psychotherapieforschung. SPR-Mitglied mit dem wohl grössten Überblick über Stellung und Bedeutung der Psychotherapie.

G. Rudolf (Psychiater): G. Rudolf ist Direktor der Psychosomatischen Klinik des Universitätsklinikums in Hei-

delberg, Ordinarius der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg und Mitglied verschiedener Gremien zur Planung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. In Europa einer der wichtigsten Psychotherapieforscher und Autor zahlreicher Publikationen und Lehrbücher (u.a. Psychotherapeutische Medizin).

Autor der Berliner Psychotherapiestudie, der ersten grossen Untersuchung auf diesem Gebiet in Europa. Gegenwärtig von der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie beauftragt mit einer Untersuchung über Langzeitpsychotherapie, der auch eine Gruppe in Zürich angeschlossen ist (s. oben).

J. Frommer (Psychiater): Dr. med., M.A., Jahrgang 1955, ist Leiter der Forschungsstelle Qualitative Methoden in der Psychotherapeutischen Medizin an der Universität Düsseldorf. Seit 1996 Professur für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Magdeburg.

Mitherausgeber des Buches „Qualitative Psychotherapieforschung: Grundlagen und Methoden. Mitglied der SPR. Publikationen zur Psychotherapieforschung. Nimmt am Workshop

teil als Vertreter der qualitativen Psychotherapieforschung.

N. Duruz (Psychologe): Dr. N. Duruz ist Professor für Psychologie an den Universitäten Lausanne und Freiburg und Leiter der Postgraduiertenausbildung am Centre d'Etude de la Famille an der Abteilung für Psychiatrie in der Universität von Lausanne. Er hat eine psychoanalytische sowie eine systemische Ausbildung. Forschungsaufenthalte in den USA, an den Universitäten Cornell und New York.

Er ist Autor des Buches „Narcisse en quête de soi“.

D. Hell (Psychiater): 1944 geboren, studierte in Basel und Zürich Medizin. Nach seiner Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie leitete er als Chefarzt die ambulanten und stationären Dienste des Psychotherapiezentrum Schaffhausen. Seit 1991 ist er Ordinarius für klinische Psychiatrie an der Universität Zürich und ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Einen wissenschaftlichen Schwerpunkt seiner Forschungs- und Lehrtätigkeit bilden die Interaktionsweisen depressiver Menschen. Er hat mehrere Fachbücher veröffentlicht.

Die Angaben zu den Personen stammen aus der Einladung des BSV. Die Jury besteht aus Mitgliedern der paritätisch zusammengesetzten, das Projekt begleitenden Arbeitsgruppe. Die Zusammenstellung der Experten soll garantieren, dass die Kriterien zur WZW der Psychotherapie auf dem gegenwärtigen Stand des Wissens beruhen.

Für die offene, demokratische Art der Konsensfindung in diesem kontroversen Feld ist das BSV zu loben. Dieses Vorgehen unterscheidet sich grundsätzlich vom jenem anderer Regierungen, wo Expertisen in Auftrag gegeben werden, nach denen das Berufsfeld der Psychotherapie dann einseitig nach deren Gesichtspunkten geregelt werden soll. Damit wird das Wissen der PraktikerInnen nicht berücksichtigt, über ihre Köpfe hinweg verfügt und die freie Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Psychotherapie und deren Praxis behindert. Die schweizerische Haltung dürfte bedeuten, dass diese Kriterien einer ständigen Entwicklung unterworfen sein werden, welche vom wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs abhängt.

Mario Schlegel

Gedanken zu WZW

Wie kann der Nutzen von Psychotherapiemethoden untersucht werden?

Psychotherapiemethoden im Spannungsfeld zwischen Konsumentenschutz und Forschungsqualität

Das Bundesamt für Sozialversicherung hat mit Dr. Guido Mattanza einen Experten-Vertrag abgeschlossen. Er soll die Entwicklung eines Leitfadens für Kriterien zur Überprüfung des Nutzens psychotherapeutischer Methoden koordinieren (siehe der voranstehenden Artikel). Ich möchte dieses Unterfangen von der wissenschaftlichen Seite her betrachten: Wie ist der Stand der Psychotherapieforschung im Bereiche der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Methoden?

Von der Legitimationsforschung ...

Nachdem der generelle Nutzen von Psychotherapie in den sechziger Jahren belegt worden war („Psychotherapie wirkt besser als keine Psychotherapie“), ging es im anschliessenden „horse race“ (Pferderennen) der verschiedenen Therapiemethoden darum, welche Methode die wirksamste sei. Dieses Rennen endete mit dem berühmten „Dodo-Verdikt“: „Everybody has won, and all must have prizes!“ (Jeder hat gewonnen, und alle müssen einen Preis bekommen!) Die Unmöglichkeit, differentielle Wirkungen der verschiedenen Therapiemethoden empirisch nachzuweisen, zeigte sich in verschiedenen Meta-Analysen (z.B. Smith et al., 1980; Luborsky et al., 1993). Die Meta-Analyse von Grawe et al. (1994), welche das Vorliegen differentieller Therapie-Effekte behauptete, ist durch verschiedene Re-Analysen und grundsätzliche methodische Einwände (z.B. Leichsenring, 1996; Tschuschke und Kächele, 1996; weitere Beiträge und eine Übersicht dazu in Fähr-Barwinski und Fischer [im Druck]) in ihren zentralen Aussagen widerlegt worden, sodass das Dodo-Verdikt nicht als erschüttert gelten kann.

... und den kontrollierten Vergleichsstudien ...

Das klassische methodische Design, mit welchem das „Rennen“ zwischen

zwei verschiedenen Therapiemethoden „entschieden“ werden sollte, besteht darin, zwei möglichst homogene Patientengruppen mit zwei möglichst standardisierten Therapie-Ansätzen zu behandeln und Anfangs- und Endscores der beiden Gruppen im Hinblick auf bestimmte Therapie-Erfolgsparameter zu vergleichen.

So ergeben sich z.T. zwar tatsächlich statistisch signifikante Unterschiede, aber die Aussagekraft dieser Ergebnisse ist durch die Restriktionen des experimentellen Untersuchungsdesigns massiv eingeschränkt: Die Behandlungsbedingungen, die Auswahl der Patienten, insbesondere hinsichtlich der Komplexität und Schwere ihrer Störungen, die Therapiedauer entsprechen in keiner Weise den natürlichen Gegebenheiten der klinischen Alltagsversorgung. Die Therapeuten in der Alltagspraxis therapieren in der Regel nicht nach Therapiemanualen, sondern adaptieren ihre Methoden an die jeweiligen Patienten. Die Therapiedauer in der Alltagspraxis ist nicht aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen der Forschungsinstitutionen limitiert, sondern dem Schweregrad der Störung des Patienten angepasst. Ferner werden in quantitativen Studien aufgrund bestimmter theoriegeleiteter Mess-Instrumente (z.B. der kognitiven Verhaltenstherapie entstammende Depressions-Fragebögen) oft die entsprechenden Therapie-Ansätze bevorzugt, weil nur jene Variablen gemessen werden, an deren Veränderung jene Methode zielgerichtet arbeitet („Heimspiel-Problem“). Aus methodischen Gründen sind also die Aussagen über differentielle Therapie-Effekte, sofern sie aus kontrollierten Vergleichsstudien gewonnen wurden, mit Vorsicht zu verallgemeinern.

... zur naturalistischen Versorgungsforschung

Namhafte Forscher (Seligman, 1995; Talley et al., 1993) sprechen sich deshalb für Studien mit Methoden aus, welche der klinischen Realität mehr Rechnung tragen. Prospektive naturalistische Versorgungsstudien, die

eine grosse Zahl von Patienten untersuchen, welche „im Felde“ von verschiedenen Therapeuten mit verschiedenen Methoden behandelt werden, sind ungleich aufwendiger und teurer und erstrecken sich über eine längere Zeitspanne als die vergleichsweise „einfachen“ kontrollierten Therapievergleichsstudien. Von ihnen ist relevanter Aufschluss über die im Gesundheitswesen drängenden Fragen zu erwarten: Welche Störungen werden mit welchen Methoden optimal, d.h. wirksam und wirtschaftlich, behandelt? Welche empirisch gesicherten Indikations-Guidelines können aufgestellt werden?

Relevante Forschung braucht Zeit

Das BSV verlangt nun von den einzelnen Therapie-Methoden eine Legitimation ihrer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Damit das ganze nicht zu einer aufwendigen Alibi-Übung steinzeitlicher Legitimationsforschung verkommt, müssen einige Punkte beachtet werden:

1. Blosser „Legitimationsstudien“, in denen eine bestimmte Therapiemethode deskriptiv und quantitativ-statistisch ohne vertiefende inhaltliche Zielsetzung empirisch „beweist“, dass es den Patienten am Ende der Behandlung mit dieser Methode besser geht als am Anfang, bringen der Psychotherapieforschung keinen neuen Erkenntnisgewinn, auch wenn es sich um Therapie-Methoden handelt, welche das Stigma der mangelnden empirischen Legitimation tragen. Dass bei jeder nicht gerade schädlichen menschlichen Zuwendung irgendwelche positiven Effekte gefunden werden können, erstaunt nicht und spricht noch nicht für optimale Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer Therapiemethode.

Studien, in denen ohne Vergleiche zwischen verschiedenen Methoden und Störungen eine einzelne therapeutische Methode auf ihre spezifische Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit untersucht wird, machen jedoch dann Sinn, wenn vertiefende qualitative Forschungsansätze die quantitativen Daten bereichern und so Aufschluss über den idiosynkratischen Nutzen einer Therapiemethode geben.

2. Die Kriterien zur Überprüfung des Nutzens psychotherapeutischer Methoden sollten sich auf den von Schulte (1993) beschriebenen verschiedenen Ebenen der theoriegeleiteten Krankheits-Konstrukte, der klinischen Krankheits-Symptome und der Krankheitsfolgen bewegen.

3. Die quantitativen und die qualitativen Kriterien zur Prüfung des Nutzens sollten gleichwertig nebeneinander stehen.

4. Der gesundheitsökonomische Aspekt darf nicht vernachlässigt werden. Es ist das durch Psychotherapie mobilisierbare Sparpotential an anderen medizinischen Leistungen aufzuzeigen. Es sind Studien so zu konzipieren, dass sie diese Fragen beantworten. Hinweis: Das Psychotherapie Forum Supplement 2/97 befasst sich schwerpunktmässig mit der Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie.

5. Es sollte nicht vergessen werden, dass in keiner Weise sichergestellt ist, dass Freudsche oder Jungsche Analytiker z.B. in einheitlicher Weise „Analytische Psychologie“ bzw. „Freudsche Psychoanalyse“ betreiben. Die Idee einer Therapiemethode, welche durch verschiedene Therapeuten der gleichen Gruppierung den Patienten in der gleichen Form „verabreicht“ werde, ist ein empirisch nicht gesicherter „Uniformitätsmythos“.

Wenn diese Einschränkungen beachtet werden und dem Psychotherapiefeld in der Schweiz hinreichend Zeit eingeräumt wird für naturalistische Versorgungsstudien (d.h. etwa eine Dekade), kann der vom BSV zu entwickelnde Leitfaden ein erster Schritt in die Richtung der Erfüllung beider Anliegen sein, einerseits des Patienten- oder Konsumentenschutzes und andererseits einer Forschung, die diesen Namen verdient.

Literatur

- Fäh-Barwinski M, Fischer G (Hrsg) Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung – eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Psychosozial-Verlag, Giessen (im Druck)
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Leichenring F (1996) Zum Vergleich Psychoanalytischer Therapie und Verhal-

tenstherapie. Gruppenpsychotherapie und Psychodynamik 32: 205–234

Luborsky L, Diguier L, Luborsky E, Singer B, Dickter D, Schmidt KA (1993) The efficacy of dynamic psychotherapies: is it true that „everyone has won and all must have prizes?“. In: Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP (eds) Psychodynamic treatment research – a handbook for clinical practice. Basic Books, New York, pp 497–516

Schulte D (1993) Wie soll Therapie-Erfolg gemessen werden? Z Klin Psychologie 22: 374–393

Seligman M (1995) The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. American Psychologist 50: 965–974

Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) The benefits of psychotherapy. John Hopkins University Press, Baltimore

Talley PF, Strupp HH, Butler SF (1994) Psychotherapy research and practice: bridging the gap. Basic Books, New York

Tschuschke V, Kächele H (1996) What do psychotherapies achieve? A contribution to the debate centered around differential effects of different treatment concepts. In: Esser U, Pabst H, Speierer GW (eds) The power of the person-centered approach. GwG-Verlag, Köln, pp 159–181

*Dr. phil. Markus Fäh-Barwinski,
Zürich*

Efficacité, adéquation et caractère économique

Efficacité, adéquation et caractère économique vont bientôt faire partie du vocabulaire utilisé par les professionnels de la santé. L'OFAS a été chargé d'élaborer une ordonnance en matière d'inclusion des psychothérapeutes non-médecins dans la catégorie des fournisseurs de prestations obligatoirement remboursées par les caisses-maladie; mais il doit également préparer des critères permettant d'examiner l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique (l'utilité) des prestations, tels qu'ils sont exigés par la loi.

Concernant la prise en charge des coûts, l'art. 32 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dit ce qui suit:

1. Les prestations médicales doivent être efficaces, appropriées et économiques.

2. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.

Comment l'OFAS procède-t-il? Monsieur Pedro W. Koch a fourni des indications intéressantes lors d'une conférence qu'il a donnée à ce sujet. Il est fonctionnaire à l'OFAS, médecin, et collabore actuellement à l'élaboration de l'ordonnance en matière de psychothérapie non-médicale; il accompagne en outre le projet visant à définir la procédure permettant de démontrer l'utilité des méthodes psychothérapeutiques. Koch avait

également été co-auteur de l'ordonnance 8 (DFI, 1985), réglant la prise en charge par les caisses des traitements psychothérapeutiques menés par des médecins.

En sa qualité de coordinateur du projet mentionné ci-dessus, monsieur Koch avait été invité à donner une conférence lors d'une assemblée extraordinaire de la Société Suisse de Psychologie Analytique (SSPA). C'est lors de cette assemblée qu'il fut décidé de collaborer à la "Praxisstudie analytische Langzeittherapie", une étude menée par la Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychoanalyse und Tiefenpsychologie (DGPT) et dirigée par le professeur G. Rudolf. L'intervention de Koch devait mettre les participants au courant de l'attitude de l'OFAS concernant l'application de la loi. Les indications fournies devraient intéresser tous les psychothérapeutes suisses, médecins et non-médecins, et c'est pourquoi nous en publions un résumé. Dans la mesure où l'application de cette loi va déterminer notre avenir professionnel, il est important que nous soyons tenus au courant de manière aussi précise que possible. Je remercie le docteur Koch de m'avoir permis d'utiliser le texte de son intervention et ses diagrammes.

Le tableau 1 montre quelles sont les exigences posées par l'OFAS au niveau des prestations médicales.

Tableau 1. Que fait l'OFAS par rapport aux "prestations médicales" et à leur "utilité"?

Spectre des prestations médicales			
Prestations somatiques			prestations psychiques
Centres de technologie de pointe	Méthodes de la médecine préventive	Méthodes de la médecine complémentaire	Méthodes de la psychothérapie
implant cochléaire (surdité)	mandat OFAS à un expert chargé d'élaborer des critères permettant d'examiner l'utilité des méthodes de prévention	mandat OFAS à un expert chargé d'élaborer des critères permettant d'examiner l'utilité des méthodes complémentaires	mandat OFAS à un expert chargé d'élaborer des critères permettant d'examiner l'utilité des méthodes psychothérapeutiques
traitement chirurgical de l'épilepsie			
retransfusion de moëlle épinière (cancer)	présentation lors d'un atelier public en novembre 1997	présentation lors d'un atelier public en novembre 1997	présentation lors d'un atelier public en novembre 1997
transplantation du poumon			
transplantation du pancréas			
Positron-Emission-Tomography (PET)			
thérapie par ondes pulsées			
doivent tenir un registre d'évaluation	les critères doivent être opérationnels au:	les critères doivent être opérationnels au:	les critères doivent être opérationnels au:
rapport annuel	début 1998	début 1998	début 1998

C'est par souci de simplification que les prestations sont réparties en deux catégories: "somatiques" et "psychiques". On constate que les responsables des traitements utilisant des technologies de pointe doivent faire preuve de leur utilité une fois par an. Ils devront tenir à jour des registres d'évaluation – et assumer les coûts de cette démarche. Concernant les mesures de prévention, les prestations fournies dans le domaine de la médecine complémentaire et les méthodes de psychothérapie, l'OFAS a signé des contrats avec des experts, les chargeant d'élaborer d'ici à 1998 des critères permettant d'évaluer "l'utilité" des prestations relatives aux domaines mentionnés.

La Commission fédérale des prestations (CFP) ne dispose pas encore de critères standardisés permettant d'évaluer les méthodes de psychothérapie du point de vue médical et économique. C'est pourquoi elle a chargé l'OFAS de faire faire une expertise, dans laquelle serait incluse une liste de critères permettant d'examiner l'utilité des méthodes psychothérapeutiques. Cette expertise doit servir de base au travail de la délégation mandatée par la CFP; elle sera ensuite présentée et débattue

lors d'un atelier auquel participeront des experts suisses et étrangers, des spécialistes ainsi que d'autres responsables. Les critères définitifs seront fixés en fonction des résultats de cet atelier et intégrés à la publication de l'OFAS intitulée "Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen" (Manuel de standardisation de l'évaluation médicale et économique des prestations médicales, *notre traduction*).

Le mandat confié à l'OFAS et à ses experts sera donc réalisé en quatre étapes:

1. Le mandataire élabore les critères permettant d'examiner l'aspect "utilité" en rapport avec la psychothérapie. Il s'agira aussi de définir les notions d'efficacité, d'adéquation et de caractère économique, ainsi que celle de garantie de qualité au niveau des méthodes psychothérapeutiques. Il peut faire appel à d'autres experts, spécialistes des différentes orientations psychothérapeutiques.

2. Les critères élaborés par le mandataire seront débattus et révisés au sein d'une commission nommée à cet effet, en collaboration avec celui-ci et l'OFAS. (La commission "Méthodes de psychothérapie" est composée de

deux délégués des médecins [FMH], d'un délégué par groupement pour l'Association Suisse des Psychothérapeutes [ASP], la Fédération Suisse des Psychologues [FSP], la Conférence des Directeurs des Affaires Sanitaires [CSDAS], des organisations de patients, ainsi que d'un représentant de l'OFAS et du mandataire).

3. Evaluation des résultats de l'atelier et inclusion des révisions dans les critères.

4. Les critères révisés sont présentés à la CFP par le mandataire. Ce dernier doit ensuite rendre son rapport final à l'OFAS.

Le tableau 2 indique le calendrier prévu pour cette procédure.

Depuis, une invitation officielle à l'atelier a été envoyée (le 25 novembre). L'objectif de ce dernier y est décrit comme suit: "Tous les intéressés (divers professionnels de la médecine, assurances-maladie, hôpitaux, organisations de consommateurs et de patients) doivent être intégrés aussi tôt que possible dans le processus de décision, afin que des critères d'évaluation bénéficiant d'un soutien aussi large que possible puissent être élaborés".

L'atelier se fonde sur le modèle de la "conférence-élaboration d'un consensus" (Consensus Development

Conference), associant certains aspects d'une procédure devant tribunal avec ceux d'un débat public: un président dirige une assemblée au cours de laquelle experts et expertes présentent des rapports relatifs au savoir dont on dispose par rapport à un thème controversé. Un jury demande des précisions à ces derniers/ dernières et le public leur pose également des questions. La conférence se déroule en public et se termine par une déclaration finale. Il s'agit là d'une méthode appliquée dans le monde entier lorsqu'il s'agit de prendre des décisions par rapport à un problème intéressant à la fois des groupes de spécialistes et un public non-spécialisé. Elle a été élaborée d'abord dans le cadre des National Institutes of Health (USA) au début des années soixante-dix et a été, depuis, modifiée et améliorée.

Participeront en tant qu'experts nationaux et internationaux (sur proposition du docteur Guido Mattanza, mandataire de la CFP, qui entretient avec eux des contacts scientifiques):

D. Orlinsky, psychologue, auteur de nombreuses publications et chercheur connu dans le domaine de la psychothérapie (entre autres en tant que membre de la Society for Psychotherapy Research, SPR). Monsieur Orlinsky est également co-auteur d'un ouvrage

de référence intitulé "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change". En collaboration avec K. Howard et sur la base de l'une des plus importantes études entreprises à ce jour dans le domaine de la psychothérapie, il a aussi élaboré un "modèle générique" des facteurs actifs de cette dernière.

H. Strupp: doyen de la recherche en psychothérapie et professeur émérite de psychologie à l'Université Vanderbilt (Nashville, Tennessee). Nombreuses publications et traités utilisés comme ouvrages de référence. L'étude Vanderbilt est considérée comme une étape importante de la recherche en psychothérapie. Monsieur Strupp est le membre de la SPR qui est sans doute le mieux à même de mettre en évidence la position et l'importance de la psychothérapie.

G. Rudolf, psychiatre, directeur de la Clinique psychosomatique de l'Hôpital universitaire d'Heidelberg; professeur ordinaire à la Ruprecht-Karls-Universität (Heidelberg) et membre de différentes commissions chargées de planifier l'offre de santé en Allemagne. Monsieur Rudolf est l'un des principaux chercheurs européens en matière de psychothérapie et il est l'auteur de nombreux articles et traités (entre autres, "Psychotherapeutische Medizin"). C'est lui qui a dirigé l'étude menée en Allemagne

(la "Berliner Psychotherapiestudie"), l'une des premières recherches importantes entreprises en Europe. Il est actuellement chargé par la Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie de mener une étude s'intéressant à la psychothérapie à long terme (et à laquelle collabore un groupe zurichois, voir plus haut).

J. Frommer, dr. med., M.A., psychiatre, est né en 1955; il est directeur de l'institut rattaché à l'Université de Düsseldorf où l'on mène des recherches sur les méthodes qualitatives en médecine psychothérapeutique. En 1996 il a été nommé professeur de médecine psychosomatique et de psychothérapie à la Clinique psychiatrique universitaire de Magdebourg. Il est co-éditeur de l'ouvrage "Qualitative Psychotherapieforschung: Grundlagen und Methoden" et membre de la SPR. Il a publié différentes contributions à la recherche en psychothérapie et participe à l'atelier en tant que représentant d'une orientation quantitative.

N. Duruz, psychologue, professeur de psychologie aux Universités de Lausanne et Fribourg et directeur de la formation postgrade offerte par le Centre d'Etude de la Famille (département de psychiatrie de l'Université de Lausanne). Monsieur Duruz a une formation de psychanalyste et de thérapeute d'orientation systémique. Il a travaillé aux Etats-Unis (Cornell University et Université de New York) et est l'auteur de l'ouvrage "Narcisse en quête de soi".

D. Hell, psychiatre, né en 1944, études de médecine aux universités de Bâle et Zurich. Spécialisation en psychiatrie et psychothérapie puis médecin-chef des services ambulatoires et stationnaires du Centre de psychothérapie de Schaffhouse. Depuis 1991 professeur ordinaire de psychiatrie clinique à l'Université de Zurich et directeur médical de la Clinique psychiatrique universitaire de Zurich. A étudié entre autres les modes d'interaction des personnes souffrant de dépression. A publié plusieurs ouvrages spécialisés.

Les données concernant les personnes ci-dessus sont tirées de l'invitation envoyée par l'OFAS. Le jury est composé de membres de la commission paritaire accompagnant le projet. Le choix des experts doit permettre de garantir que les critères

Tableau 2. Le calendrier de l'OFAS

Evaluation des méthodes psychothérapeutiques et procédure d'admission des "psychothérapeutes non-médecins"	
Critères d'examen des méthodes de psychothérapie	Admission des psychothérapeutes
Signature du contrat d'expertise Novembre 96	Pré-projet OFAS envoyé pour consultation; Décembre 96
Esquisse de rapport d'ici à mars 97	Procédure de consultation DFI jusqu'en avril 97
Révision au sein de la commission (2 FMH, 1 ASP, 1 FSP, l'expert et l'OFAS) d'ici juillet 97	Evaluation de la procédure et mise au point des dispositions d'ici juillet 97
Débat au sein de la commission des prestations; août 97	Débat au sein de la commission des prestations; août 97
Atelier Novembre 97	Décision du Conseil fédéral Novembre 97
	Mise en vigueur de l'ordonnance 1er janvier 98
Remise du projet de rapport final d'ici à février 98	
Remise des critères définitifs à fin de publication; juin 98	

concernant l'utilité de la psychothérapie tiennent compte de l'état actuel de la connaissance dans ce domaine.

Nous ne pouvons que féliciter l'OFAS pour la manière ouverte et démocratique dont il tente de trouver un consensus dans un domaine très controversé. Il procède très différemment de ce qui s'est passé là où l'on a mandaté des experts dont le rapport doit définir unilatéralement les activités professionnelles des psychothérapeutes. En procédant ainsi

on ne tient pas compte du savoir dont disposent les praticiens, on prend des décisions sans les consulter et empêche la psychothérapie scientifique et sa pratique de continuer à évoluer librement. L'attitude adoptée en Suisse implique sans doute que les critères qui seront choisis seront, à l'avenir, soumis à une évolution en rapport avec le discours scientifique et sociétal.

Mario Schlegel

entre les groupes, mais la valeur de ces résultats est considérablement réduite par les restrictions imposées par la procédure: les conditions de traitement, la sélection des patients – du point de vue en particulier de la complexité et de la gravité de leurs troubles –, ainsi que la durée de la thérapie ne correspondent pas du tout aux conditions rencontrées habituellement dans le quotidien des traitements cliniques. Dans leur pratique quotidienne les thérapeutes ne travaillent généralement pas en suivant un manuel de thérapie, mais adaptent leurs méthodes à chaque patient. De même, la durée de leurs traitements n'est pas définie par les conditions imposées par les institutions de recherche; elle est adaptée à la gravité des troubles dont souffrent les patients. De plus, les responsables des études quantitatives préfèrent en général les approches pour lesquelles des instruments de mesure ont été créés en fonction de leur théorie (par ex., les questionnaires sur les dépressions qui ont été élaborés dans le contexte de la thérapie du comportement); en procédant ainsi, on peut ne mesurer que les variables que la méthode vise à influencer (problème de "l'équipe locale"). Pour des raisons d'ordre méthodique, il vaut donc mieux être prudent au moment de généraliser les données concernant les effets différenciés de la thérapie, du moins lorsqu'elles ont été acquises par le biais d'études comparatives contrôlées.

... vers une étude naturaliste de l'offre

C'est pourquoi des chercheurs connus (Seligman, 1995; Talley et al., 1993) considèrent qu'il faut utiliser des méthodes de recherche tenant mieux compte de la réalité clinique. Les études prospectives qui examinent l'offre sous un angle naturaliste, incluant un grand nombre de patients traités "sur le terrain" par des thérapeutes utilisant différentes méthodes, sont beaucoup plus complexes et plus coûteuses que les études comparatives dont nous avons parlé et qui, elles, sont relativement "simples"; elles exigent aussi un travail de plus longue durée. Mais elles peuvent fournir des données pertinentes en rapport avec les questions

Commentaire: Comment étudier l'utilité des méthodes de psychothérapie?

Les méthodes de psychothérapie entre la protection des consommateurs et une recherche de qualité

L'Office fédéral des assurances sociales a signé un contrat avec le docteur Guido Mattanza, le mandatant en tant qu'expert chargé de coordonner l'élaboration d'un guide devant permettre de définir les critères qui serviront à examiner l'utilité des méthodes de psychothérapie (voir l'article de Mario Schlegel dans le présent numéro). J'examine cette démarche du point de vue scientifique: où en est la recherche concernant l'efficacité et le caractère économique des méthodes psychothérapeutiques?

De la recherche visant à légitimer ...

L'utilité globale de la psychothérapie ayant été démontrée dans les années soixante ("une psychothérapie a des effets meilleurs que pas de psychothérapie du tout"), la "course de chevaux" entre différentes méthodes qui suivit devait servir à sélectionner la plus efficace d'entre elles. Cette course se termina sur un verdict du type "Everybody has won, and all must have prizes" (tout le monde a gagné et tout le monde doit recevoir un prix!). Différentes méta-analyses ont mis en évidence l'impossibilité dans laquelle on se trouvait de démontrer empiriquement et de manière différenciée les effets des diverses méthodes (cf. par ex., Smith et al., 1980;

Luborsky et al., 1993). L'idée soutenue par Grawe et al. (1994) sur la base de leur propre analyse globale, à savoir qu'il est possible de décrire de manière différenciée les effets des diverses thérapies, a été réfutée par les auteurs de diverses ré-analyses et par ceux qui ont mis en évidence les erreurs méthodiques caractérisant leur démarche (voir par ex. Leichsenring, 1996; Tschuschke et Kächele, 1996; ainsi que les différentes contributions et la synthèse présentées par Fähr-Barwinski et Fischer [à paraître]). On ne peut donc pas dire que le verdict ci-dessus a été vraiment mis en question.

... en passant par les études comparatives contrôlées ...

Le protocole classique utilisé pour découvrir qu'elle est celle de deux méthodes données qui a "gagné la course" peut être décrit comme suit: on prend deux groupes de patients aussi homogènes que possible, les traite sur la base de deux approches thérapeutiques aussi standardisées que possible et l'on compare le nombre de points obtenus par les deux groupes en début et en fin de traitement (ces points étant attribués en fonction de certains paramètres de succès).

Il est vrai qu'on obtient ainsi assez souvent des différences significatives

urgentes qui se posent dans le domaine de la santé publique: quelles sont les méthodes permettant de traiter de manière optimale – efficace et économique – quelles sortes de troubles? Quelles sont les indications pouvant être proposées sur la base d'une démarche de vérification empirique?

Une recherche pertinente prend du temps

L'OFAS exige des différentes méthodes de thérapie qu'elles démontrent leur efficacité, leur adéquation et leur caractère économique. Certains points doivent être pris en compte si l'on veut éviter que la démarche ne devienne un exercice complexe n'ayant que fonction d'alibi, de manière semblable aux recherches d'autant de l'âge de pierre qui visaient à légitimer notre discipline:

1. Les simples "études de légitimation", entreprises par une méthode donnée pour "démontrer empiriquement" que grâce à elle, les patients vont mieux en fin de traitement qu'au début et utilisant des procédures descriptives et statistico-quantitatives sans approfondir le niveau du contenu, n'apportent pas de nouvelles connaissances. Ceci s'applique même lorsqu'il s'agit des méthodes de thérapie auxquelles on reproche un manque de légitimation empirique. Le fait qu'un peu de chaleur humaine offerte à bon escient a des effets positifs à un niveau ou à un autre n'a rien de surprenant; mais il ne constitue pas une démonstration de l'efficacité et du caractère économique d'une méthode.

Il reste que les études s'intéressant à une seule méthode de thérapie – sans la comparer à d'autres et sans comparer le traitement de différents troubles – pour en examiner la spécificité du point de vue efficacité/adéquation/économie ne sont pas inutiles; il faut toutefois compléter l'acquisition de données quantitatives d'une approche qualitative plus en profondeur, qui permettra de fournir des indications sur l'utilité particulière – les idiosyncrasies – de cette méthode.

2. Les critères servant à examiner l'utilité des méthodes psychothérapeutiques doivent être en rapport avec les trois niveaux définis par

Schulte (1993): construction théorique de la maladie, symptômes cliniques et conséquences des troubles.

3. Il faut attribuer valeur égale aux critères quantitatifs et qualitatifs.

4. L'aspect économie de la santé ne devrait pas être négligé. Il s'agit donc de mettre en évidence les économies que la psychothérapie peut permettre de réaliser au niveau d'autres prestations médicales. Il faut élaborer les travaux de recherche de manière telle qu'ils permettent de répondre à ces questions. Attention: le supplément au Psychothérapie Forum 2/97 sera consacré en priorité au thème du caractère économique de la psychothérapie.

5. Il ne faudrait pas oublier qu'il n'est pas prouvé que, par exemple, tous les analystes freudiens ou tous les jungiens pratiquent de la même manière la "psychanalyse freudienne" ou la "psychologie analytique". L'idée que la formation dans une méthode donnée implique que les différents thérapeutes de la même école "administrent leurs traitements" de la même manière est un mythe ("mythe de l'uniformité") qui n'a nullement été démontré empiriquement.

Si l'on tient compte de ces restrictions et accorde suffisamment de temps aux professionnels de la psychothérapie travaillant en Suisse pour entreprendre des études de l'offre de type naturaliste (à savoir dix ans environ), le guide que l'OFAS a été chargé d'élaborer peut représenter un premier pas par rapport aux deux types de visées: celles des patients et de la protection des consommateurs, comme celles d'une recherche digne de ce nom.

Bibliographie: cf. version allemande



Dr. phil. Markus Fäh-Barwinski, Zürich

Start der Informationskampagne des SPV

Soziale Traumatisierung und Psychotherapie

Der Vorstand des Schweizer Psychotherapeuten-Verbandes hat beschlossen, 1997 eine eine gesundheitspolitische Informationskampagne durchzuführen. Das Ziel der Informationskampagne ist, an einem konkreten Beispiel den zentralen Stellenwert der Psychotherapie in der sozialen Grundversorgung aufzuzeigen. Das Thema der durch soziale Ereignisse und gesellschaftliche Umstände bedingten persönlichen Katastrophen und deren traumatisierende Folgen ist besonders geeignet, diese Botschaft zu vermitteln. Dabei kann effiziente PR nach innen und nach aussen gemacht werden:

1. PR nach aussen, in die Öffentlichkeit: Psychotherapie wird positioniert

als *wichtige Leistung für alle*, weil traumatisierende Ereignisse und Umstände jede und jeden treffen können. Damit wird dem immer noch verbreiteten Image der Psychotherapie (auch unter PsychotherapeutInnen) entgegengearbeitet, dass Psychotherapie eine abgehobene und für den Durchschnittsmenschen unverständliche Angelegenheit sei.

2. PR nach innen, für die PsychotherapeutInnen: Die Informationskampagne über Traumatisierungen ist auch ein Beitrag zur Veränderung des Berufsbildes und Selbstverständnisses der PsychotherapeutInnen: Psychotherapie ist nicht nur elitäre und „bürgerlich-idealistische“ Subjekt-Analyse, sondern setzt sich mit den

Folgen objektiver Gegebenheiten und traumatisierenden Realitäten auseinander (Objekt-Analyse).

Folgende zentrale Aussagen sollen der breiteren Öffentlichkeit und den Fachleuten im Sozial- und Gesundheitswesen nähergebracht werden:

1. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Traumatisierungen sind beträchtlich. Die traumatisierenden Erfahrungen reichen von Stellenverlust, Langzeitarbeitslosigkeit, Mobbing, Gewalt und Übergriffen, Verlusterlebnissen, Unfällen, Katastrophen hin zu Schicksalsschlägen und schweren Erkrankungen.

2. Ohne psychotherapeutische Hilfe entstehen massive chronische Folgeschäden bis hin zur Invalidisierung der Betroffenen.

3. Psychotherapie kann helfen, die Entwicklung und Chronifizierung von post-traumatischen Belastungszuständen und den damit verbundenen schweren Erkrankungen zu verhindern.

Mit folgenden Mitteln soll die Botschaft vermittelt werden: Die breitere Öffentlichkeit soll via Fernsehen und Presse angesprochen werden. Ein besonderes Gewicht legen wir auf die regionale Presse-Arbeit durch die Regionalverbände des SPV.

Für die interne Fortbildung wird am 7. Juni eine Tagung zur Traumatherapie (siehe Voranzeige in diesem Heft) stattfinden. Am 8. November ist eine öffentliche Tagung vorgesehen, um Fachleute des Sozial- und Gesundheitswesens, PolitikerInnen, Entscheidungsträger und Kader aus der Wirtschaft anzusprechen.

Ein Informationsblatt über Psycho-Trauma und Trauma-Therapie wird produziert, welches sich an potentielle Überweiser (Ärzte, Personalverantwortliche, andere Fachleute aus Sozial- und Gesundheitswesen) richtet.

*Markus Fäh-Barwinski,
Ko-Präsident SPV*

barkeit, Schreckhaftigkeit und Angstzustände. Die Erregung und Angst kann sich auch somatisch äussern (z.B. Magen- oder Kopfschmerzen).

Es erscheint auf den ersten Blick vielleicht sonderbar, dass soziale Erfahrungen wie z.B. Arbeitslosigkeit als traumatisierendes Erlebnis betrachtet werden (Barwinski Fäh, 1990, 1992; Gass, 1995). Solche „unspektakulären“ langsam verlaufenden sozialen Schädigungen wie Arbeitslosigkeit, Mobbing oder Verarmung sind kein einmaliges Schocktrauma, sondern ein kumulatives Trauma: Das Ich, d.h. die seelische Steuerungsinstanz, wird nicht in einem einmaligen und nur kurze Zeit dauernden Ereignis mit überwältigenden Reizen und Affekten überflutet, sondern durch über einen längeren Zeitraum sich erstreckende und sich wiederholende Über-Belastungen langsam zermürbt (Khan, 1963). Das kumulative Trauma kann deshalb auch ein PTBS zur Folge haben.

2. Psychodynamik des Traumas

In der Öffentlichkeit und in Fachkreisen wurde viel darüber diskutiert, wie echte Trauma-Opfer von Simulanten, d.h. Patienten, die Phantasien über z.B. sexuelle Übergriffe entwickelten und diese als Erfahrungen mitteilten, unterschieden werden könnten. Bei traumatisierten Menschen steht jedoch ein anderes Problem im Vordergrund: Menschen, die Traumata ausgesetzt waren, tun alles, um Geschehenes in ihrer Vorstellung ungeschehen zu machen. Das Problem in der Behandlung von Trauma-Opfern ist nicht das Vortäuschen von traumatischen Ereignissen, sondern das eigene innere gefühlsmässige und bewusste Erinnern des Traumas und – damit zwangsläufig verknüpft – die erneute Konfrontation mit den das Trauma begleitenden Gefühlen. Es ist z.B. bekannt, dass schwer traumatisierte Menschen in Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, den Weg in die Psychose oder den Suizid dem bewussten Anerkennen einer unerträglichen Realität vorziehen. Dies ist auch der Grund, warum z.B. in Familien Inzest zugelassen und geheimgehalten wird. Das Decken und Verleugnen der sexuellen Übergriffe ist nicht nur Feigheit oder Komplizenschaft mit dem Täter, son-

Psychotherapie bei sozialen Traumatisierungen

Soziale Einflüsse können einen krankmachenden seelischen Prozess auslösen – soziale Traumata verursachen –, die in der Regel nicht ohne therapeutische Hilfe verarbeitet werden können. Welche seelischen Folgen als Reaktion auf soziale Traumata verstanden werden müssen, wie deren psychische Dynamik beschrieben werden kann, und welche Folgerungen aufgrund dieser Überlegungen für die therapeutische Praxis und die Gesundheitspolitik gezogen werden müssen, soll im folgenden erläutert werden.

1. Welche seelischen Folgen sind Reaktionen auf soziale Traumatisierungen?

Im Schweregrad und in der Art unterschiedliche soziale Traumatisierungen wie Arbeitslosigkeit, Kriegserlebnisse oder sexueller Missbrauch haben ähnliche seelische Folgen, die mit einem bestimmten Syndrom – dem Posttraumatischen Belastungssyndrom (PTBS) – beschrieben werden.

Dieses Syndrom zeichnet sich durch folgende Symptome aus:

1. *Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen* – das Trauma läuft gewissermassen wie ein Film immer wieder innerlich ab oder verfolgt die Betroffenen in Form von Alpträumen oder plötzlich auftretenden „flashbacks“, wenn irgend ein Ereignis den das Trauma begleitenden äusseren Umständen entspricht.

2. Traumatisierte Menschen leiden unter dem *andauernden Gefühl emotionaler Betäubtheit*, sie wirken apathisch, scheinen gleichgültig gegenüber anderen Menschen zu sein und zeigen Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber.

3. Sie *vermeiden Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten*. Z.B. wird die Nähe zu anderen Menschen gemieden, um nicht erneut traumatisiert zu werden.

4. Weitere Folgen sind *Konzentrationschwäche, Nervosität, Hypererreg-*

dern auch ein Versuch, die mit dem Trauma verbundenen Gefühle abzuspalten. Die Wiederholung eigener Traumata an den Kindern schliesslich verhindert ebenfalls die Bewusstwerdung der eigenen Traumatisierung und den Zugang zu den eigenen abgespaltenen Gefühlen. Wenn den Kindern diejenigen Traumata zugefügt werden, welche die Eltern abspalten müssen, wird die nächste Generation zum Träger der eigenen Traumatisierung gemacht, und das Elend wird erneut verinnerlicht. Fachgerechte Psychotherapie ist deshalb unabdingbar, um den Zugang zu den abgespaltenen Gefühlen und Erinnerungen in einem schützenden Rahmen zu finden und das Trauma verarbeiten und integrieren zu können. Ohne Psychotherapie besteht die Gefahr, dass unbehandelte Traumata zu einem PTBS und zu für den traumatisierten Menschen, seine Umgebung und seine Nachfahren destruktiven Abspaltungs- und Wiederholungsprozessen führen.

3. Therapie

Da soziale Ereignisse Menschen in unterschiedlichem Ausmass seelisch schädigen können – entsprechend der Schwere des Traumas und der seelischen Ressourcen der Trauma-Opfer – bedarf es bei der Traumabehandlung eines unterschiedlichen therapeutischen Vorgehens entsprechend der Tiefe der Störung, die das Trauma bei den Betroffenen auslöst. Ich möchte diese Behauptung anhand eines Beispiels verdeutlichen:

Frau F., eine unauffällig, in Pastelltönen gekleidete Frau Anfang 30, wirkte beim Betreten meines Praxisraums eher schüchtern, beginnt dann aber schnell und offen über ihre Kündigung zu berichten. Sie verlor vor fünf Monaten ihre Stelle als Graphikerin. Die Entlassung sei für sie zwar nicht völlig überraschend erfolgt, aber als sie mitgeteilt bekam, sie müsse gehen, habe sie es im ersten Moment nicht wahrhaben wollen. Seither sei sie niedergeschlagen, eigentlich sehr depressiv, sitze nur in der Wohnung herum und komme morgens kaum aus dem Bett. Alles sei sinnlos geworden. Sie habe an nichts mehr Interesse und habe sich von allen ihren Bekannten zurückgezogen. Sie beschäftigte sich ständig mit

der Kündigung und den Spannungen, die ihrer Entlassung vorangegangen waren. Im Gespräch mit mir wirkte sie nicht anwesend, weggetreten. Sie berichtete über verschiedene psychosomatische Beschwerden wie Schlafstörungen, Magenbeschwerden, Übelkeit, die bis zum Erbrechen führen konnte. Ihre Symptome entsprachen dem PTBS.

In einem folgenden Gespräch schilderte Frau F., dass das Realisieren speziell dieser Beschwerden – ihrer Magenbeschwerden und Übelkeit – Panikgefühle und Todesangst in ihr auslösen würde. „Ich werde sterben, ich überlebe das nicht!“ schrie sie ausser sich und war kaum zu beruhigen. In diesen ersten Gespräch verstand ich nicht, warum Frau F. solche schweren Ängste erlebte. Im Verlauf der Therapie wurden ihre Symptome und Befürchtungen jedoch verständlicher. Als Frau F. fünf Jahre alt war, starb ihre ältere Schwester an einem Nierenversagen. Die Wochen vor ihrem Tod klagte diese ältere Schwester über Übelkeit und musste sich ständig erbrechen. Frau F. hielt der Schwester die Schale, wenn diese sich wieder übergeben musste. Mit dem Gefühl der Übelkeit und dem Erbrechen wurde bei Frau F. dieses frühe Kindheitstrauma reaktiviert: Der Tod der älteren Schwester und die Angst, das Schicksal der Schwester teilen zu müssen. Die pathologische Verarbeitung des Kindheitstraumas von Frau F. bestimmte die subjektive Bedeutung des kumulativen Traumas Arbeitslosigkeit.

Was Frau F. bei der Arbeitslosigkeit an die Erfahrungen ihrer Kindheit erinnerte, waren Gefühle absoluter Verlassenheit und Überforderung. Wie sie es ausdrückte: „Ich wusste nicht mehr ein noch aus. Ich hatte keinen inneren Schutzengel mehr.“

Neben diesen Gefühlen tiefer Einsamkeit und Hilflosigkeit wurde durch die Ausgrenzung, die Entlassung, bei Frau F. nicht nur ein altes Trauma wiederbelebt, sondern auch ein ungelöster Rivalitätskonflikt mit ihrer Schwester. „Ich habe immer alles das machen wollen, was die Schwester durfte. An Weihnachten wollte ich genau die Geschenke, die meine Schwester bekam – und nun plötzlich war ich die Älteste“, gestand sie. Ihre schweren Schuldgefühle führten dazu, dass sie den Verlust der Arbeits-

stelle als Strafe erlebte und sich mit der Schwester identifizierte – die gleichen Symptome entwickelte, unter denen diese kurz vor ihrem Tod gelitten hatte.

Ich möchte hier nicht weiter auf die unbewusste Dynamik dieser Patientin eingehen. Mit diesem Beispiel will ich zeigen, dass durch die Arbeitslosigkeit ein krankmachender innerer Prozess in Gang gesetzt wurde. Die Arbeitslosigkeit hatte eine kumulativ traumatisierende Wirkung auf Frau F. Diese aktuelle Traumatisierung führte zur Reaktivierung eines Kindheitstraumas und der mit diesem Trauma verknüpften neurotischen Konflikte.

Der Symptomatik von Frau F. lag eine vielschichtige Problematik zugrunde. Bei Frau F. hatte die Arbeitslosigkeit deshalb so verheerende Folgen, weil sie durch ihre persönliche Geschichte vorbelastet war. Wie die Erfahrung zeigt, wirkt Arbeitslosigkeit nicht auf alle Menschen gleich. Der Grund für die unterschiedliche Verarbeitung wurde bereits mit dem beschriebenen Fallbeispiel deutlich. Frau F. entwickelte bestimmte körperliche Symptome, die durch ihre spezifischen Konflikte bedingt waren. Die Ähnlichkeit der für Arbeitslose typischen Symptomatik muss dagegen auf eine traumatisierende Wirkung der sozialen Situation zurückgeführt werden, die mit der Arbeitslosigkeit für alle Betroffenen gegeben ist (Barwinski Fäh, 1992).

Welche Schlussfolgerungen können aufgrund dieser Überlegungen für die therapeutische Praxis – für den Umgang mit sozial traumatisierten Menschen – gezogen werden? Auf drei Ebenen sind psychotherapeutische Interventionen wirksam:

1. *Prävention des PTBS:* Die Entwicklung eines PTBS kann verhindert werden, wenn schon während der „Entstehung“ des sozialen Traumas (bei Arbeitslosen z.B. während der Kündigungsfrist) psychotherapeutische Gespräche die Ressourcen so stärken, dass der bzw. die Betroffene gegenüber dem potentiellen Trauma „Abwehrkräfte“ mobilisieren kann. Diese Massnahme betrifft nicht in erster Linie die therapeutische Praxis, sondern eine wirkungsvolle Präventionsarbeit, die Information und Massnahmen zur Traumaverhinderung beinhaltet.

2. *Fokaltherapie*: Betroffene, die bereits ein PTBS entwickelt haben, d.h. die Symptome einer akuten Traumatisierung zeigen, müssen fokaltherapeutisch behandelt werden. Die Fokaltherapie zentriert sich um das traumatisierende Ereignis, dessen Folgen und subjektive Bedeutung (Barwinski Föh, 1996). Rechtzeitige psychotherapeutische Hilfe kann bei diesen Betroffenen die Entwicklung eines pathologischen Prozesses verhindern und schwere seelische Störungen bei den Betroffenen und ihrer sozialen Umgebung vermeiden. Wenn die Fokaltherapie rechtzeitig einsetzt und der bzw. die Betroffene keine prätraumatischen tiefergehenden neurotischen Probleme hat, kann diese in zeitlich limitiertem Rahmen stattfinden.

3. *Weiterführende Psychotherapie*: Menschen, bei denen durch Traumata schwere ungelöste neurotische Konflikte mobilisiert werden oder frühere unverarbeitete Traumata reaktiviert werden, bedürfen weiterführender Psychotherapie, um das Grundproblem zu behandeln. Frau F. ist für diese Problemgruppe ein Beispiel.

Therapie mit traumatisierten Menschen erfordert spezifische therapeutische Haltungen und Techniken. In der Therapie von Frau F. ging es vor allem darum, ihre Gefühle zu verstehen und ihr Halt zu geben, um die traumatische Wirkung der Arbeitslosigkeit abzumildern. Allmählich wurde es möglich, die alten Ängste, Schuldgefühle und Kränkungen zu verarbeiten und ihr Kindheitstrauma zu rekonstruieren, Gefühle und Erinnerungen miteinander zu verbinden. Ihre ungelöste Rivalitätsproblematik musste bearbeitet werden, damit es Frau F. möglich wurde, entsprechend ihren Fähigkeiten zu leben. Frau F. begann im Verlauf der Therapie einen neuen Beruf zu erlernen. Sie wurde Lehrerin.

Als Therapeutin hatte ich vor allem vier Aufgaben zu berücksichtigen, die vereinfachend wie folgt beschrieben werden können:

1. „Containing“ (Bion, 1990) – eine haltgebende Haltung, um die traumatische Wirkung der Arbeitslosigkeit zu mildern

2. Abwehrarbeit und Rekonstruktion: pathologische Verarbeitung bereits bestehender Traumata aufzudecken und die Traumata zu rekonstruieren
3. Konflikteinsicht: durch Charakteristika der Situation manifest werdende Konflikte zu lösen und
4. Ressourcen-Aktivierung: Die Therapie soll vorhandene Ressourcen stärken und dazu verhelfen, neue konstruktive Bewältigungsformen zu entwickeln.

4. Gesundheitspolitik

Soziale Traumatisierungen und deren gesundheitliche Folgen nehmen einen immer grösseren Stellenwert ein. Ohne qualifizierte psychotherapeutische Versorgung werden die Betroffenen und ihr soziales Umfeld geschädigt. Es entsteht nicht nur schwerer Schaden an der individuellen Gesundheit, sondern durch das Ausmass sozialer Traumatisierungen bedingt auch an der Volkswirtschaft. Psychotherapie muss deshalb ein zentraler Bestandteil des sozialen Gedankengutes und der psychosozialen Versorgung sein. Es braucht geeignete Präventionsarbeit und einen spezifischen, auf die Problematik sozial traumatisierter Menschen hin konzipierten Therapieansatz, der entsprechend der Schwere der Störung modifiziert werden muss und dementsprechend auch eine auf die jeweilige Problematik abgestimmte Therapiedauer erfordert (vgl. Beutler und Clarkin, 1990).

Literatur

- Barwinski Föh R (1990) Die seelische Verarbeitung von Arbeitslosigkeit. Eine qualitative Längsschnittstudie mit älteren Arbeitslosen. Profil, München
- Barwinski Föh R (1992) Arbeitslosigkeit: Trauma oder Konfliktreaktivierung? Forum Psychoanal 8: 311–326
- Barwinski Föh R (1996) Ein psychoanalytisch orientiertes Therapiekonzept für Erwerbslose mit seelischen oder seelisch bedingten Erkrankungen: die subjektive Bedeutung der Arbeit und Arbeitslosigkeit als Fokus einer Kurztherapie. Internes unveröffentlichtes Arbeitspapier zuhanden des SPV. Zürich, September 1996
- Beutler LF, Clarkin JF (1990) Systematic treatment selection. Toward targeted therapeutic interventions. Brunner/Mazel, New York
- Gass R (1995) Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit langfristig bei Arbeitslosigkeit? Schriftenreihe der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana, Nr 16, S 43–56
- Khan MR (1963) Das kumulative Trauma. In: Khan MR (Hrsg) Selbsterfahrung in der Therapie. Kindler, München, S 50–70



Dr. phil. Rosmarie Barwinski
Zürich

Lancement de la campagne d'information ASP

Traumatisation sociale et psychothérapie

Le comité de l'Association Suisse des Psychothérapeutes a décidé de mener en 1997 une campagne d'information en rapport avec la politique de la santé. Cette campagne utilisera un exemple concret pour montrer que la psychothérapie doit jouer un rôle central dans le contexte de l'offre de base sociale. Le thème du déclenchement, à partir de facteurs et de situations

d'ordre sociétal, de crises personnelles ayant des effets traumatisants nous a paru particulièrement bien convenir à la diffusion de ce message. Il permet d'entreprendre une démarche RP efficace, axée vers l'extérieur et l'intérieur:

1. Vers l'extérieur, dans le grand public: positionnement de la psychothérapie en tant que *prestation im-*

portante dont tout le monde doit pouvoir bénéficier puisque chacun/e peut subir les atteintes de facteurs traumatisants. Ce faisant, nous modifions l'image encore très répandue (même parmi les thérapeutes) qui fait de la psychothérapie quelque chose d'hermétique, qui ne peut être saisi par l'homme du commun.

2. Vers l'intérieur, pour les psychothérapeutes: la campagne doit également contribuer à modifier l'image que les thérapeutes ont de leur métier et leur identité professionnelle. La psychanalyse n'est pas seulement analyse élitaire destinée au sujet de type "bourgeois et idéaliste"; elle se préoccupe également des conséquences d'événements concrets et de réalités traumatisantes (analyse de l'objet).

Les principaux énoncés ci-dessous doivent être communiqués à un large public et aux spécialistes des domaines du social et de la santé:

1. Les traumatismes jouent un rôle considérable par rapport aux atteintes à la santé. Ils sont provoqués par la perte d'un emploi, le chômage de longue durée, les harcèlements ("mobbing"), la violence et les infractions, les deuils et séparations, les accidents et les catastrophes, y compris les coups du sort et les maladies graves.

2. Si les traumatisés ne reçoivent pas de soutien thérapeutique, ils souffrent

de séquelles chroniques importantes pouvant conduire à l'invalidité.

3. La psychothérapie peut contribuer à éviter que des états de stress post-traumatique ne se prolongent et ne deviennent chroniques, s'accompagnant de troubles graves.

Le message doit être transmis par les biais des moyens suivants: la télévision et la presse pour le grand public, une importance particulière étant attribuée au travail effectué à ce niveau par les associations régionales affiliées à l'ASP. Concernant la formation continue, une rencontre sur le thème de la thérapie des traumatismes aura lieu le 7 juin (voir encadré dans le présent numéro). Une rencontre publique est prévue pour le 8 novembre; elle doit permettre d'interpeller les spécialistes du social et de la santé, les politicien/nes, les décideurs/déceuses et les cadres travaillant pour l'économie. Un feuillet d'information sera publié, fournissant des indications sur les traumatismes psychiques et leur thérapie et destiné à ceux qui pourraient conseiller aux personnes concernées de suivre un traitement (médecins, responsables des ressources humaines, autres spécialistes du social et de la santé).

*Markus Fähr-Barwinski,
co-président ASP, Zurich*

de la personne concernée ou la poursuit sous forme de cauchemars ou de "flashbacks" soudains, se manifestant à chaque fois que quelque chose arrive qui ressemble à la situation dans laquelle le traumatisme s'est produit.

2. Les sujets traumatisés souffrent dans un contexte durable d'un *sentiment d'émoussement émotionnel*, ils semblent apathiques, détachés par rapport aux autres et se comportent de manière insensible par rapport à leur environnement.

3. Ils évitent les activités ou les situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme, s'interdisant par exemple les contacts affectifs étroits pour éviter d'être à nouveau traumatisés.

4. Autres symptômes: difficulté à se concentrer, nervosité, hypervigilance, état de "qui-vive" et anxiété. L'hypervigilance et l'anxiété peuvent également se traduire en symptômes somatiques (douleurs d'estomac, par ex., ou céphalées).

Il peut paraître au premier abord curieux que des vécus sociaux tels par ex. le chômage puissent être considérés comme événements traumatisants (Barwinski Fähr, 1990, 1992; Gass, 1995). Le chômage, le mobbing (ou harcèlement non-sexuel) ou une forte diminution des revenus sont des atteintes relativement "peu spectaculaires", se produisant lentement; elles ne causent pas un choc traumatique unique, mais bien plutôt un traumatisme cumulatif: le Moi, l'instance de régulation psychique, n'est pas submergé pour une brève période par des stimuli et des affects qu'il ne peut gérer; mais il est progressivement épuisé par les surcharges répétitives, au cours d'un espace de temps de longue durée (Kahn, 1963). Ces traumatismes cumulés peuvent donc également provoquer les symptômes de l'ESPT.

2. Aspects psychodynamiques du traumatisme

Un large débat a été mené dans le grand public et dans les milieux spécialisés sur la question de savoir comment les victimes d'un traumatisme authentique peuvent être distinguées des simulateurs – par exemple, des patients qui fantasment un abus sexuel et en parlent comme d'une réalité. Or, concernant les personnes ayant

La psychothérapie des traumatismes sociaux

Des facteurs d'ordre sociétal peuvent déclencher un processus psychique qui rend malade – ils peuvent être la cause de traumatismes sociaux; en règle générale ces derniers ne peuvent être gérés sans soutien thérapeutique. Le présent article traite des questions suivantes: Quels sont les phénomènes psychiques qui doivent être entendus en tant que réactions à des traumatismes sociaux? Comment leur dynamique peut-elle être décrite? Quelles sont les conséquences des réponses qui seront proposées à ces questions au niveau de la pratique thérapeutique et de la politique de la santé?

1. Quels sont les phénomènes psychiques qui sont réactions à des traumatismes sociaux?

Des traumatismes sociaux variables du point de vue de leur gravité et de la manière dont ils se produisent (mise au chômage, guerre, abus sexuel) provoquent des phénomènes psychiques similaires. Ces derniers constituent un syndrome, appelé "état de stress post-traumatique" (ESPT) et associant les symptômes suivants:

1. *Le traumatisme est constamment 'revécu' dans des souvenirs envahissants* – il se déroule sans cesse comme une sorte de film dans l'esprit

Soziale Traumatisierung und Psychotherapie – Theoretische Konzepte und Behandlungsansätze

Samstag, 7. Juni 1997, Restaurant Neues Klösterli, Zürich

Programm:

Vormittag:

Zwei Hauptreferate zu den Themen:

- Einführung in die Psychotraumatologie
- Behandlungskonzepte für Psycho-Traumata

Nachmittag:

Parallel-Workshops zu den Themen:

- Akut-Interventionen, Fokaltherapie, Langzeit-Therapie, spezielle Klinik
- Abschließende Plenumsdiskussion

Das definitive Programm erscheint im April und kann auf dem Sekretariat des SPV, Weinbergstrasse 31, 8006 Zürich, Tel. 266 64 00, bestellt werden

Soziale Traumatisierung und verinnerlichte Gewalt

Samstag, 8. November 1997, in Zürich

Eine öffentliche Tagung für ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen, SozialarbeiterInnen, andere Fachleute des Sozial- und Gesundheitswesens, Betroffene, Behörden, PolitikerInnen

Traumatisation sociale et psychothérapie – concepts théoriques et approches thérapeutiques

Samedi 7 juin 1997, au restaurant Neues Klösterli, Zurich

Programme:

Matinée:

Deux contributions sur les thèmes suivants:

- introduction à la psychotraumatologie
- concepts de traitement des psycho-traumatismes

Après-midi:

Ateliers parallèles:

- interventions de crise, thérapie focale, traitement à long terme, clinique spécialisée
- Suivis d'un débat en assemblée plénière

Le programme définitif paraîtra en avril – à commander auprès du secrétariat ASP, Weinbergstrasse 31, 8006 Zurich (tél. 01 266 64 00)

Traumatisation sociale et violence intériorisée

Samedi 8 novembre 1997, à Zurich

Une rencontre publique ouverte aux médecins, aux psychothérapeutes, psychologues, psychiatres, assistant/es sociaux/sociales et autres professionnels du social et de la santé, ainsi qu'aux personnes concernées, aux autorités publiques et aux politicien/nes

vécu un traumatisme, un aspect spécifique joue un rôle de premier plan: celles-ci font tout ce qu'elles peuvent pour se convaincre elles-mêmes qu'il ne s'est rien passé. Le problème au niveau du traitement des victimes d'un traumatisme n'est donc pas qu'elles simulent, mais qu'elles ont peine à se remémorer consciemment et à revivre émotionnellement le traumatisme et ont peur des conséquences inévitables: un nouvel affrontement aux émotions l'ayant accompagné. On sait par exemple que certaines personnes qui avaient souffert un traumatisme grave et qui se sont retrouvées dans une situation qui en a brusquement réveillé le souvenir ont préféré tomber dans la psychose ou se suicider plutôt que d'admettre consciemment une réalité insupportable. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, par exemple, dans certaines familles l'inceste est toléré et tenu secret. Ce n'est pas simplement par lâcheté ou par complicité avec le coupable qu'on protège ce dernier et refuse d'admettre les abus sexuels; il s'agit là également d'une tentative de dissocier les émotions liées au traumatisme. Les personnes enfin qui ont été elles-mêmes traumatisées et qui infligent des traumatismes à leurs enfants le font pour éviter de se souvenir de leur propre vécu et de s'affronter aux affects dissociés. Lorsque des parents infligent à leurs enfants les traumatismes qu'ils ont dû refouler, ils transmettent leur propre traumatisme à la génération suivante – et toute la souffrance est à nouveau intériorisée. C'est pourquoi un traitement psychothérapeutique adéquat est indispensable; il offre un cadre protégé permettant aux personnes concernées de retrouver les émotions et souvenirs dissociés et donc de gérer le traumatisme et de l'intégrer. Sans psychothérapie le risque existe que le traumatisme non traité provoque un ESPT et conduise à des processus destructifs de dissociation et de répétition, ce qui aura des conséquences à la fois pour la personne directement concernée et pour ses proches et descendants.

3. Thérapie

Dans la mesure où des événements sociaux peuvent causer des atteintes psychiques plus ou moins prononcées

– en fonction de la gravité du traumatisme mais aussi des ressources psychiques dont dispose la victime –, la procédure appliquée dans le traitement des victimes de traumatismes doit être adaptée à la gravité des troubles dont souffrent ces dernières. Un exemple va me permettre d'expliquer cet aspect.

Madame F., début de la trentaine, d'apparence discrète et vêtue de tonalités pastel, paraît assez timide lorsqu'elle entre dans mon bureau; mais elle commence très vite à me raconter ouvertement comment elle a été congédiée. Elle a perdu il y a cinq mois son emploi de graphiste. Elle s'y attendait un peu, mais au moment où on lui a fait savoir qu'elle était renvoyée elle n'a d'abord pas voulu l'admettre. Depuis elle se sent abattue, et même très déprimée; elle passe ses journées chez elle, sans rien faire, et a peine à se lever le matin. Tout semble avoir perdu son sens. Elle ne s'intéresse plus à rien et a rompu le contact avec tous ses amis. Elle pense sans cesse à son renvoi et aux tensions qui l'ont précédé. Durant notre entretien elle semble comme absente, pas vraiment concernée. Elle indique qu'elle souffre de différents troubles psychosomatiques (troubles du sommeil, maux d'estomac, nausées s'accompagnant parfois de vomissements). Ses symptômes correspondent à ceux d'un ESPT.

Plus tard, Madame F. ajoute que lorsqu'elle se rend compte que ses symptômes apparaissent – maux d'estomac et nausée – elle panique et souffre d'une angoisse terrible. Elle crie, semblant avoir perdu tout contrôle: "Je vais mourir, je ne peux pas survivre à ça!" et j'ai beaucoup de peine à la calmer. Lors de ce premier entretien je ne compris pas d'où venaient les angoisses de ma cliente. Mais en cours de thérapie ses symptômes et ses craintes devinrent plus intelligibles. Lorsque madame F. avait cinq ans, sa soeur aînée mourut d'insuffisance rénale. Pendant les semaines qui précédèrent son décès, cette dernière se plaignait de nausées et vomit constamment. Madame F. tenait le bol dans lequel sa soeur vomissait. Les nausées et les vomissements dont elle souffre maintenant ont réactivé le traumatisme vécu dans son enfance: le décès de la soeur aînée et la peur de subir le même sort. La

manière pathologique dont madame F. a géré son traumatisme d'enfance détermine la signification que, subjectivement, elle attribue au traumatisme cumulatif que représente le chômage.

Les aspects de ce dernier qui rappellent à madame F. le vécu de son enfance sont associés à un sentiment d'abandon total et d'incapacité à gérer la situation. Comme elle le dit: "Je ne savais plus que faire. J'avais l'impression de ne plus avoir d'ange gardien en moi." En plus des sentiments de profonde solitude et d'impuissance, l'exclusion qu'avait représenté son renvoi avait aussi réactivé, avec l'ancien traumatisme, les conflits de rivalité qui l'opposaient à sa soeur: "J'ai toujours voulu faire ce qu'on lui permettait. A Noël je voulais recevoir exactement les mêmes cadeaux qu'elle – et tout à coup ce fut moi l'aînée". De profonds sentiments de culpabilité la poussèrent à considérer la perte de son travail comme une punition et à s'identifier avec sa soeur, dans le sens où elle commença à manifester des symptômes identiques à ceux dont cette dernière avait souffert juste avant sa mort.

Je renonce à décrire plus en détail la dynamique inconsciente des troubles dont souffrait cette patiente. En présentant cet exemple j'ai voulu montrer que dans son cas, le chômage avait mis en marche un processus intérieur qui la rendait malade. En d'autres termes, le chômage avait un effet traumatisant cumulatif sur madame F. La traumatisme dont elle avait souffert récemment avait réactivé un traumatisme vécu dans son enfance et les conflits névrotiques associés à ce dernier.

Derrière les symptômes dont souffrait madame F. se situait une problématique complexe. Dans son cas, le chômage eut des conséquences aussi extrêmes parce que sa biographie personnelle comportait déjà des aspects problématiques. On sait par expérience que la perte d'un emploi n'a pas le même effet sur tout le monde. La description du cas ci-dessus a montré quelles sont les raisons de ces différences. Les symptômes physiques bien définis dont souffrait madame F. étaient en rapport avec ses conflits spécifiques. Par contre, la symptomatologie typique qui a été observée dans le cas de nombreux

chômeurs est en rapport direct avec les effets traumatisants d'une situation sociale qui est toujours la même, dès lors que quelqu'un est mis au chômage (Barwinski Fäh, 1992).

Quelles sont les conséquences des aspects dont nous avons traité au niveau de la pratique thérapeutique, soit de la manière de traiter des personnes souffrant d'un traumatisme social? Les interventions thérapeutiques peuvent agir à trois niveaux:

1. *Prévention de l'ESPT*: il est possible d'éviter que l'individu ne souffre d'un ESPT, à condition que dès la "formation" du traumatisme (dans le cas des chômeurs, pendant la période de préavis déjà) des entretiens thérapeutiques soient menés qui servent à renforcer leurs ressources psychiques, de telle sorte que la personne soit en mesure de mobiliser des "défenses" qui lui permettront de mieux gérer la situation. Ce type de démarche n'est pas directement lié à la pratique thérapeutique, mais à un travail efficace de prévention comportant la diffusion d'informations et des mesures permettant d'éviter la traumatisation.

2. *Thérapie focale*: les personnes qui souffrent déjà d'un ESPT, donc des symptômes d'un traumatisme aigu, doivent être traitées dans le cadre d'une thérapie focale. Cette dernière se centrera sur l'événement traumatisant, ainsi que sur ses effets et sa signification subjective (Barwinski Fäh, 1996). En offrant assez tôt aux individus concernés un soutien thérapeutique, on peut éviter que des processus pathologiques s'établissent, provoquant de graves troubles psychiques en eux et dans leur environnement social. Lorsque la thérapie focale est mise en oeuvre à temps et que la personne concernée ne souffre pas de problèmes névrotiques profonds datant d'avant le traumatisme, le traitement peut être de durée limitée.

3. *Psychothérapie*: les personnes chez lesquelles le traumatisme mobilise de graves conflits névrotiques non-résolus ou réactive d'anciens traumatismes ont besoin d'une psychothérapie plus en profondeur, qui permettra de traiter le problème initial. Madame F. serait à classer dans ce groupe.

La thérapie de personnes traumatisées requiert des attitudes et des techniques spécifiques. Dans le cas de madame F. il s'agissait surtout de comprendre son expérience émotionnelle et de lui offrir un soutien permettant d'atténuer les effets traumatisants de sa mise au chômage. Il devint progressivement possible de travailler sur ses vieilles peurs, ses sentiments de culpabilité et ses blessures, puis de reconstruire le traumatisme vécu dans son enfance et de retracer ses associations affectives et son souvenir. Il a fallu travailler sur son problème de rivalité, afin qu'elle soit en mesure de vivre au niveau de ses propres capacités. En cours de thérapie madame F. entreprit une nouvelle formation et devint enseignante.

Ma tâche en tant que thérapeute devait se situer sur les quatre axes brièvement décrits ci-dessous:

1. "Containing" (Bion, 1990) – une attitude de soutien qui a permis d'atténuer les effets traumatiques de la mise au chômage
2. Travail sur les défenses et reconstruction: mettre en évidence la gestion pathologique de traumatismes existants et reconstruire ces derniers
3. Discernement des conflits: résoudre les conflits que les caractéristiques de la situation ont rendus manifestes et

4. activation des ressources: la thérapie doit servir à renforcer les ressources à disposition et aider à élaborer de nouveaux modes constructifs de gestion.

4. Politique de la santé

Les traumatismes sociaux et leurs effets sur la santé acquièrent une importance croissante. Lorsqu'aucune offre psychothérapeutique qualifiée n'est à leur disposition les acteurs concernés et leur environnement social subissent des dommages. La santé de l'individu est gravement atteinte d'une part, mais d'autre part la fréquence de ces traumatismes a des effets au niveau de l'économie. C'est pourquoi il s'agit d'accorder à la psychothérapie une place centrale dans le contexte d'une politique sociale et de l'offre psychosociale. Un travail adéquat de prévention est indispensable, de même qu'une approche thérapeutique spécifique, conçue pour traiter les problèmes dont souffrent les personnes traumatisées au niveau social. Cette approche doit être adaptée à la gravité des troubles et, dans ce sens, la durée des traitements variera en fonction des problèmes présentés par les clients (cf. Beutler et Clarkin, 1990).

Bibliographie: cf. version allemande

Rosmarie Barwinski, dr. phil., Zurich

Die „Charta“ und der SPV sollen entflochten werden

1. Die Verflechtung von Charta und SPV ist historisch begründet

Als 1988 die Idee entstand, die verschiedenen Psychotherapierichtungen miteinander ins Gespräch zu bringen, waren die ausbildenden Verbände und Institutionen noch kaum miteinander im Gespräch. Die erste Sitzung brachte überraschend schnell den übereinstimmenden Willen, eine minimale formale Übereinstimmung der Ausbildungsgänge zu erzielen und sich auf einen Basistext zu einigen. Als dieser Text beschlussreif war,

stellten sich die Fragen, a) wer und mit welcher Infrastruktur die *Beschlüsse bekannt machen* wird und b) wer *gewährleistet*, dass die *Einhaltung* der Abmachungen auch dokumentiert wird und die gegenseitigen Kontakte weitergeführt, die Charta weiterentwickelt werden kann.

Da der SPV die bedeutendste schulenübergreifende Organisation mit ausgebauter Infrastruktur war, wurde ihm das *Mandat* übertragen, die *Charta nach aussen zu vertreten*.

Für die Aufgabe b) wurde die *Ausbildungskommission* gegründet. Sie

wurde organisatorisch der Delegiertenkammer des SPV zugeordnet, die ebenfalls Zugriff zur Infrastruktur des SPV hat.

Heute stellt sich die organisatorische Frage neu: Einerseits ist – als Folge des Ausbaus der Charta und ihrer Ausbildungskommission – das Doppelmandat des Delegiertenobmanns als Vorstandsmitglied SPV und zugleich Leiter der Charta arbeits-technisch nicht mehr zu bewältigen. Andererseits hat sich die standespolitische Situation in den letzten Jahren derart verschärft, dass die Arbeit in der Ausbildungskommission immer mehr in den Sog und Zugzwang der Standespolitik der Nicht-Ärzte geriet. Darob wurden einige bedeutende Zielsetzungen der Charta in den Hintergrund gedrängt und ihre Weiterentwicklung verzögert.

Grundsätzlich ist die Charta kein standespolitischer Text, sondern eine Entwicklungsplattform für Psychotherapie verschiedener Provenienz und für alle PsychotherapeutInnen, ob Psychologen, Ärzte oder mit anderer geeigneter Vorbildung. Die Charta legt das Schwergewicht auf die Weiterbildung (Spezialausbildung) zum Psychotherapeuten.

2. Aufgaben, die die Charta zu lösen hat

Die Charta bezweckt, folgende Aufgaben zu lösen:

1. Qualitätsgarantie in der Ausbildung
2. Forschungsgemeinschaft
3. schulübergreifende Fortbildung
4. Qualitätsgarantie für Landesregeln

Die vier Aufgaben sollen wieder unabhängig von der jeweils aktuellen berufspolitischen Grosswetterlage resp. den Hoffnungen und Befürchtungen des Berufsstandes und der Krankenkassen verfolgt werden können und folgende Resultate bringen:

a) *transparente Begutachtungen der Ausbildungsgänge* (Gewährleistung der Charta-Standards). Sie hat dabei weder äussere Vorgaben bei den Institutionen durchzusetzen, noch den Entwicklungsstand der Institutionen zu beschönigen.

Die Resultate des Gewährleistungsverfahrens werden nach Diskussion und Verabschiedung durch die Aus-

bildungskommission als Ganzer dokumentiert und stehen der Öffentlichkeit zur Verfügung.

b) Die Charta baut eine *Forschungsplattform* auf, die einerseits den Gewährleistungsausschuss unterstützt (Wissenschaftsstandards usw.), andererseits schulübergreifendes Wissen im Bereich Psychotherapie generiert. Für die Diskussion der Forschungsergebnisse besteht einerseits das Kolloquium, andererseits das *Forum Psychotherapie*.

c) *Schulenübergreifende Fortbildungsangebote*. Diese zusätzliche Aufgabe kann aus der Forschungsinstitution herauswachsen oder parallel aufgebaut werden. Ein Ansatz dazu besteht bereits im Angebot des Ergänzungsstudiums.

d) Die *Landesregeln* werden harmonisiert und die eigenständigen Landeskommissionen der einzelnen Charta-Mitglieder durch eine beratende Kommission der Charta unterstützt.

3. Situationsanalyse und Positionierung der Charta und der Verbände im Feld Psychotherapie

1. Die *Fachverbände* sind zumeist *schulspezifisch* identifiziert und vereinen Mitglieder, die aus den verschiedensten Herkunftsberufen stammen, also Psychologen, Ärzte und andere Akademiker (z.B. Pädagogen, Philosophen, Soziologen, Biologen etc.). Die Charta-unterzeichnenden Verbände umfassen grösstenteils alle 3 Gruppen von Grundberufen. Sie alle können an der Aufgabenstellung der Charta interessiert sein.

Innerhalb der Fachverbände sind meist die nichtärztlichen Mitglieder auch darauf angewiesen, dass eine wirksame Berufspolitik für sie an die Hand genommen wird und sind deshalb an der Zusammenarbeit mit dem SPV interessiert. Dies interessiert die ärztlichen Mitglieder verständlicherweise weniger.

2. Der SPV ist als *berufspolitische Landesorganisation* identifiziert. Die starke Bindung der CHARTA an den SPV hat dazu geführt, dass die CHARTA mehrheitlich als Repräsentant nichtärztlicher Psychotherapeuten wahrgenommen wird, so dass Ärzte nur selten mitarbeiten. Obwohl die weit überwiegende Zahl der SPV-Mit-

glieder Universitätspsychologen sind, wird er teilweise angegriffen von Kreisen, die einen Ausschliesslichkeitsanspruch für Psychologen verfechten. Fälschlicherweise wird ihm unterstellt, ungenügende Vorbildung vor der Spezialausbildung tolerieren zu wollen.

3. Die *Charta* zielt auf das ganze Berufs- und Forschungsfeld Psychotherapie. Die Charta ist für alle im Feld Psychotherapie tätigen Psychotherapeuten gedacht und soll *Psychotherapie als Heilverfahren* und *als bewusstseinsbildende Kraft* in ihrer kulturellen Einbettung *fördern*.

Dies soll dadurch geschehen, dass sich die CHARTA als umfassende Basis des Austausches jenseits des Berufsständischen etabliert, um mittelfristig die berufsständischen Störfeuer zu ungunsten der Psychotherapie als ganzer zu eliminieren.

4. Der SPV steht unter *berufspolitischem Zeitdruck*. Der Zeitdruck hat die Charta in den letzten 3 Jahren in ihrem Kernanliegen aber eher gelähmt. Eine Entflechtung von SPV und Charta trennt die Risiken beider Unternehmungen voneinander:

Kann die Charta die Aufgaben, die sie sich selber gestellt hat, nicht rechtzeitig erfüllen, zieht sie den SPV durch die Entflechtung nicht ins politische Abseits. Kommt der SPV mit seinen politischen Positionen nicht durch, ändert das nichts am *Qualitätslabel „Charta“*.

4. Reorganisation der Charta

Als Konklusion entwickelten wir die Vorstellung, die beiden Anliegen (Standespolitik und Psychotherapieentwicklung) organisatorisch zu entflechten. Die Charta soll als Organisation auf eigene Beine gestellt werden. Die Verbände und Institutionen können dann als ganze resp. mit ihren Psychotherapeutensektionen *der Charta-Organisation* angehören, also *Ärzte und Nichtärzte gleichermaßen* an der *Weiterentwicklung der Psychotherapie und der Forschung* beteiligt sein, während in der *Delegiertenkammer des SPV* nur die Psychotherapeutensektionen der Verbände mitarbeiten, die die *Standespolitik* mittragen wollen.

Dabei soll statutarisch vermieden werden, dass diese Organisation zu einem weiteren Agenten im standespolitischen Berufsfeld und in der kan-

tonalen oder nationalen Politik wird. Geplant sind eine starke Zusammenarbeit zwischen SPV und Charta und klare Kooperationsabmachungen (Verträge), die aber keinen Ausschliesslichkeitsanspruch haben. Gesucht wird namentlich auch die Kooperation mit ärztlichen Verbänden.

5. Vorgehen

In der Sitzung vom 18. 1. 97 standen in der Ausbildungskommission der Charta die *Entflechtungsvariante* der *Integrationsvariante* gegenüber, die eine organisatorisch klare Einbindung der Charta in den SPV vorschlug. In der Abstimmung obsiegte klar, die Entflechtung vorzubereiten und auf ihre Herbstsitzung hin Unterlagen dazu bereitzustellen. Dies kann als Zeichen gedeutet werden, dass es den Mitgliedern der Charta vor allem um das Inhaltliche der Psychotherapie geht und nicht nur vordergründig um die Erreichung berufspolitischer Ziele.

Parallel zur Charta-Reorganisation wird sich auch die *Delegiertenkammer des SPV* neu positionieren, so

dass die Verbände (resp. ihre nichtärztlichen Psychotherapeutensektionen) für ihre berufsständischen Anliegen wie bisher, aber noch intensiver dort mitarbeiten können. Die Entflechtung hat den Vorteil, dass alle PsychotherapeutInnen (Ärzte und Nicht-Ärzte) in jenen Gremien mitarbeiten können, die sie wirklich unterstützen wollen.

Wenn die Arbeiten gut vorankommen, können bis zur Generalversammlung des SPV 1998 abstimmungsreife Vorlagen vorgelegt werden.



Dr. Rudolf Buchman
Apfelbergweg 3
CH-9000 St. Gallen

plus être à la fois membre du comité ASP et coordinateur de la CHARTE. D'autre part, au niveau de la politique professionnelle la situation s'est tellement aggravée que la commission de formation s'est vue contrainte de consacrer une part croissante de son travail à des démarches liées à l'avenir professionnel des non-médecins. Ceci a fait que certains des objectifs importants que s'étaient fixés les signataires de la CHARTE ont passé en arrière-plan et qu'il n'a pas été possible de les développer plus avant.

En principe, la CHARTE n'est pas un texte fixant le cadre d'une politique professionnelle; elle doit servir de base au développement de la psychothérapie dans le contexte des différentes écoles, ceci à l'intention de tous les psychothérapeutes – qu'ils soient psychologues, médecins ou qu'ils aient une autre formation de base reconnue. C'est sur la formation spécialisée en psychothérapie que la CHARTE met l'accent.

2. Tâches attribuées à la CHARTE

La CHARTE se charge d'assumer les tâches suivantes:

1. garantie de la qualité de la formation
2. établissement d'une collectivité de recherche
3. offre en perfectionnements hors écoles
4. garantie de qualité au niveau des règles de déontologie

Elle doit se charger de ces tâches *indépendamment* de la situation qui règne actuellement au niveau de la politique professionnelle, c'est-à-dire indépendamment des espoirs et craintes des professionnels et des questions en rapport avec les caisses maladie. Son travail doit produire les résultats suivants:

a) *des expertises transparentes concernant les filières de formation* (garantie des standards de la CHARTE). Il ne s'agit ni d'imposer aux institutions des normes venues de l'extérieur, ni de prétendre que ces dernières se développent autrement qu'elles ne le font.

Les résultats des procédures garantissant les normes sont débattus, approuvés puis documentés en tant que tout par la commission de formation; ils sont à disposition du public.

"CHARTE" et ASP doivent être dissociées

1. Des raisons d'ordre historique ont conduit à l'association CHARTE / ASP

Lorsqu'en 1988 naquit l'idée d'engager un dialogue entre les différentes écoles de psychothérapie, les associations et institutions de formation n'avaient que peu de contacts entre elles. Lors d'une première réunion on s'accorda très vite – ce qui peut surprendre! – pour entreprendre de définir un minimum d'exigences formelles à poser aux cursus de formation et pour élaborer un texte commun à ce niveau. Lorsque ce texte fut prêt à être approuvé, les questions suivantes se posèrent: a) qui et par le biais de quelle infrastructure va *faire connaître les décisions qui seront prises* et b) qui va assumer la responsabilité d'élaborer des documents montrant que *les accords sont respectés* et que les contacts se maintiennent, permet-

tant de continuer à développer la CHARTE.

Du fait que l'ASP jouait déjà un rôle important en tant qu'organisation associant les membres de différentes écoles et qu'elle disposait de sa propre infrastructure, on lui confia *le mandat de représenter la CHARTE envers l'extérieur*.

Concernant la question b), on créa la *commission de formation*. Au niveau de son organisation, elle fut associée à la chambre des délégués de l'ASP, cette dernière étant à même d'utiliser l'infrastructure de cette dernière.

Aujourd'hui, la question de l'organisation de l'ensemble se pose de manière différente. D'une part – du fait de la croissance de la CHARTE et de sa commission de formation –, une seule personne ne peut plus assumer le travail lié aux deux mandats confiés au préposé à la CD, à savoir ne peut

b) l'établissement d'une *plate-forme de recherche* qui, d'une part, soutient le comité des normes (standards scientifiques etc.), d'autre part génère un savoir supra-écoles dans le domaine de la psychothérapie. Les résultats de la recherche sont débattus dans le cadre d'un colloque, d'une part, mais aussi dans celui du FORUM PSYCHOTHERAPIE.

c) *offres de perfectionnement* indépendantes de toute école: cette tâche supplémentaire peut se développer dans le cadre de l'organisme de recherche, ou être accomplie parallèlement. Une première base existe au niveau de l'offre de la filière complémentaire.

d) l'harmonisation des *règles déontologiques* et le soutien offert par une commission-conseil aux commissions de déontologie créées par les différents membres de la CHARTE.

3. Analyse de la situation et positions que doivent occuper la CHARTE et les associations dans le contexte de la psychothérapie

1. Les *associations professionnelles* sont en général *liées à une école* et regroupent des membres qui, avant, pratiquaient différents métiers (psychologues, médecins et autres universitaires – pédagogues, par ex., ou philosophes, sociologues, biologistes, etc.). La plupart des associations ayant signé la CHARTE ont des membres appartenant à ces trois catégories. Tous peuvent avoir un intérêt à ce que les tâches fixées par la CHARTE soient assumées.

Leurs membres non-médecins ont également besoin que soit pratiquée en leur nom une politique professionnelle efficace; ils s'intéressent donc à une collaboration avec l'ASP. Il est clair que cet aspect concerne moins les membres-médecins.

2. L'ASP a sa propre identité en tant qu'*organisation de politique professionnelle*. Les liens étroits unissant ASP et CHARTE ont fait que cette dernière est souvent considérée comme représentant les psychothérapeutes non-médecins – les médecins y collaborent donc peu. Bien que la grande majorité des membres de l'ASP aient un diplôme de psychologie, celle-ci est parfois attaquée par des milieux souhaitant que seuls des

psychologues puissent pratiquer la psychothérapie. On lui reproche à tort de vouloir accepter que l'accès à la formation spécialisée se fasse sur des bases insuffisantes.

3. La CHARTE concerne la psychothérapie dans son ensemble, profession comme recherche. Elle a été conçue pour tous les psychothérapeutes travaillant à ces deux niveaux. Elle doit permettre de *promouvoir la psychothérapie en tant que thérapeutique servant à soulager des troubles* et en tant que pratique permettant *d'amener à la conscience des potentiels* situés dans un contexte culturel.

Ces visées peuvent être réalisées dès lors que la CHARTE s'établit en tant que solide base d'échanges indépendants des intérêts professionnels; à moyen terme, il s'agit d'obtenir que le tir de harcèlement dirigé contre la psychothérapie cesse définitivement.

4. L'ASP est soumise à des *pressions en rapport avec la politique professionnelle*. Au cours des trois dernières années, le besoin d'agir rapidement a contribué à paralyser les efforts que la CHARTE devait entreprendre dans le sens décrit au point 3. En dissociant ASP et CHARTE, on dissocie également les risques encourus par les deux groupements.

Si la CHARTE ne réussit pas à s'acquitter des tâches qu'elle s'est elle-même fixées, elle n'entraîne pas l'ASP dans une position "hors-combat" du point de vue politique. Si l'ASP n'atteint pas ses buts politiques, cet échec n'a aucune influence sur le label de qualité de la CHARTE.

4. Réorganisation de la CHARTE

Nous avons finalement envisagé de dissocier nos deux visées (politique professionnelle et développement de la psychothérapie) au niveau de l'organisation de notre travail. La CHARTE doit devenir indépendante. Les associations et institutions seraient alors libres d'en faire partie, soit en tant que tout, soit en y déléguant seulement leurs sections de psychothérapeutes. Dans ce sens, *médecins et non-médecins participeraient à l'évolution de la psychothérapie et de la recherche* par le biais de la CHARTE, alors que seuls les

groupements de psychothérapeutes désirant s'engager pour la *politique professionnelle* collaboreraient au sein de la *chambre des délégués ASP*.

A ce propos, il s'agira d'élaborer des statuts permettant d'éviter que la CHARTE ne redevienne acteur de la politique professionnelle sur le plan cantonal ou fédéral. Il est prévu d'élaborer des conventions (contrats) définissant des formes claires de collaboration CHARTE/ASP, sans que cette démarche soit forcément exclusive. Plus précisément, on cherche également à coopérer avec les associations de médecins.

5. Procédure

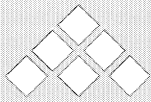
Les *variantes possibles* ("désengagement" / "intégration") ont été débattues lors de la séance du 18. 1. 97 de la commission de formation de la CHARTE – la seconde variante prévoyait une intégration clairement définie de la CHARTE à l'ASP. Lors du scrutin la version "désengagement" a obtenu une nette majorité; il est prévu de préparer cette démarche, des documents devant être présentés lors de la séance d'automne. On peut interpréter cette volonté comme un signe que les membres de la CHARTE se sentent impliqués avant tout par les contenus de la psychothérapie, au-delà des objectifs liés à la politique professionnelle.

Parallèlement à la réorganisation de la CHARTE, la *chambre des délégués de l'ASP* va redéfinir sa position afin que les associations (et en particulier leurs sections de psychothérapeutes non-médecins) puissent collaborer de manière encore plus centrée à sa démarche politique.

La dissociation CHARTE/ASP a pour avantage que tous les psychothérapeutes (médecins et non-médecins) seront libres de collaborer aux organismes auxquels ils souhaitent vraiment apporter leur soutien.

Si le travail progresse comme prévu, il devrait être possible de présenter les documents d'ici à l'assemblée générale 1998 de l'ASP, assemblée au cours de laquelle un scrutin serait organisé.

Dr. Rudolf Buchman
Apfelbergweg 3
CH-9000 St. Gallen



Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



die Ankündigung der folgenden Beiträge bereitet mir deshalb besondere Freude, weil das erste Forum Deutschland 1997 nun langsam den Umfang und die Kontur erreicht hat, die ihm zugeordnet ist. Wir wollen Verbände, aber auch psychotherapeutisch aktive Personen vorstellen. Letzteres erfolgt diesmal durch die (schon angekündigte) persönliche Vorstellung des im September gewählten Vorstandes des DVP, der sich künftig – in Abgrenzung zu dem rein psychologischen Dachverband (siehe Psychotherapie Forum 4/96, S. 193 f) – den Zusatz „schulen- und berufsübergreifend“ geben wird. Was das bedeutet, macht der kleine Einblick in die Biographien der 15 Vorstandsmitglieder wunderbar deutlich. Wir sind ein Verband für vielseitig qualifizierte und vielfach engagierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in der Kooperation mit Andersqualifizierten eher eine Bereicherung als eine Verunsicherung erleben. Über unser Motto „Integration statt Spaltung“ mehr im nächsten Heft.

Die Reihe der Verbandsvorstellungen wird von zwei unserer aktiven Dachverbandsmitglieder fortgesetzt: Joachim Vieregge berichtet über die

Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie und Nossrat Peseschkian über die „Positive Psychotherapie“. Herrn Peseschkian möchte ich an dieser Stelle besonders dafür danken, daß er über eine noch laufende Wirksamkeitsstudie berichtet. Ich hoffe, sein Beispiel wird Schule machen, und möchte nochmals dazu anregen, über das Forum mehr Transparenz, Diskussion und Austausch darüber herzustellen, wer wo welche Studien zur Qualitätskontrolle durchführt.

Mit den Referaten und Berichten von der ersten Arbeitstagung der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychodynamische Psychiatrie wird ein weiterer wichtiger Schwerpunkt eröffnet: Die konkrete Vorstellung integrativer psychotherapeutischer Arbeit in bestimmten Praxisfeldern, in diesem Falle der Psychiatrie. Das Material war so umfangreich, daß nur ein Teil in diesem Heft erscheinen kann (Fortsetzung folgt!). Ich hoffe, daß auch diese Beiträge einige LeserInnen dazu veranlassen können, uns über gute Tagungen und Arbeitsgruppen oder eigene Praxisfelder im Forum zu informieren.

Cornelia Krause-Girth

Der Vorstand des DVP

Vorsitzende

*Dr. med. Cornelia Krause-Girth,
Frankfurt*

Diplom-Psychologin und Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin – Psychoanalyse, Jahrgang 1951, verheiratet, 3 Kinder. Therapeutisch und theoretisch schwerpunktmäßig über 10 Jahre in der Verhaltenstherapie (dgv) engagiert an den Universitäten

Münster und Bremen, in der Erwachsenenbildung und im sozialpsychiatrischen Dienst. Beginn der Facharztausbildung in der Psychiatrie in Bremen. Dort erste Familientherapien bei schizophrenen Patienten unter analytischer Supervision. 1984 Wechsel nach Frankfurt. Seither Leiterin der Psychosozialen Ambulanz an der Frankfurter Universitätsklinik und psychoanalytische Ausbildung u.a. am Sigmund

Freud Institut (dpv). Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte: Psychopharmakaverordnungspraxis, Frauen in der Medizin, Psychotherapie und Selbsthilfe; therapeutische: Gruppen- und Einzelanalyse, Paartherapie, analytische Paargruppen, Supervision und Balint-Gruppen.

Stellvertreter



Dr. med. Werner Polster, Pforzheim

Facharzt für Nervenheilkunde und psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse, Jahrgang 1944, Lehranalyse u.a. bei J. Malewski (DPV), Heidelberg; Interaktionelle psychoanalytische Gruppen-Psychotherapie, Ausbildung bei F. Heigl (DPG), Göttingen; Systemische Kurzzeit-Psychotherapie bei P. Fürstenau (DPV), Düsseldorf. Über 10 Jahre klinische Tätigkeit in verschiedenen Häusern (Psychiatrie, Neurologie, Landesklinik, psychosomatische Kliniken, Rehabilitationsklinik usw.). Ab 1984 in freier Praxis in Pforzheim mit Tätigkeitsschwerpunkt Einzel- und Gruppenpsychotherapie, sowohl als Kurzzeit-, als auch Langzeittherapie. Ferner sozial- und (geronto-) psychiatrische Behandlung. In KV und BÄK tätig.

Zur Motivation der Arbeit im DVP: Nach dem Motto, „das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“, die bunte Vielfalt und den Ideenreichtum von Lösungsmöglichkeiten der verschiedenen Schulen zur Geltung zu bringen und auf optimalen Niveau zu sichern.

Stellvertreterin

Inge Rosenbaum-Munsteiner M. A., Mettmann

Mag. phil., Sozialwissenschaftlerin, Psychotherapeutin BAPt, 1. Vorsitzende „Berufsverband Akademischer Psy-



chotherapeutInnen (BAPt) e.V.“ Ausbildungen in analytisch orientierter Psychotherapie (DPV), Gesprächspsychotherapie (GwG), analytisch-systemischer Familientherapie (Fürstenau). Diverse Weiterbildungen, u.a. leibfundierte analytische Therapie, Gestalttherapie sowie Coaching und Institutionsberatung. Seit 1985 niedergelassen in eigener Praxis, seit 1993 in Praxisgemeinschaft mit dem Ehemann, der Ärztlicher Psychotherapeut ist.

Heute erscheint es mir dringender denn je, daß sich ein starker Dachverband in Deutschland für die Anerkennung der Psychotherapie als einer eigenständigen Wissenschaft einsetzt, da deren drohende Einverleibung durch die universitäre Psychologie eine Verarmung dieser humanwissenschaftlichen Disziplin bedeuten würde.

Schatzmeisterin



Hannelore Krum, Pfungstadt

Dipl. Psych, Dipl. Sozpäd., Psychoneuroimmunologin, Psychotherapeutin BDP, NLP- und Kommunikationstrainerin. Studium: Architektur in Frankfurt, Psychologie, Biologie, Arbeitsrecht, Sozialpädagogik, Philosophie in Darmstadt, Kommunikationspsychologie und Medienpädagogik in Koblenz/Landau.

Therapeutische Ausbildungen in Hypnose (MEG, DGH), Verhaltensthe-

rapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Systemische Familientherapie, RET und NLP. Mehrjährige Berufserfahrung in der Industrie. Seit 1986 Arbeit in eigener Praxis. Die Schwerpunkte sind:

- Fort-, Aus- und Weiterbildung in der Industrie, öffentlichem Dienst und Gesundheitswesen, Universität, Fachhochschule
- Therapeutische Arbeit in Einzel- und Gruppentherapie
- Supervision mit Lehrern/innen, Kindergärtnern/innen, Psychotherapeuten/innen, Mediziner/innen, Manager Coaching
- Forschung im Bereich der Psychoneuroimmunologie mit diversen chronischen Erkrankungen und Mobbing

Erweiterter Vorstand



Dr. Marie-Luise Conen, Berlin

Dipl. Psych., Dipl. Päd., M. Ed. Seit 3 Jahren Vorsitzende der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF), die sich ebenso wie der DVP als berufsgruppen- und schulenübergreifenden Fachverband versteht.

In meiner Funktion als Vorsitzende war ich u.a. engagiert in den Bereichen: Qualitätssicherung (Entwicklung von Weiterbildungsstandards der DAF), Kooperation mit anderen familientherapeutischen Fachverbänden sowohl in Deutschland als in Europa sowie Finanzierung von Familientherapie/ systemischer Therapie durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz und Psychotherapeutengesetz (PThG).

Seit 10 Jahren bin ich in freier Praxis tätig und führe neben Paar- und Familientherapien Supervisionen und Fortbildungen durch, ferner leite ich seit 9 Jahren ein eigenes Weiterbildungsinstitut in Berlin. Ich habe ver-

schiedene mehrjährige familientherapeutische und systemische Weiterbildungen sowie eine mehrjährige Supervisoren-Weiterbildung absolviert. Ich (Jahrgang 1949) habe Sozialpädagogik (Dipl.-Päd.) und Psychologie (Dipl.-Psych.) studiert sowie in Psychologie promoviert. Während eines 3semestrigen Studienaufenthaltes in den USA habe ich einen Master of Education (Schwerpunkt Gruppenberatung) erworben. Ursprünglich habe ich Bankkauffrau gelernt und 7 Jahre in diesem Beruf gearbeitet, daraus resultierende Kenntnisse helfen mir, meine Praxis und auch meine Mitarbeit in Gremien effektiv zu organisieren.



*Prof. Dr. Michael Dieterich,
Ors.-Nenzingen*

Jahrgang 1942, geboren in Stuttgart, vh. drei Kinder. Ausbildung: Nach Studium der Ingenieur- und Naturwissenschaften (höheres Lehramt) Tätigkeit als Lehrer. Danach Studium der Pädagogik/Berufspädagogik und Psychologie mit Magisterabschluß. Anschließend Promotion zum Dr. phil. in Psychologie und Berufspädagogik.

Therapieausbildung: Verhaltenstherapie (zur Zulassung bei den Kassen) und Individualpsychologie.

Seit 1982 Universitätsprofessor für berufl. Rehabilitation in Hamburg. Seit 1996 o. Prof. mit Lehrstuhl Psychotherapie an der ThH Friedensau (bei Magdeburg).

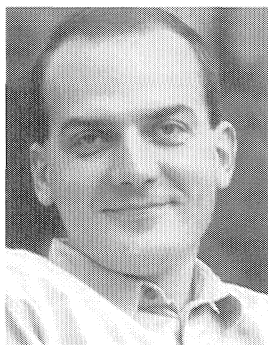
Gründer und Leiter der Deutschen Gesellschaft für Biblisch-therapeutische Seelsorge DGBTS mit Sitz in Stuttgart. Dort werden Seelsorger und Psychotherapeuten nach den Richtlinien der DGBTS und einem integrativen Konzept ausgebildet (ca. 500–800 Studenten). Derzeitig 19 voll- und nebenberufliche Studienleiter mit eigenständigen Einrichtungen in der Schweiz und in Österreich.



*Priv. Doz. Dr. Daniele Kammer,
Bielefeld*

Klinische Psychologin/Psychotherapeutin und Psychotherapie-Ausbildlerin in freier Praxis und Befürworterin kurzzeittherapeutischer Methoden; 1. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Neuro-Linguistische Psychotherapie (DG-NLPT); Privatdozentin für Allgemeine und Klinische Psychologie an der Universität Bielefeld.

Als Mensch und Frau, als Wissenschaftlerin und Psychologische Psychotherapeutin und nicht zuletzt als Angehörige verschiedener Berufsgruppen (Psychologie; früher Naturwissenschaften und Kunst) liegen mir Vielfalt und Fairness, Erkenntnis und Dialog, Offenheit und Miteinander für den (Dienst am) anderen am Herzen. Im Angesicht Europas und der Welt setze ich mich ein für die Verbindung und Ergänzung (statt der Ausgrenzung) der Berufsgruppen und Psychotherapierichtungen; für fortgesetzte Neugier, Vertrauen, Erfahrung und Austausch, für die Verständigung aller Psychotherapierichtungen und beteiligten Berufsgruppen über die dringend anstehenden und uns alle angehenden Fragen und Ziele unter einem deutschen und europäischen Dach.



Tom Levold, Köln

Jg. 1953, Studium der Sozialwissenschaften, Psychologie, Völkerkunde

und Philosophie, Studienabschluß als Diplom-Sozialwissenschaftler. Nach mehrjähriger Tätigkeit in der Heimerziehung von 1981–1989 Aufbau und Leitung des Kinderschutz-Zentrums Köln, einer familientherapeutisch orientierten Beratungsstelle für Eltern und Kinder in Notlagen; seitdem in freier Praxis als Therapeut, Supervisor und Organisationsberater tätig (Psychoanalytisch Systemisches Institut Köln).

Mitbegründer, Lehrtherapeut und Supervisor der „Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalytisch-systemische Forschung und Therapie“, ein Ausbildungsinstitut für psychoanalytisch-systemische Therapie. Ständige Weiterbildungstätigkeit an verschiedenen psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Von 1990–1992 Präsidiumsmitglied der International Society against Child Abuse and Neglect ISPCAN. Seit 1993 Vorstandstätigkeit in der Systemischen Gesellschaft. Zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema Gewalt in der Familie, Therapietheorie, Erkenntnistheorie sowie Institutionen. Ständiger Mitarbeiter der „Zeitschrift für systemische Therapie“, Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Zeitschrift „Systeme“, Mitherausgeber von „Child Abuse & Neglect. International. Journal“, Mitglied des wiss. Beirates der Zeitschrift „Kontext“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie, ab 1997 Mitherausgeber von „System Familie“.



Renate Lipke-Fischer, Großkarlbach

Jahrgang 1948 – Ich bin Diplom-Psychologin, Klinische Psychologin/Psychotherapeutin BDP mit Grundausbildungen in Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie, NLP-Lehrtrainerin GANLP, seit 18 Jahren niedergelassen in selbständiger Praxis in

Großkarlbach in der Pfalz, tätig im Erstattungsverfahren sowie als Supervisorin in psycho- und sozialtherapeutischen Einrichtungen. Außerdem seit 1975 Sachverständige für Forensische Aussagepsychologie, insbesondere in der Begutachtung von Opfern von Sexual/Gewaltdelikten. Ich engagiere mich im DVP, weil ich es erstrebenswert finde, unter Sicherung der Qualität der Leistung unterschiedlichster psychotherapeutischer Schulen, deren weites Potenzial anzuerkennen und zu nutzen.



Helmut Meier, Frankfurt

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chirotherapeut, geboren 1953, verheiratet, 3 Töchter. Seit 1992 in eigener, privatärztlicher psychotherapeutischer und Chirotherapeutischer Praxis in Frankfurt am Main.

Ärztliche Ausbildung an der Universität Frankfurt am Main, Fachärztliche Ausbildung u.a. bei Herrn Professor Biniek, Waldkrankenhaus in Friedrichsdorf-Köppern und bei Herrn Professor Allert, Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz.

Psychoanalytische Weiterbildung zum Zusatztitel „Psychotherapie“ in Frankfurt am Main 1982-1989.

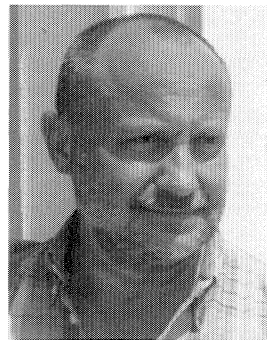
Ausbildung in Initiatischer Therapie bei Herrn Professor Karlfried Graf Dürckheim und Frau Maria Hipius in Todtmoos-Rütte, seit 1992 Mitarbeiter der Existenzialpsychologischen Bildungs- und Begegnungsstätte Todtmoos-Rütte.

1980-1985 Ausbildung in multimodaler, biologisch orientierter Kurzpsychotherapie bei Herrn Professor D. A. Jonas, Würzburg. Gründungsmitglied der Gesellschaft für Idioklektische Gesprächsführung GIG, Würzburg seit 1986. Seither als Seminarleiter und Supervisor im Rahmen der GIG tätig, z.Zt. zweiter Vorsitzender der Gesellschaft für Idioklektische Gesprächsführung.

1992-1995 Chirotherapeutische Weiterbildung zum ärztlichen Zusatztitel „Manuelle Medizin“. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie von neurotischen und psychosomatischen Störungen, Weiterbildungstätigkeit in Idioklektischer Gesprächsführung, ganzheitliche Wirbelsäulenbehandlung.

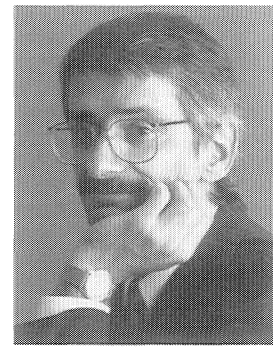
Dr. med. Boris Michelitsch, Überlingen (ohne Foto)

Arzt für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse-Rehabilitationswesen. Chefarzt einer psychosomatischen Klinik. Mitglied der dgpt, DAGG, DKPM. Gründungsmitglied des Weiterbildungskreises für Psychotherapie Oberschwaben e.V.



Jo E. Schnorrenberg, Köln

Studium der Kommunikationswissenschaft, Linguistik und Psychologie; exam. Sprecherzieher (DGSS). Psychotherapieausbildungen in Verfahren der Humanistischen Psychologie (Schwerpunkt: Psychodrama und andere Gestaltungstherapien), Neuro-Linguistischem Programmieren (NLP-Master-Practitioner GANLP) sowie in Transpersonaler Psychotherapie (Holotropes Atmen). Meine vordringlichen Interessen im DVP: Ressourcenerschließung durch Interdisziplinarität, Paradigmenwechsel hin zur Integration transpersonaler Dimensionen in die Psychotherapie, Vermittlung therapieentlehnter Konzepte in unterschiedliche Bereiche der Erwachsenenbildung, Sicherung von Qualitätsstandards professioneller Arbeit im psychosozialen Feld. Einzel- und Gruppentherapie, Coaching, Seminartätigkeit (Kommunikationstraining), Lehrbeauftragter an verschiedenen Hochschulen, Mitglied nationaler und internationaler wissenschaftlicher Gesellschaften.



Ulrich Sollmann, Bochum

49 Jahre, verheiratet, 2 Kinder. Als Diplom-Sozialwissenschaftler arbeite ich seit 20 Jahren psychotherapeutisch in freier Praxis in Bochum. Aufbauend auf einer psychoanalytisch orientierten Fortbildung für die Arbeit mit Gruppen bin ich Gestaltpsychotherapeut und bioenergetischer Analytiker (u.a. 1. Vorsitzender unseres Dachverbands). Darüber hinaus berate ich Organisationen und Führungskräfte im Rahmen von Organisationsentwicklung.

Mein wesentliches Interesse ist die Wechselbeziehung von „Körper und Person“ sowie von „Körper und Organisation“. Bin Autor zahlreicher Artikel und Bücher. Zur Zeit befasse ich mich mit der medialen Inszenierung von Psychotherapie-Themen. Dies ist ein wesentlicher Grund, im erweiterten Vorstand tätig zu sein.



Gisela Steinecke, Aschaffenburg

Im Grundberuf Diakonin und Diplom-Sozialarbeiterin. Psychotherapeutische Zusatzqualifikationen vor allem in den Jahren 1974 bis 1983 erworben. Gründungsvorstand, Vorstandsvorsitzende und Fortbildungsleiterin am Gestalt-Institut Frankfurt/M. e.V. (gegr. 1979); Ausbilderin für Gestalttherapie und Körperarbeit; Private Praxis; Supervisorin.

Ich engagiere mich im DVP, weil er der erste Deutsche Dachverband für

Psychotherapie ist, dessen Ziele identisch sind mit meinen Vorstellungen von einem eigenständigen Berufsbild des Psychotherapeuten. Ich engagiere mich im DVP für Qualität durch Offenheit und Integration des Verschiedenen und für die Entwicklung eines europaweit anerkannten Berufsbildes und entsprechender Ausbildungsstandards!

Joachim G. Vieregge, München

Geb. 1939. Grundberuf: Gymnasiallehrer. Seit 1982 Körperpsychothera-



peut (Heilpraktikerzulassung). Private Praxis in München. Seit 1995 Mitarbeiter einer psychiatrischen Reha-Kli-

nik in Bad Tölz. Fortbildungen in analytischer Gruppenpsychotherapie, Gestalttherapie (F.P.I.) und systemischer Familientherapie (bei Hellinger). Ausgebildet in Core-Energetik (Körperpsychotherapie der Pierrakos-Schule) und in Shiatsu (durch W. Ohashi).

Ordentliches Mitglied der EABP (European Association for Bodypsychotherapy) und der DGK (Dt. Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung). Einzel-, Paar- und Gruppentherapie. Supervisionen.

J. Vieregge

Die „Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie e.V.“ stellt sich vor

**Deutsche Sektion der EABP
(European Association for Bodypsychotherapy)**

Berufs- und Dachverband der Körperpsychotherapeuten und Körperpsychotherapie-Verbände in Deutschland

Wer ist die DGK?

Die DGK wurde 1994 in München als nationale Fachgesellschaft der Körperpsychotherapeuten gegründet. Sie ist vom Finanzamt München für Körperschaften als Berufsverband anerkannt. Die DGK ist die deutsche Sektion der European Association for Bodypsychotherapy (EABP). Die EABP wurde 1989 in Seefeld/Tirol als Vereinigung der Körperpsychotherapeuten Europas gegründet.

Die DGK hat sich zum Ziel gesetzt, die Körperpsychotherapie (im folgenden KPT) auf nationaler Ebene wissenschaftlich und berufspolitisch zu vertreten. Die DGK hat einen schulensübergreifenden Anspruch. Sie hat sich zu einem Dachverband entwickelt, in dem namhafte körperpsychotherapeutische Institute und Verbände vertreten sind.

Die Mitglieder der DGK führen private Praxen, sind in der Fortbildung psychologischer Psychotherapeuten, in der universitären Weiterbildung in KPT für den ärztlichen Zusatztitel und an psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken tätig.

Die DGK ist den von der EABP beschlossenen Definitionen der KPT, ihren Mitgliedschaftskriterien und Ethik-Richtlinien verpflichtet. Diese begründen und sichern das hohe Arbeitsniveau der DGK-Mitglieder.

Wie ist die DGK aktiv?

- Sie veranstaltet jedes Jahr eine Kombination von Fachtagung und Mitgliederversammlung mit bedeutenden Fachleuten.
- Sie hat ihr Wissenschaftskomitee mit qualitativen und quantitativen

Studien zum Stellenwert der KPT beauftragt.

- Sie informiert durch eigene Rundbriefe und den EABP-Newsletter über die Politik von DGK und EABP.
- Sie ist Mitglied des „Deutschen Dachverbandes für Psychotherapie“ (DVP), der deutschen Sektion des EAP (European Association of Psychotherapy)
- Sie gestaltet maßgeblich die zweijährigen EABP-Kongresse mit.
- Mitglieder der DGK veröffentlichen Fachaufsätze in „Energie und Charakter“, der von David Boadella seit 25 Jahren herausgegebenen führenden Fachzeitschrift für KPT. In derselben Zeitschrift wird auch über die Aktivitäten der DGK berichtet.
- Sie vertritt die Interessen der deutschen DGK-Mitglieder in EABP-Mitgliederversammlung und im Vorstand der EABP.
- Sie entscheidet im Einvernehmen mit dem International Membership Committee (IMC) der EABP über die Aufnahme von neuen Mitgliedern.

*Joachim Vieregge
Herdergasse 14c
D-83677 Reichersbeuern
Tel. 08041/8851, Fax 08041/75293*

N. Peseschkian

Positive Psychotherapie unter dem interdisziplinären und transkulturellen Gesichtspunkt*

*Wer sich selbst und andere kennt,
wird auch hier erkennen:
Orient und Okzident
sind nicht mehr zu trennen.*

Goethe

Einleitung

Unsere heutige Situation in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin erfordert die Entwicklung von Methoden, die ebenso ökonomisch, wie wirksam sind. Außer der technischen Frage der psychotherapeutischen Prozedur wird dabei die inhaltliche Frage wichtig, nach welchen Kriterien der bestehende „Konflikt“ beschrieben und durchgearbeitet wird.

Bei meinen transkulturellen Untersuchungen konnte ich feststellen, daß in vielen orientalischen Kulturen der Arzt so lange honoriert wurde, wie sein „Patient“ gesund war. Nach diesem alten orientalischen Versorgungssystem war der Therapeut nicht primär für die Krankheit, sondern für die Erhaltung der Gesundheit zuständig. Diese Beobachtungen und Überlegungen regten mich an, ein Modell zu entwickeln, das versuchsweise nicht die Krankheit, sondern die Gesundheit in den Mittelpunkt stellt.

Ziel ist es, ein Modell zu erarbeiten, das als orientierende und strukturierende Hilfe dabei dienen soll, eine Gesamtdiagnose für den Patienten zu finden, d.h. eine Diagnose, die sowohl das Symptom und seine Ursachen erfaßt als auch die mittelbaren Ursachen, die sich aus Lebenssituation, Umwelt, Familie, Subkultur und Kultur ergeben. Darüber hinaus muß dieses Modell die gesunden Anteile aufzeigen können, aus denen die Ressourcen für eine Heilung bzw. die

* Dieser Artikel ist eine überarbeitete Fassung eines Vortrages, der auf dem 1. Kongreß „World Council of Psychotherapy in Wien am 3. Juli 1996 gehalten wurde.

Die Positive Psychotherapie ist als tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsmethode von der Landesärztekammer Hessen anerkannt.

Fähigkeiten und Energien für das Umgehen mit der Krankheit und der veränderten Lebenssituation hervorzuheben.

*Den Wert von Menschen und
Diamanten
kann man erst erkennen,
wenn man sie aus der Fassung bringt.*

Die Entwicklung der Positiven Psychotherapie

Seit 1968 arbeite ich an einem Modell der Psychotherapie und Selbsthilfe, das ich Positive Psychotherapie nenne. Grundzüge und Techniken dieser Methode sind in meinen Büchern ausführlich dargestellt. In der vorliegenden Arbeit geht es vor allem darum, die Anwendung dieses Konzeptes im Rahmen der Psychosomatik unter Einbeziehung eines Fragebogens darzustellen. Das tragende Motiv für meine Arbeit ist der transkulturelle Ansatz, der sich mir aufgrund meiner eigenen transkulturellen Situation anbietet. Genauso nahe liegt mir die Verwendung orientalischer Geschichten als Hilfsmittel, Medien und Kommunikationshilfen. Ein weiteres Anliegen war die Verknüpfung von Weisheiten und intuitiven Gedanken des Orients mit den neuen psychotherapeutischen Methoden des Okzidents.

„Positiv“ (lat. positum: das Vorgegebene und das Tatsächliche) bedeutet hier, vom Tatsächlichen auszugehen. Die positive Deutung setzt gewissermaßen das Wissen um die Leiden und Nöte, Schmerzen, Sorgen und Trauer bei einer Krankheit voraus und konfrontiert mit einer weniger bekannten, für das Verständnis und den praktischen Umgang mit dem Leiden umso wichtigeren Seite der Krankheit: mit ihrer Funktion, ihrem Sinn und damit ihren positiven Aspekten. So läßt sich beispielsweise Anorexia nervosa interpretieren als „die Fähigkeit, mit wenig Mitteln auszukommen und am Hunger der Welt teilzuhaben. Ähnlich lassen sich alle Krankheitsbilder und Symptome umdeuten.

Die Positive Psychotherapie verfügt über einen mehrstufigen Behandlungsplan, der als Leitlinie anzusehen ist. Er wird grundsätzlich als Interaktion aufgefaßt. Diese Doppelrolle des Patienten – als Patient und Therapeut zugleich – ist ein wesentliches Kennzeichen dieser Therapie: *Wenn du eine hilfreiche Hand brauchst, so suche sie am Ende deines eigenen Armes* (Orientalische Weisheit).

Die von der Entwicklung des Abendlandes geprägte moderne Medizin ist eine Medizin der Krankheit: erforscht werden die Entwicklungsbedingungen, Gesetzmäßigkeiten und Interventionsmöglichkeiten bei Krankheiten. Diese werden oft abstrakt, d.h. losgelöst vom betroffenen Menschen, vom Kranken, gesehen.

Diese Einseitigkeit ist allem Anschein nach durch die Entwicklung des Abendlandes geschichtlich und kulturell bedingt. Sie ließe sich vermindern, wenn wir bereit wären, andere Denkmodelle einzubeziehen. Diese geben den Krankheitsbegriffen unterschiedliche Bedeutung und legen alternative Behandlungsstrategien nahe.

In meiner transkulturellen Situation wurde ich darauf aufmerksam, daß viele Verhaltensweisen, Gewohnheiten und Einstellungen in den beiden Kulturen unterschiedlich bewertet werden. Beim Autofahren begegnete mir einmal ein Fahrer, der mir einen „Vogel“ zeigte. Ich konnte diese Geste nicht verstehen, da eine ähnliche Handbewegung in meiner Heimat als Gruß gilt. Da fiel mir zum erstenmal auf, wie groß die Unterschiede zwischen den verschiedenen Kulturen auf der Welt sind.

Im Zusammenhang mit den psychosozialen Normen stellten sich mir folgende Fragen: Wodurch kommt es zu Konflikten? Wie lassen sich diese Konflikte angemessen beschreiben? Was steht hinter den Symptomen der psychischen und psychosomatischen Störungen und den Einschränkungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen? Und wie können diese Störungen angemessen behandelt werden? Wenn die Freudianer rechthaben und Ichstärke die Grundlage psychischer Gesundheit ist, wie können dann die Buddhisten rechthaben mit ihrer Forderung, das Ich aufzugeben? Wenn die Behavioristen rechthaben,

daß die frühere Konditionierung der Schlüssel zu allen Problemen ist, wie können dann die Gestalttherapeuten behaupten, nur das Hier und Jetzt sei wichtig?

Tod

West

„Von Beileidsbesuchen bitten wir Abstand zu nehmen.“ „Ich muß mit meinem Schicksal allein fertig werden.“ „Jetzt muß ich alleine so viel Leid ertragen.“

Ost

Acht bis vierzig Tage lang besuchen alle Verwandten, Freunde, Bekannte und andere Mitmenschen die Hinterbliebenen und geben ihnen so das Gefühl der Geborgenheit. „Geteiltes Leid ist halbes Leid.“

Der transkulturelle Ansatz durchzieht wie ein roter Faden die Positive Psychotherapie. Wir berücksichtigen ihn deshalb besonders, weil der transkulturelle Gesichtspunkt auch Material zum Verständnis individueller Konflikte bietet. Dabei ist es zunächst sekundär, ob die Krankheit psychisch, psychosomatisch, psychotisch, psychogen oder somatisch ist.

Neun Thesen für eine Positive Psychotherapie

1) *Die Positive Psychotherapie berücksichtigt die positiven Aspekte jeder Krankheit.*

2) *Die Mikrotraumentheorie berücksichtigt Konflikthalt und Konfliktdynamik:* Ausgehend von der Frage „Was haben alle Menschen gemeinsam (das Bewußtsein der Gemeinsamkeit und Einheit) und wodurch unterscheiden sie sich (das Bewußtsein der Individualität und Einzigartigkeit)?“ beschreibt die Positive Psychotherapie ein Inventar von Konflikthalten (Aktual- und Grundfähigkeiten): Häufig sind es keineswegs die großen Ereignisse, die zu Störungen führen, sondern die immer wiederkehrenden kleinen seelischen Verletzungen, die schließlich ein Charakterbild formen, das für einzelne Konflikte besonders anfällig ist („Steter Tropfen höhlt den Stein!“).

3) *Das transkulturelle Denken ist Grundlage der Positiven Psychothera-*

pie: Sie bezieht die Vielfalt der individuell, familiär und kulturell determinierten Erscheinungsformen ein und fördert eine Einheit in der Mannigfaltigkeit.

4) *Konzepte, Mythologien und orientalische Geschichten werden gezielt in die therapeutische Situation einbezogen:* Geschichten unterstützen den Abbau innerer Widerstände und erleichtern die Durchführung der Selbsthilfe, welche die psychotherapeutischen Maßnahmen ergänzt.

5) *Jeder Mensch ist einzigartig:* Die Therapie wird den Bedürfnissen des Patienten angepaßt.

6) *Familienmitglieder als Individuen und gesellschaftliche Faktoren als Rahmenbedingungen* werden in den therapeutischen Prozeß einbezogen.

7) *Die Begriffe der Positiven Psychotherapie kann jeder verstehen:* Sprachbarrieren sind ausgeräumt (Chancengleichheit in der Psychotherapie).

8) *Die Positive Psychotherapie bietet ein Grundkonzept für den Umgang mit allen Krankheiten und Störungen;* sie beinhaltet drei Schwerpunkte: Prophylaxe, eigentliche Therapie und Nachsorge (universale Anwendbarkeit).

9) *Die Positive Psychotherapie bietet durch ihr inhaltliches Vorgehen ein Konzept, innerhalb dessen sich verschiedene Methoden und Fachrichtungen sinnvoll ergänzen können* (metatheoretischer und metapraktischer Aspekt).

Methodik

Die Positive Psychotherapie ruht auf drei Säulen:

- der positive Ansatz,
- das inhaltliche Vorgehen und
- die fünfstufige Therapie und Selbsthilfe.

1. Der positive Ansatz: Das Positive Menschenbild

Hier stellen sich die grundsätzlichen Fragen: 1. Was haben alle Menschen gemeinsam? 2. Wodurch unterscheiden sie sich?

Dem Konzept der Positiven Psychotherapie liegt die Auffassung zugrunde, daß jeder Mensch ohne Ausnahme zwei Grundfähigkeiten besitzt, die Erkenntnisfähigkeit und die Liebesfähigkeit. Beide Grundfähigkei-

ten gehören zum Wesen eines jeden Menschen. Je nach den Bedingungen seines Körpers, seiner Umwelt und der Zeit, in der er lebt, werden sich diese Grundfähigkeiten differenzieren und zu einer unverwechselbaren Struktur von Wesenszügen führen. Aus der Erkenntnis- und Liebesfähigkeit entwickeln sich die Aktualfähigkeiten.

Diese Hypothese der Grundfähigkeiten bedeuten nichts anderes als: *Der Mensch ist seinem Wesen nach gut.*

Von diesem Aspekt aus können Neurosen, Psychosen und psychosomatische Störungen einseitige Differenzierungen der Grundfähigkeiten darstellen. Ziel der Therapie ist es, die bestehenden Sperren zu beseitigen und den Weg zur Integration freizumachen, indem man die Liebesfähigkeit des betreffenden Menschen in die Lage versetzt, seine Erkenntnisfähigkeit zu unterstützen und umgekehrt. Praktisch sieht dies so aus, daß wir nach der Bedeutung fragen, die ein Symptom für einen Menschen und seine Gruppe hat und dabei auch die „positive“ Bedeutung miteinfassen: Welchen positiven Aspekt hat das Erröten? Welche Vorteile bringen Hemmungen mit sich? Welche Funktionen erfüllen Schlafstörungen? Was bedeutet für mich die Tatsache, daß ich Herzbeschwerden und Asthmaanfalle habe? usw.

In diesem Sinn ist jedes Symptom und jede Krankheit grundsätzlich umdeutbar. Ihr Ziel ist es, im individuellen, familiären und gruppenabhängigen Verständnis eine Änderung hervorzurufen, die neue Lösungsmöglichkeiten anbahnt.

2. Das inhaltliche Vorgehen

Die psychosozialen Bereiche, die wir als Aktualfähigkeiten bezeichnen, lassen sich in zwei Gruppen einteilen. Zu nennen sind 1. die leistungsorientierten psychosozialen Normen (sekundäre Fähigkeiten, als Ausdruck der Erkenntnisfähigkeit): Pünktlichkeit, Ordnung, Sauberkeit, Gehorsam, Höflichkeit, Ehrlichkeit, Treue, Gerechtigkeit, Fleiß/Leistung, Sparsamkeit, Zuverlässigkeit und Genauigkeit; sowie 2. die emotional orientierten Kategorien (primäre Fähigkeiten, als Ausdruck der Liebesfähigkeit): Liebe, Geduld, Zeit, Vorbild,

Vertrauen, Kontakt, Sexualität, Hoffnung, Glaube und Einheit. Die sekundären und primären Fähigkeiten nennen wir Aktualfähigkeiten.

Der dargestellte Ansatz legt es nahe Patienten auf ihre Konfliktbereitschaften hinsichtlich der Aktualfähigkeiten zu befragen. Nehmen wir an, eine Patientin entwickelt immer dann Ängste, wenn sie abends auf ihren Ehemann warten muß. In einem solchen Fall zentrierte sich die Angst inhaltlich um die psychosoziale Norm „Pünktlichkeit“. Liegt es dann nicht nahe, gerade diesen Bereich aufzuarbeiten? Ein solches Vorgehen wäre im besten Sinn radikal! Es geht von der Wurzel (lat. radix) und nicht von irgendwelchen Symptomen, spricht Blättern, aus.

In der psychotherapeutischen Literatur kommt man immer wieder auf die Grundfähigkeiten und Aktualfähigkeiten als Einheit des Verhaltens zurück, jedoch bleiben diese Aktualfähigkeiten isoliert. Erst in der Positiven Psychotherapie erfahren die Grund- und Aktualfähigkeiten als umfassende Verhaltenskategorien ihre systematische Berücksichtigung.

Die Aktualfähigkeiten stellen die inhaltlichen Bezüge psychodynamischer Vorgänge und der psychotherapeutischen Modellvorstellungen dar.

Grundfähigkeiten und Aktualfähigkeiten in der Literatur¹

Die Hypothese der Grundfähigkeiten zeigt sich in vielfacher Gestalt. S. Freud benutzt die Zweiteilungen von Lustprinzip und Realitätsprinzip. Guilford (1965) spricht von universellen Dispositionen und Wesenszügen. Maslow (1973) verwendet den Begriff der Grundbedürfnisse des menschlichen Seins. Fromm (1974) unterscheidet zwischen den allen Menschen eigenen biologischen Instinkten und existentiellen Bedürfnissen.

In der psychotherapeutischen und medizinischen Literatur finden sich besonders bei Verhaltensstörungen, psychosomatischen Störungen, Neurosen und Psychosen genügend Hinweise auf einzelne Aktualfähigkeiten: Nach S. Freud (1942) sind Ordentlichkeit, Sparsamkeit und Eigensinn Dressurprodukte aus der Phase der

Sauberkeitserziehung. C. G. Jung (1940), F. Künkel (1962) und V. Frankl (1959) betonen die Bedeutung des Glaubens. E. Fromm (1971) spricht von Hoffnung. A. Mitscherlich (1967) stellt die Leistungsanforderung und Leistungsmotivation heraus. R. Dreikurs (1970) bringt Erfolg, Prestige und Genauigkeit in Verbindung mit Erziehungsproblemen. G. Bach und H. Deutsch (1962) weisen auf die Bedeutung einer offenen Beziehung (Ehrlichkeit) in der Partnerschaft hin. E. H. Erikson (1971) formuliert eine Stufenfolge von Tugenden, welche nach den einzelnen Entwicklungsstadien des Menschen und der Reifung psychischer Funktionen aufgebaut ist. Er nennt Hoffnung, Willen, Zielstrebigkeit und Tüchtigkeit, die in der Kindheit entwickelt werden, Treue als Tugend der Jugend und Liebe, Fürsorge und Weisheit als zentrale Tugenden des Erwachsenenlebens. Sieht man jedoch von den Unterschieden des theoretischen Bedeutungszusammenhangs ab, finden wir ein Menschenbild, für das Konstrukte gefordert werden, die den Grundfähigkeiten und Aktualfähigkeiten entsprechen.

Konfliktinhalte und Konfliktodynamik

Trotz aller kultureller, sozialer Unterschiede und der Einzigartigkeit jedes Menschen können wir beobachten, daß alle Menschen bei der Bewältigung ihrer Probleme auf typische Formen der Konfliktverarbeitung zurückgreifen. Sie lassen erkennen, wie man sich und seine Umwelt wahrnimmt und auf welchem Weg der Erkenntnis die Realitätsprüfung erfolgt.

1. Körper (Mittel der Sinne);
2. Leistung (Mittel des Verstandes);
3. Kontakt (Mittel der Tradition);
4. Phantasie (Mittel der Intuition).

Vier Qualitäten des Lebens unter dem transkulturellen Gesichtspunkt

Jeder Mensch entwickelt seine eigenen Präferenzen, wie er auftretende Konflikte verarbeitet. Durch Hypertrophie, einer Form der Konfliktverarbeitung, geraten die anderen in den Hintergrund.

Diese vier Bereiche sind zwar in allen Menschen angelegt, aber in der westlichen Hemisphäre liegen die

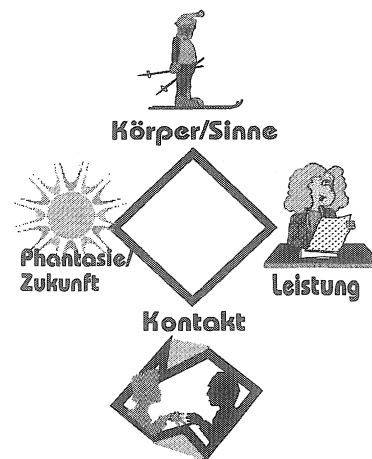


Abb. 1. Vier Qualitäten des Lebens

Schwerpunkte oft mehr auf den Bereichen Körper/Sinne und Beruf/Leistung, im Orient dagegen mehr auf Kontakte, Phantasie und Zukunft. Kontaktarmut und Phantasielosigkeit hierzuland mögen u.a. einer der Gründe für die vielen psychosomatischen Krankheiten sein.

Vier Formen der Konfliktverarbeitung

Im persönlichen Bereich kommen Einseitigkeiten in den 4 Qualitäten des Lebens außer in offenen Formen in vier Abwehrmechanismen mit entsprechenden Symptomen zum Ausdruck: man flieht in die Krankheit (Somatisierung im Sinne der Risikofaktoren und somatoformen Störungen), in Aktivität und Leistung (Rationalisierung im Sinne von Belastungs- und Anpassungsstörungen), in die Einsamkeit oder in die Geselligkeit (Idealisierung / Herabsetzung im Sinne von affektiven Störungen und Veränderungen des Sozialverhaltens) und in die Phantasie (Verleugnung im Sinne von Ängsten, Phobien, Paniktacken und wahnhaften Störungen).

– Diese Vorstellung entspricht wiederum dem positiven Ansatz. Ein sprachliches Bild, das ich einmal im Zusammenhang mit einer Leistungsproblematik verwendete, soll es verdeutlichen: Die vier Bereiche entsprechen einem Reiter, der leistungsmotiviert (Leistung) einem Ziel (Phantasie) zustrebt. Er braucht dazu ein gutes und gepflegtes Pferd (Körper) und für den Fall, daß dieses ihn einmal abwerfen sollte, Helfer, die ihn beim

¹ S. S. 94, Positive Psychotherapie, Fischer 1994.

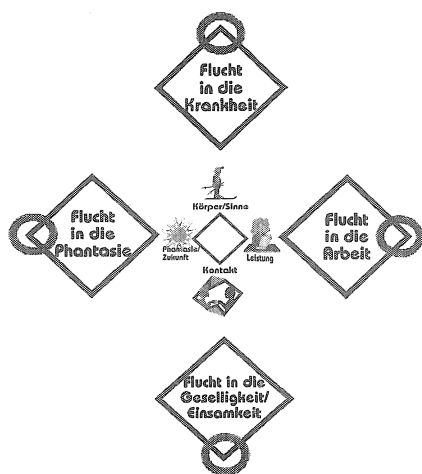


Abb. 2. Vier Formen der Konfliktverarbeitung (4 Fluchtreaktionen)

Aufsteigen unterstützen (Kontakt). Dies bedeutet, daß eine Therapie sich nicht nur mit einem Bereich, z.B. dem Reiter, beschäftigen kann, sondern alle beteiligten Bereiche berücksichtigen muß.

- Die vier Bereiche der Konfliktverarbeitung im Rahmen der Psychosomatik können gerade hier auf wesentliche Aspekte der Beschwerden hinweisen, die in der Maschinerie der organisch-medizinischen Diagnostik und Therapie gewöhnlich nicht sichtbar werden.

3. Die fünfstufige Therapie und Selbsthilfe

Ihr liegt die Notwendigkeit zugrunde, die Strategie einer konfliktzentrierten Psychotherapie zu entwerfen, die möglichst ökonomisch und wirksam ist. Sie gliedert sich in die Stufen der Beobachtung/Distanzierung, Inventarisierung, situativen Ermutigung, Verbalisierung und Zielerweiterung. Diese „fünf Stufen“ sind ein Rahmenmodell dafür, wie auch verschiedene therapeutische Richtungen miteinander arbeiten können. Wenn wir Unterschiede aufzeigen, so in der Absicht, die Richtung einer möglichen konstruktiven Zusammenarbeit anzuregen. Diese Zusammenarbeit kann sich auf zweierlei Weise vollziehen: indem günstige therapeutische Ansätze in den Behandlungsplan der Positiven Psychotherapie übernommen und indem Ansätze der Positiven Familientherapie in anderen psychotherapeutischen Methoden angewandt werden. Allerdings setzt dies eine gewisse Distanzierung vom

psychotherapeutischen Dogmatismus voraus.

Die Vorgehensweise kann folgendermaßen umrissen werden:

1. *Stufe der Beobachtung / Distanzierung:* Symptomatik, positive Deutung, transkulturelle Aspekte, Sprachbilder und Geschichten.

2. *Stufe der Inventarisierung:* Was ist in den letzten 5 bis 10 Jahren alles auf Sie zugekommen (gesundheitlich, beruflich, familiär usw.)? Haben Sie Verluste und Todesfälle gehabt? Wie haben Sie darauf reagiert? Unter welchen Bedingungen haben Sie gelernt, so zu reagieren? Wie reagiert Ihre Familie und Ihre weitere Umgebung auf diese Ereignisse? Nennen Sie bitte ca. 10 Ereignisse.

3. *Stufe der situativen Ermutigung:* Welche Ereignisse haben Sie bisher verarbeitet? Wie haben Sie das gemacht, und was hat es für Sie gebracht?

4. *Stufe der Verbalisierung:* Welche Probleme sind noch übriggeblieben? Welche davon wollen Sie in den nächsten 5 bis 6 Wochen bearbeiten?

5. *Stufe der Zielerweiterung:* Was würden Sie in den nächsten 5 Jahren (Monaten, Wochen, Tagen) gesundheitlich, beruflich, familiär und gesellschaftlich machen, wenn sie keine Probleme mehr hätten?

Die fünf Stufen orientieren sich an den vier Formen der Konfliktverarbeitung (Körper/Sinne usw.) und haben eine Erweiterung des Repertoires an Konfliktverarbeitungsmöglichkeiten zum Ziel.

Hilfen zum Standortwechsel

Ein Weg, die Ressourcen der Klienten zu mobilisieren, anstatt beharrlich altbekannte Probleme zu wälzen, sind Geschichten und Spruchweisheiten. Viele Geschichten, Parabeln, Gleichnisse, Weisheiten und Sprichwörter erleichtern den gedanklichen und emotionalen Vollzug eines Standortwechsels. Aber auch im Rahmen einer Therapeut-Patienten-Beziehung können sie den Beteiligten wichtige Anstöße bieten. Die Geschichten werden in der Positiven Psychotherapie nicht willkürlich verwendet, sondern gezielt im Rahmen der fünfstufigen Therapie.

Sicherheit und Orientierung findet der Mensch zumeist nur in seiner

konkreten, faßbaren Umgebung. So sucht er Befriedigung durch körperlichen Genuß wie Essen, Trinken, Sexualität, Schlaf, Sport, Ästhetik usw., durch Flucht in die Arbeit („workaholic“), durch Intensivierung der Beziehung zu einem Partner, der dann die Sicherheit zu garantieren hat, die zuvor eine ganze Kultur bieten konnte. Er findet Selbstbestätigung im Kontakt zu meist kleinen Gruppen, die sich in ihrer Substanz bestätigen, indem sie sich gegenüber anderen Gruppen absetzen und profilieren. Es besteht ein Trend zu Ersatzreligionen, zu denen sog. Jugendreligionen genauso gehören wie die einseitige Neigung zu Astrologie, Parapsychologie und Esoterik, sowie die „kleinen Ersatzreligionen“, zu denen jede einseitig hochstilisierte Überzeugung, jede verabsolutierte Werthaltung werden kann.

Diese Suche der Menschen nach einer neuen, gültigen Orientierung bringt wiederum eine Wechselbeziehung von Ursache und Wirkung mit sich. Das kulturell, gesellschaftlich, politisch und religiös enttäuschte Individuum, das Zuflucht und Hilfe in seiner Privatwelt sucht, multipliziert durch diese Verhaltensweise wiederum die kollektiven Probleme.

*„Denkst du an ein Jahr, säe ein Korn!
Denkst du an ein Jahrzehnt,
pflanze einen Baum!
Denkst du an ein Jahrhundert,
erziehe einen Menschen!“*
(Orientalische Weisheit)

Zusammenfassung

Gerade für den Formenkreis der vegetativ-funktionellen Störungen und die Depressions-Krankheitsbilder, die einen erheblichen Stellenwert in der Praxis und Klinik einnehmen, besteht ein offenkundiges therapeutisches Defizit.

Als Alternative und Ergänzung zu den gängigen medikamentösen, psychotherapeutischen und psychagogischen Maßnahmen, wird die „Positive Psychotherapie“, ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren im Sinne einer konfliktzentrierten und ressourcenorientierten Kurzzeitpsychotherapie vorgeschlagen, die auf transkulturellen Überlegungen mit neuen Techniken beruht. Die fünfstufige Behandlungsstrategie wird

zusammen mit diesen Techniken an Hand von einem Fragebogen beschrieben.

Erfahrungen wurden mit der Methodik der Positiven Psychotherapie bei partnerschaftlichen Konflikten, Erziehungsproblemen, Depressionen, Phobien, Sexualstörungen, psychosomatischen Beschwerden wie Magen-Darm-Beschwerden, Herz- und Kreislaufbeschwerden, rheumatischen Beschwerden und Asthma gesammelt. Auch wurden mehrere Fälle von Psychopathien und Schizophrenien behandelt.

Der Behandlungserfolg zeigt, daß in der Regel schon nach einer kurzen Zeit (nach 6 bis 15 Sitzungen) entweder eine erhebliche Besserung der Beschwerden oder eine Heilung erfolgte. Kontrolluntersuchungen nach einem Jahr zeigten in der Mehrzahl der Fälle einen überdauernden Therapieerfolg. Besonders günstige Erfolge zeigten sich bei neurotischen und psychosomatischen Störungen. Damit erwies sich die Positive Psychotherapie als eine günstige Alternative.

Seit einigen Jahren wird eine Wirksamkeitsstudie der Positiven Psychotherapie durchgeführt, die dem Ziel dient, die Effektivität dieser tiefenpsychologisch fundierten Therapieform zu dokumentieren. In Anlehnung an die umfassende Wirksamkeitsstudie von Prof. Dr. Klaus Grawe (Bern), *Psychotherapie im Wandel*, und weiteren Fachkollegen, sowie in Absprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Landesärztekammer Hessen, werden drei Qualitätsaspekte (Struktur, Prozeß, Ergebnisqualität) untersucht. 38 Therapeuten (Ärzte, Diplompsychologen), die bundesweit in Positiver Psychotherapie ausgebildet sind, nehmen an der Studie teil und stellen ihr Patientenkontingent zur Verfügung. Voraussichtlich werden die Auswertung und Ergebnisse unseres Feldexperimentes bis Ende Februar 1997 vorliegen.

Fragen zu den 4 Formen der Konfliktverarbeitung

Fragen zum 1. Bereich – Körper/Sinne:

Welche körperlichen Beschwerden haben Sie, welche Organe sind betroffen?

- Wie beurteilen Sie Ihr Aussehen?
- Empfinden Sie Ihren Körper als Freund oder Feind?
- Ist es für Sie wichtig, daß Ihr Partner gut aussieht?
- Welche der fünf Sinne haben für Sie die größere Bedeutung?
- Auf welches Organ schlägt sich Ihnen der Ärger?
- Wie reagiert Ihr Partner (Ihre Familie), wenn Sie krank sind? Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Partner krank ist?
- Brauchen Sie viel oder wenig Schlaf?
- Welchen Einfluß haben Krankheiten auf Ihr Lebensgefühl und Ihre Beziehung zur Zukunft?
- Legt man in Ihrer Familie Wert auf gutes Aussehen, sportliche Betätigung und körperliche Gesundheit?
- Wer hat Sie gestreichelt, geküßt und war zärtlich zu Ihnen?
- Wurde bei Ihnen zu Hause auf gutes und reichhaltiges Essen großer Wert gelegt; was war das Motto?

Fragen zum 2. Bereich – Leistung:

- Welche Tätigkeiten würden Sie gerne ausüben? Sind Sie mit Ihrem Beruf zufrieden?
- Wo liegen Ihre Interessenschwerpunkte (körperliche, intellektuelle, künstlerische Tätigkeiten, Verwaltungsaufgaben etc.)?
- Wenn Sie einen Menschen beurteilen: Wie wichtig ist für Sie seine Intelligenz und sein soziales Prestige?
- Worin engagieren Sie sich mehr: im Beruf oder in der Familie?
- Fühlen Sie sich auch wohl, wenn Sie einmal nichts zu tun haben?
- Wer von Ihren Eltern legte mehr Wert auf Leistung?
- Wer von Ihren Angehörigen hat mit Ihnen gespielt?
- Wer hat sich um Ihre Schularbeiten gekümmert?
- Wenn Sie Fehler machten, wie wurden Sie bestraft?
- Haben Ihre Eltern Ihnen gesagt, warum Sie etwas tun sollten?
- Wie wurden Sie für gute Leistungen belohnt?

Fragen zum 3. Bereich – Kontakt:

- Wer von Ihnen ist kontaktfreudiger? Wer von Ihnen möchte lieber Gäste im Hause haben?

- Was könnte Sie eher davon abhalten Gäste einzuladen: daß man zu wenig Zeit hat; daß Gäste Geld kosten; daß Gäste Unordnung machen?
- Wie fühlen Sie sich, wenn Sie in einer Gesellschaft unter vielen Menschen sind?
- Bei welchen Menschen fällt es Ihnen schwer, Kontakt aufzunehmen? Was fällt Ihnen leichter, Kontakt aufzunehmen oder aufrechtzuerhalten?
- Halten Sie an familiären (religiösen, politischen) Traditionen fest?
- Nehmen Sie besondere Rücksicht darauf, was die anderen Leute sagen könnten?
- Wer von Ihren Eltern war kontaktfreudiger?
- Hatten Sie als Kind viele Freunde oder waren Sie eher isoliert?
- Wenn Ihre Eltern Gäste hatten, durften Sie dabei sein und mitsprechen?
- An wen konnten Sie sich wenden, wenn Sie Probleme hatten?

Fragen zum 4. Bereich – Phantasie/Zukunft:

- Wer von Ihnen legt mehr Wert auf Phantasie? Haben Sie oft gute Einfälle?
- Halten Sie sich selbst für optimistisch oder pessimistisch?
- Womit beschäftigen Sie sich in Ihren Phantasien: mit dem Körper (Sexualität, Schlaf, Sport), dem Beruf (Erfolge, Mißerfolge)?, dem Kontakt mit anderen Menschen, der Zukunft (Wunschvorstellungen, Utopien, Weltanschauung, Religion)?
- Hängen Sie der Vergangenheit nach? Befassen Sie sich mit der Zukunft? Lesen Sie gerne utopische Literatur?
- Denken Sie manchmal daran, wie das Leben mit einem anderen Partner wäre, wie es wäre einen anderen Beruf zu haben?
- Haben Sie schon einmal mit dem Gedanken, Selbstmord zu begehen, gespielt?
- Wenn Sie eine Woche lang mit jemanden den Platz tauschen könnten, mit wem würden Sie tauschen? Warum?
- Welche Beziehung haben Sie zur Kunst (Malerei, Musik, Literatur)? Malen Sie selber? Was drücken Ihre Bilder aus?

- Wer von Ihren Eltern legte mehr Wert auf religiöse oder weltanschauliche Fragen? Waren Ihre Eltern in diesem Punkt einig? Hatten Ihre Eltern wegen ihrer religiösen oder weltanschaulichen Konzepte Schwierigkeiten mit ihrer Umwelt?
- Wer von Ihren Eltern hat gebetet? Wer hat mit Ihnen zusammen gebetet?
- Wer hat sich mit Fragen wie Leben nach dem Tode, Sinn des Seins, dem Wesen Gottes etc. beschäftigt?
- Welche Erfahrungen haben Sie als Kind mit religiösen und politisch-weltanschaulichen Ereignissen gemacht?
- Welchen Einfluß haben bei Ihnen religiöse und weltanschauliche Konzepte für die Kindererziehung, die Partnerwahl und die Beziehung zu Ihren Mitmenschen? Was war das Lebensziel Ihrer Eltern? Was ist Ihr Ziel?

- Wie stehen Sie zu Mitgliedern anderer Glaubensgemeinschaften und Vertretern anderer weltanschaulicher Überzeugungen?

Literatur

- Battegay R (1996) Psychoanalytische Neurosenlehre, 2. Aufl. Fischer, Frankfurt
- Peseschkian N (1996) Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie, 21. Aufl. Fischer, Frankfurt
- Peseschkian N (1977) Positive Psychotherapie. Fischer, Frankfurt
- Peseschkian N, Deidenbach H (1991) Psychosomatik und Positive Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Weitere Literatur beim Verfasser.

Dr. med. Nossrat Peseschkian, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/ Psychotherapie, Facharzt für Psycho-

therapeutische Medizin. Begründer der Positiven Psychotherapie. Dozent an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim, Leiter des Wiesbadener Weiterbildungskreises für Psychotherapie und Familientherapie (WIPF).

*An den Quellen 1
D-65183 Wiesbaden
Tel. 0611/373707, Fax 0611/39990*



N. Peseschkian, H. Röhke und B. Werner

Wirksamkeitsstudie im Sinne einer Qualitätssicherung der Positiven Psychotherapie

Strukturelle Dokumentation und kontinuierliche Selbstkontrolle

Das Projekt

Seit 1974 bereitet der Wiesbadener Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Familientherapie (WIPF) unter Leitung von Dr. med. N. Peseschkian eine Wirksamkeitsstudie im Sinne einer Qualitätssicherung vor. In Form einer Vorstudie, in der 1400 Patienten untersucht wurden, entstand ein Test, das *Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF)*, der in die laufende Wirksamkeitsstudie zur Qualitätssicherung der Positiven Psychotherapie integriert wurde. Seit Juli 1995 wird diese Studie intensiv durchgeführt und wird Ende Februar 1997 abgeschlossen sein.

Hauptziel ist der Aufbau und die Evaluation einer strukturierten und systematischen Qualitätssicherung der Positiven Psychotherapie, als eine tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsmethode unter dem transkulturellen Gesichtspunkt im Sinne einer

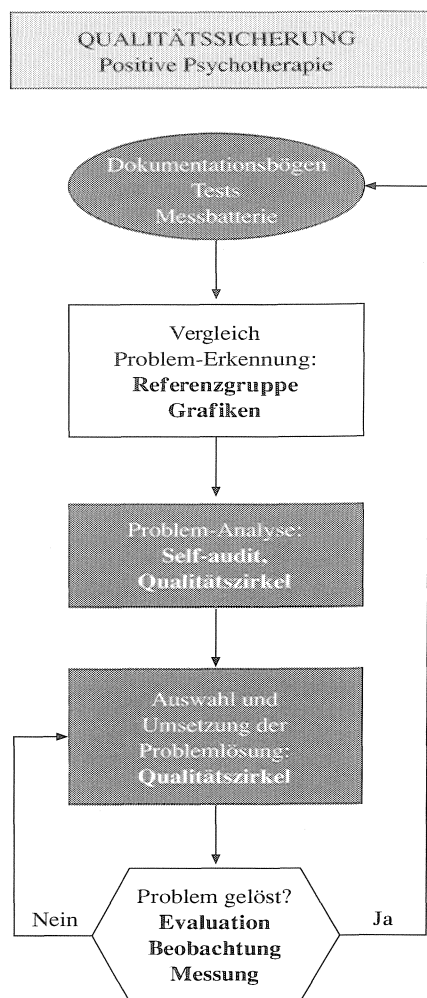
konfliktzentrierten Kurzzeitpsychotherapie, die fortan kontinuierlich den Therapieprozeß begleiten soll.

„Der transkulturelle Ansatz durchzieht wie ein roter Faden die gesamte Positive Psychotherapie. Wir berücksichtigen ihn deshalb gesondert, weil der transkulturelle Gesichtspunkt auch Material zum Verständnis individueller Konflikte bietet. Darüber hinaus besitzt dieser Aspekt eine außerordentliche soziale Bedeutung: Gastarbeiterprobleme, Probleme der Entwicklungshilfe, Schwierigkeiten, die sich im Umgang mit Mitgliedern anderer kultureller Systeme ergeben, Probleme transkultureller Ehen, Vorurteile und ihre Bewältigung, Alternativenmodelle, die einem anderen kulturellen Rahmen entstammen. In diesem Zusammenhang können auch politische Themen angesprochen werden, die sich aus der transkulturellen Situation ergeben.“ (Peseschkian, 1980; Positive Psychotherapie)

Konzeptionell basiert die Positive Psychotherapie auf folgenden Bereichen:

1. Neun Thesen für eine Positive Psychotherapie (PPT)

1. Die PPT berücksichtigt die positiven Aspekte jeder Krankheit (Selbsthilfe)
2. Die Mikrotraumentheorie berücksichtigt Konflikthalt und Konfliktdynamik
3. Das transkulturelle Denken ist Grundlage der PPT (transkultureller Aspekt)
4. Konzepte Mythologien und orientalische Geschichten werden gezielt in die therapeutische Situation einbezogen.
5. Jeder Mensch ist einzigartig: Die Therapie wird den Bedürfnissen des Patienten angepaßt.
6. Positive Familientherapie
7. Die Begriffe der Positiven Psychotherapie kann jeder verstehen.



- 8. Die PPT bietet ein Grundkonzept für den Umgang mit allen Krankheiten und Störungen.
- 9. Die PPT bietet ein Konzept, wie verschiedene Methoden und Fachrichtungen zusammenarbeiten können (metatheoretischer Aspekt).

II. Drei Dimensionen

- 1. Das positive Konzept der Menschenführung (transkultureller Ansatz)
- 2. Konflikthalte – Konfliktdynamik (Metakommunikation)
- 3. 5stufige integrale positive Psychotherapie (Metatheorie)

Die 5stufige integrale Behandlungsstrategie der Positiven Psychotherapie

- 1. Beobachtung/Distanzierung
- 2. Inventarisierung
- 3. Situative Ermutigung
- 4. Verbalisierung
- 5. Zielerweiterung

38 Therapeuten (27 Mediziner, 7 Diplompsychologen, 3 Diplompäd-

agogen), die sowohl niedergelassen, als auch im stationären Bereich tätig sind, nehmen an den qualitätssichernden Maßnahmen teil und dokumentieren Therapiefälle mit psychosomatischer, psychischer und psychosozialer Problematik.

Die Methode

In enger Anlehnung an die schulübergreifende Psychotherapiestudie von Prof. Dr. K. Grawe und in Absprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen sowie der Landesärztekammer Hessen werden drei Qualitätsaspekte untersucht:

- 1. Die *Strukturqualität* (d.h. Qualifikation und Ausbildung der Fachkräfte, sowie Ausstattung und Organisation der Institution)
- 2. Die *Prozeß- oder Behandlungsqualität* (d.h. Qualität der therapeutischen Maßnahmen)
- 3. Die *Ergebnisqualität* (d.h. Therapieerfolg, Therapieergebnis)

Es wurde eine ausgewogene Meßbatterie entwickelt, die neben einer schriftlichen Basisdokumentation mit standardisierten psychologischen Testverfahren die Persönlichkeit des Patienten, sowie die Diagnose, die Symptomatik und die Motivation des einzelnen Patienten erfaßt.

Ein prospektiver Studienteil erfaßt ca. 300 Patienten im Therapieverlauf, ein retrospektiver Teil der Studie erfaßt ca. 200 Patienten mit abgeschlossener Therapie zur Dokumentation der psychischen Stabilität hinsichtlich der Ausgangsproblematik.

Des weiteren wird diese Arbeit durch eine Kontrollgruppe, bestehend aus ca. 100 Patienten, die keine Psychotherapie erhalten (somatische Patienten) sowie Patienten, die auf einen Psychotherapieplatz warten, belegt.

Ergebnisse

Nach der bis Januar 1997 erfolgten kompletten Datenerfassung werden Ergebnisse hinsichtlich der Struktur, des Prozesses und der Effektivität der Positiven Psychotherapie erwartet.

Weiterhin werden Determinanten des Behandlungserfolges und der Behandlungszufriedenheit vorliegen. Die letztgenannten können als Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Positiven Psychotherapie diskutiert – und bearbeitet werden.

*Dr. med. Nossrat Peseschkian
Dr. med. Helmut Röhthke
Birgit Werner
Wiesbadener Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Familientherapie (WIPF)
An den Quellen 1, D-5183 Wiesbaden*

Einführung zur NAPP siehe S 64

R. Heltzel

Was will die NAPP?

Unter dieser saloppen Überschrift möchte ich Ihnen im folgenden kurz zusammengefaßt das Wichtigste zur Entstehungsgeschichte, zu den Aufgabenstellungen und den Zukunftsplänen der NAPP vortragen. Da die Entstehung unserer Arbeitsgemeinschaft allerdings nicht im luftleeren Raum vor sich ging, muß ich zunächst auf die *Rahmenbedingungen* eingehen, die Voraussetzung der zu beschreibenden Entwicklung waren. Will sagen: um verständlich zu machen, wie die NAPP entstand und welche spezifischen Aufgaben sich ihr stellen, muß zunächst die Entwicklung in den Bereichen Psychiatrie und

Psychotherapie skizziert und das Verhältnis von (Sozial-) Psychiatrie und Psychoanalyse reflektiert werden.

Die Gründung unserer Arbeitsgemeinschaft fällt in eine Zeit tiefgreifender Veränderungsprozesse in Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei sind diese Entwicklungen noch in vollem Gange und keineswegs einheitlich, sondern im Gegenteil höchst komplex, teilweise widersprüchlich. Ich kann hier nur einige Hauptlinien nachzeichnen: In der *Psychiatrie*, insbesondere in der universitär betriebenen stehen wir – nicht nur in Deutschland – vor einem Boom des *biologischen Ansatzes*, der von einer beacht-

lichen Offensive *verhaltenstherapeutischer Behandlungskonzepte* begleitet ist. Das überrascht nicht, denn beide Sichtweisen haben offensichtliche Berührungspunkte (z.B. im Vulnerabilitätsmodell) und bieten sich gerade im ärztlich akademischen Sektor als naheliegende Identifikationsmodelle an.

Zeitgleich mit dieser Offensive der biologischen und der verhaltenstherapeutischen Medizin in der Psychiatrie hat sich in den letzten Jahren – auch in der sozialpsychiatrischen Szene – ein zunehmendes Bewußtsein von der spezifischen *Bedeutung des psychotherapeutischen Arbeitsansatzes als Grundhaltung* in der psychiatrischen Praxis entwickelt. Das kommt, wie viele finden, reichlich spät, aber besserspät als gar nicht. Die zunehmende Bedeutung von Psychotherapie in der psychiatrischen Arbeitskultur stellt jedenfalls unserer Ansicht nach eine echte Chance i.S. einer patientenorientierten Weiterentwicklung dar.

Der neue kombinierte Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist ein greifbares Ergebnis dieser komplexen Entwicklung, aber es gibt noch eine Reihe weiterer Indizien dafür, daß die Psychiatrie die Psychotherapie als spezifische und unabdingbare, besondere Kompetenzen erfordernde Facette einer ganzheitlichen Arbeitsweise nicht mehr länger übergehen kann. Die Bildung eines Fachausschusses „Psychotherapie“ innerhalb der DGSP ist ein solches Indiz, ebenso wie das zunehmende Interesse, das Tagungen und Workshops mit dem Thema „Psychotherapie in der Psychiatrie“ inzwischen finden. Wir sind ja heute mit unserer Tagung selbst ein Teil dieser Entwicklung.

Im Bereich der *Psychotherapie* ist die Irritation, die durch die sich abzeichnenden Veränderungsprozesse ausgelöst wird, eher noch größer. Das Monopol psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Ansätze ist längst gebrochen, neue Behandlungsmethoden wie z.B. die systemische Therapie drängen selbstbewußt auf den in Bewegung geratenen Psychotherapie-Markt, und der kalte Wind des Zeitgeistes, der auf schnelle, leichte Lösungen von Problemen drängt (von Konflikten zu sprechen, ist unmodern geworden), bläst insbesondere der lange Zeit verwöhnten

Psychoanalyse scharf ins Gesicht. Daran sind wir Psychoanalytiker nicht ganz unschuldig, denn die institutionalisierte Psychoanalyse hat sich unerträglich lange aus der öffentlichen Diskussion herausgehalten und den Bereich *angewandter Psychoanalyse* mehr als stiefmütterlich behandelt. Viel zu lange zogen sich viel zu viele Psychoanalytiker ganz in ihre eigenen Institute zurück, wo sie im internen Kreis Probleme der psychoanalytischen Ausbildung und Fragen des klassischen Settings besprachen. Dies sind ohne Zweifel wichtige, für die Identität der Psychoanalytiker zentrale Fragen, aber die *Anwendungen der Psychoanalyse*, d.h. ihre gesellschafts- und gesundheitspolitische Bewährung galten im Kontrast dazu als zweit- und dritrangig oder wurden gar mit dem Verdikt belegt, hier handle es sich nicht um „wirkliche“, sprich „reine“ Psychoanalyse. – Diese Entwicklung hielt übrigens manche Psychoanalytiker keineswegs davon ab, überrascht und gekränkt zu sein, wenn andere psychotherapeutische Schulen Felder besetzten oder für sich reklamierten, die der (in Instituten organisierten) Psychoanalyse als selbstverständliches Erbgut erschienen. Erst in letzter Zeit zeichnen sich Änderungen ab, denn es gibt zunehmende Bemühungen, aus dieser v.a. selbst verschuldeten Isolation herauszukommen (so war z.B. der Jahreskongreß der DGPT im Jahr 1993 der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung schwerer Störungen gewidmet: Streeck und Bell [Hrsg] 1994).

In Abgrenzung von dieser einerseits ängstlichen, andererseits überheblichen Politik vergangener Jahre sind Psychoanalytiker heute eher dazu bereit, sich neugierig in angrenzende Arbeitsbereiche zu begeben und sich dort mit ihrer spezifischen Kompetenz in anstehende Fragen einzumischen. In der Begegnung mit den dort Tätigen, z.B. mit psychiatrischen Behandlungsteams, können sie die *Anwendungstauglichkeit (Nützlichkeit) psychoanalytischer Ansätze jenseits des klassischen Settings* erproben und nachweisen (Cremerius, 1995; Kutter, 1995; Heltzel, 1995, 1997). Ganz von selbst wird den Beteiligten dabei klarwerden, daß Psychoanalyse nicht die eine unantastbare Wahrheit ist, als die sich gerne sah,

sondern nur *eine von heutzutage mehreren ernstzunehmenden psychotherapeutischen Schulen* (Wirsching, 1995), die mit anderen relevanten psychotherapeutischen Konzepten konkurriert. Zu dieser einen Kränkung kommt eine zweite hinzu: Der Kontakt zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie kann nicht so aussehen, daß die eine (die Psychoanalyse) mit fertigen Wahrheiten kommt, die die andere (die Psychiatrie) nur noch auslöffeln muß, um an ihnen zu genesen. Ein wirklicher Dialog setzt ja voraus, daß *beide* Seiten mit Offenheit und Lernbereitschaft aufeinander zu gingen, daß also beide im Gegenüber auch Neues und Anziehendes entdecken und sich in der Beschäftigung mit diesem Anderen selbst verändern könnten (Erdheim, 1992). Die Psychoanalyse kann doch, was die Arbeit in vernetzten Zusammenhängen, die Handlungssprache, die Realitätsnähe, die Kooperation im Team, die einheitliche Behandlungsplanung, die soziale Verantwortung etc. angeht, einiges von der Psychiatrie lernen.

Mit dieser Einstellung hat die Psychoanalyse nun allerdings guten Grund, selbstbewußt in die Auseinandersetzung um die psychiatrische Psychotherapie einzutreten: *Psychiatrie und Psychoanalyse haben sich etwas zu sagen*. Es lohnt sich, an dieser Entwicklung teilzunehmen. Ich will versuchen, einige Berührungspunkte aufzuzeigen, indem ich skizzenhaft auf den Entwicklungsstand in beiden Fächern eingehe.

In der Definition Ciompis ist *Sozialpsychiatrie* „derjenige Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen *in und mit ihrem sozialen Umfeld* zu verstehen und zu behandeln versucht“ (Ciompi, 1995, S. 205/206). Zu ihren wichtigsten Behandlungsmethoden gehören: Krisenintervention, Wiedereingliederung, Angehörigen- und Familienarbeit, Milieu- und Soziotherapie, Gruppenarbeit und gemeindepsychiatrische Betreuung, ferner die Unterstützung der Patienten durch außerklinische sozialpsychiatrische Angebote, die ich hier vor Ihnen nicht alle im einzelnen aufzählen muß. – Der Ansatz sozialpsychiatrischen Arbeitens ist dabei der einer *ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Perspektive*, wie sie der Psychoanalytiker G. L. Engel zuerst für

die Psychosomatik herausgearbeitet und wie sie eben besonders L. Ciompi für die Sozialpsychiatrie übernommen hat. Sozialpsychiatrie ist darüber hinaus im Sektor, d.h. gemeindenah und vernetzt organisiert und untrennbar mit der Arbeit multiprofessioneller Teams als zentralem Behandlungsparadigma verbunden.

Ich wiederhole die *Essentials zeitgemäßer sozialpsychiatrischer Arbeit*:

1. Verstehen und Behandeln psychisch Kranker in und mit ihrem sozialen Umfeld. 2. Ganzheitliche, d.h. bio – psycho – soziale Perspektive. 3. Behandlung durch multiprofessionelle Teams. Der Vollständigkeit halber füge ich als Selbstverständlichkeit einen 4. Punkt hinzu: Orientierung nicht ausschließlich an Mängeln und Defiziten, sondern ausdrücklich auch an den Stärken, den Ressourcen der Betroffenen. – Mag sein, daß der Begriff „Sozialpsychiatrie“ in diesem Zusammenhang unnötig oder mißverständlich ist (entsprechend Dörners bekanntem Diktum, wonach Psychiatrie soziale Psychiatrie ist oder keine Psychiatrie), Ciompis Sicht markiert jedenfalls Essentials, wie sie inzwischen auch international breit geteilt werden dürften, wenn auch die konkrete Ausprägung sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen von Land zu Land und von Region zu Region unterschiedlich ist.

Und die *zeitgenössische Psychoanalyse*? Sie hat sich auch offiziell von der verbindlichen Einheitstheorie (die es im Grunde nie gab) verabschiedet und versammelt sehr heterogene Theorie – und Behandlungsansätze unter einem Dach. Immerhin sind Tendenzen auszumachen, die sich in Anlehnung an Kernberg (Kernberg, 1994a und b) so skizzieren ließen: Es gibt eine erkennbare Entwicklung zu mehr Akzeptanz der verschiedenen psychoanalytischen Schulen untereinander, und es gibt Annäherungsschritte aufeinander zu. So ist eine größere Bereitschaft zu verzeichnen, die Übertragungs-Gegenübertragungs-Analyse im Hier und Jetzt, also die aktuelle therapeutische Beziehung zum Fokus der Bearbeitung zu machen, womit die Theorie zwischenmenschlicher Beziehungen („Objektbeziehungstheorie“) zentrale Bedeutung erlangt; es gibt eine wachsende Betonung affektiven Erlebens in psychoanalytischen Behandlungen, eine

gestiegene Bereitschaft, auch aversive (z.B. handelnde Ausdrucksformen) in der therapeutischen Kommunikation zuzulassen und zu nutzen und ein zunehmendes Interesse an der therapeutischen Arbeit mit schwerer gestörten Patienten bzw. an den spezifischen („präödpalen“) Konflikten, unter denen sie leiden. Die „postklassische“ Psychoanalyse (Treurniet, 1993, 1995) verlagert den Akzent mehr auf die Herstellung eines emotionalen Kontaktes zum Patienten, mehr auf die Beziehung, d.h. es wird die Wichtigkeit von beidem, von Verstehen/Deuten und Beziehung herausgestellt (Cremerius, 1979; Ermann, 1992). Therapeutische Prozesse werden zunehmend als Entwicklungsprozesse verstanden, die es angemessen zu fördern gilt, und der Psychoanalytiker als direktes, emotional erreichbares, antwortendes, in Affekte und Konflikte zumindest zeitweise verstricktes, partiell mitagierendes Gegenüber wird deutlicher: sein Beitrag zur Gestaltung des therapeutischen Prozesses erhält auf diese Weise mehr Gewicht, als dies noch vor einem Jahrzehnt der Fall war. Modifikationen psychoanalytischen Arbeitens verlieren den Geruch von Verbotenem, und das Arbeiten in vernetzten Zusammenhängen ist zumindest für jene Psychoanalytiker naheliegend oder selbstverständlich, die sich auch in Gruppenanalyse qualifiziert haben.

Ich hoffe, daß meine kurze, natürlich persönlich gefärbte Skizze potentielle Berührungspunkte zwischen moderner (Sozial-) Psychiatrie und zeitgenössischer Psychoanalyse deutlich werden läßt. Ich will vier dieser Berührungspunkte hervorheben:

1. Der *ganzheitliche, bio-psycho-soziale Krankheitsansatz* wird heute sowohl in der Psychiatrie als auch in der Psychoanalyse (und der psychoanalytischen Psychosomatik) vertreten. Insbesondere Herr Mentzos hat sich in den letzten Jahren wiederholt in dieser Weise geäußert (Mentzos, 1992; ders. (Hrsg.) 1992; ders., 1995).

2. Die *Bezogenheit psychischen Leidens* und die Bezogenheit therapeutischen Arbeitens, Paradigma der (Sozial-)Psychiatrie, findet ihre psychoanalytische Entsprechung im Primat der therapeutischen Beziehung als Mittel von Veränderung und Ent-

wicklung. Freilich ergänzt die Psychoanalyse in ihrer Sichtweise der Beziehung den sozialpsychiatrischen Ansatz um den Aspekt *unbewußter (wechselseitiger) Bezogenheit*, worin, neben dem Wahrnehmen intrapsychischer und interpersoneller Konflikte, ihre Besonderheit liegt.

3. *Handeln und (partielles) Mit-handeln* im therapeutischen Prozeß gelten nicht mehr nur als „unanalytisches“ Verhalten, dessen man sich schämen muß. Im Gegenteil, Treurniet sieht diese Bereitschaft zur spontanen emotionalen Antwort als eine Voraussetzung fruchtbarer psychoanalytischer Arbeit an und fordert sie als ethische Grundeinstellung des zeitgenössischen („postklassischen“) Psychoanalytikers (Treurniet, 1993, 1995; siehe auch Gysling, 1995). Damit wird die Psychoanalyse anwendungsfreundlicher, was die Arbeit in psychiatrischen Settings angeht, die sich bekanntlich durch große Unmittelbarkeit im persönlichen Kontakt, durch besondere Direktheit im kommunikativen Austausch bzw. durch ein hohes (vorwiegend unbewußtes) Angstniveau auszeichnen.

4. Was schließlich den Begriff des *Netzwerks* bzw. der *Vernetzung* angeht, so gibt es eine wörtliche Entsprechung zwischen (Sozial) Psychiatrie und *Gruppenanalyse*, und ich bitte Sie, mir diesen Hinweis auf das Thema der nächsten Jahrestagung zu gestatten: Für die Gruppenanalyse (die eine Anwendungsform von Psychoanalyse darstellt) ist das Individuum ein Knotenpunkt in einem Netzwerk von Beziehungen, von (bewußten und unbewußten) Kommunikationsprozessen. Der Mensch ist in dieser Sicht von Anfang an nur als in Bezogenheit lebendes Wesen vorstellbar, d.h. die Gesellschaft geht dem Individuum voraus, bestimmt dessen Sein und beeinflußt seine Identität vom Beginn seines Lebens an. Nach dieser Position (die Verbindungen zur Gesellschaftstheorie bzw. zum Menschenbild von N. Elias sowie zur modernen Systemtheorie herstellt) ist der Mensch also essentiell sozial orientiert und nicht individuell, weswegen die Behandlung des Einzelnen selbstverständlich innerhalb seiner Umwelt, also in und mit seinem sozialen Umfeld, geschehen muß (Behr et al, 1985). Die *Gruppe* wird so aus gruppenanalytischer Sicht zum Paradigma therapeutischer Praxis.

Natürlich legt die Gruppenanalyse (als Verfahren, das wesentlich auch auf Psychoanalyse basiert) den Fokus auf die *unbewußte* Dimension dieser Bezogenheit. Dies macht die Differenz zur Psychiatrie aus, der es ja ganz vorrangig um *bewußte* kooperative Beziehungen geht. Aus dieser Differenz können *Spannungen, Widersprüche und Konflikte* resultieren.

Ich habe an anderer Stelle, nämlich auf der Bremer Tagung vor 2 Jahren, das komplementäre Verhältnis von Psychiatrie und Psychoanalyse besprochen (Heltzel, 1994) und will hier nicht wieder ausführlich darauf eingehen. So viel muß freilich gesagt sein: wir stellen uns den Dialog zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse nicht als flachen, harmonischen Gleichklang vor, sondern als mitunter reibungsvolle, auch Konflikte beinhaltende gegenseitige Anregung. Entwicklungsfördernd in diesem Sinne können Spannungen jedoch nur wirken, wenn zugleich immer wieder auch *große integrative Bemühungen* unternommen werden, um unfruchtbare Polarisierungen und gegenseitige Entwertungen zu vermeiden. Diese Grundhaltung hat bei der Konstituierung der NAPP Pate gestanden.

Ausgangspunkt war die bereits erwähnte Bremer Tagung zur Psychotherapie in der Psychiatrie, die zu Kontakten im norddeutschen Raum führte, welche schließlich nach einjähriger kontinuierlicher Zusammenarbeit und Diskussion die Gründung des Vereins im Februar 96 ermöglichten. Die NAPP will den Austausch zwischen der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Psychiatrie fördern und zur Verbreitung psychodynamisch – psychoanalytisch – orientierter Sichtweisen in der psychiatrisch psychotherapeutischen Arbeit beitragen“ (Satzung der NAPP). Sie will *praxisnahe* psychoanalytisch orientierte Fort- und Weiterbildung in der Psychiatrie sowie die *berufsgruppenübergreifende Kooperation* in der psychiatrischen Versorgung fördern und dabei mit verschiedenen psychotherapeutischen Schulen respektvoll zusammenarbeiten. Sie will wissenschaftliche Tagungen zu praxisrelevanten Themen abhalten, Kurse, Workshops und Seminare durchführen und Supervision für in der Psychiatrie Tätige anbieten. Mitglie-

der können alle psychiatrisch, psychotherapeutisch und/oder psychoanalytisch Tätige mit abgeschlossener Berufsausbildung werden, die die grundlegenden Ziele des Vereins unterstützen und weiterentwickeln wollen (Satzung NAPP).

Insofern beabsichtigt die NAPP, relativ weit auseinander liegende Zielvorstellungen miteinander in Einklang zu bringen (auch dies eine Spannung, möglicherweise ein Konflikt): Sie will so etwas wie eine breit angelegte Basisbewegung werden, *zugleich* aber auf ein relativ hohes Niveau in der fachlichen Diskussion und in der psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung achten. Oder so formuliert: *Einerseits* soll sehr bewußt auf ein berufsgruppenübergreifendes, insbesondere auch die nicht-akademischen Berufe ansprechendes Vorgehen geachtet werden. *Andererseits* ist uns die Entwicklung spezifisch psychoanalytischer Kompetenz in den verschiedenen psychiatrischen Arbeitsfeldern ein zentrales Anliegen. Wir wollen keine verwässerte „allgemeine Psychotherapie“ in der Psychiatrie, keinen sozialpsychiatrisch inspirierten Eklektizismus, sondern wir möchten zur spezifischen, eigenen, eben *psychoanalytisch* ausgerichteten Identität in der psychiatrisch psychotherapeutischen Arbeit finden. Die Zukunft wird zeigen, ob dieser durchaus anspruchsvolle Ansatz befriedigend umgesetzt werden kann.

Wir stellen uns das in einem ersten Schritt so vor: die NAPP ist in Fachausschüssen organisiert, in denen zwischen den großen Jahrestagungen praxisnah und erfahrungsbezogen inhaltlich gearbeitet werden kann. In diese *Fachausschüsse* können Mitglieder je nach Interesse ihr Engagement einbringen, die Sprecherinnen oder Sprecher sind zugleich Mitglieder des erweiterten Vorstandes der NAPP. Derzeit existieren die Fachausschüsse „Psychiatrische Pflege“, „Musiktherapie in der Psychiatrie“, „Kunsttherapie in der Psychiatrie“, „Analytische Psychosentherapie“ und „Jahrestagung“. Ein Fachausschuß Qualitätssicherung in der psychiatrischen Psychotherapie“ ist in Gründung und ein Fachausschuß „Supervision in der Psychiatrie“ ist vorgedacht und soll mit einer Tagung in Bremen gestartet werden – vielleicht finden sich unter

Ihnen Interessenten für diese genannten oder für noch ungenannte Themenstellungen ...

Dies ist – in Stichworten – das, was bereits kurzfristig auf den Weg gebracht ist bzw. zur Realisierung ansteht. Mittelfristig wünschen wir uns so etwas wie eine psychotherapeutische Basisqualifikation für psychiatrisch Berufstätige im Sinne einer fundiert vermittelten *Grundhaltung*. Wir diskutieren bereits über Bausteine eines solchen Vorhabens, aber das ist natürlich absolute Zukunftsmusik. Immerhin – wenn Ansätze in diese Richtung gelängen. wäre dies ein bedeutender Schritt in Richtung auf eine psychotherapeutische Durchdringung der psychiatrischen Praxis.

Und schließlich unsere *Jahrestagungen*, die zu bestimmten Schwerpunktthemen stattfinden sollen. Dabei spricht viel dafür, im Sinne der Beziehungskontinuität an einem Ort zu bleiben, also ein Nomadendasein zu vermeiden. Uns erscheint Lüneburg mit seinem in Veränderung befindlichen Psychiatrischen Landeskrankenhaus ein angemessener Ort für unser Projekt ... Das Thema der Jahrestagung 1997 steht übrigens schon weitgehend fest: Es soll um psychoanalytische Gruppenarbeit in der Psychiatrie und ihre Unterscheidung oder Differenzierung von der therapeutischen Dyade gehen, vielleicht unter dem Titel „Zwei sind keine Gruppe – Gruppenarbeit und Gruppentherapie in der Psychiatrie. – Jetzt aber freuen wir uns auf zwei Tage des intensiven Austausches über „Psychodynamik im psychiatrischen Alltag“, dazu nur noch einige knappe erläuternde Hinweise: Unser heutiges *Tagungsthema* ergab sich fast zwangsläufig aus dem generellen Ansatz der NAPP: unser Interesse gilt einem möglichst praxisnahen und anwendungsorientierten Austausch der psychiatrischen Berufsgruppen untereinander. Dabei soll es weniger um hochspezifische, ausgefeilte „Techniken“ der Psychotherapie als vielmehr um die Erarbeitung und Vermittlung einer psychoanalytisch basierten *Grundhaltung* gehen, die sich quer durch alle Berufsgruppen (aber natürlich mit je spezifischer Ausgestaltung) im normalen Alltag psychiatrischer Versorgungsangebote bewährt. Psychotherapeutische Qualifizierung sollte psychiatrisch Be-

rufstätige in die Lage versetzen, alle Versorgungstätigkeiten im Alltag der Psychiatrie psychodynamisch orientiert durchzuführen, d.h. alles psychiatrische Tun „psychotherapeutisch“ zu durchdringen, wie dies Frau Rohde-Dachser einmal formulierte (Rohde-Dachser, 1979). Dies ist ein hoher Anspruch, der natürlich immer nur annäherungsweise zu realisieren ist. Er gibt sozusagen das ideelle Ziel an, auf das hingearbeitet werden muß.

Die Workshops dieser zwei Tage kreisen um solche Themen und wir hoffen, daß Sie sich als Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppen intensiv mit ihren eigenen Praxiserfahrungen einbringen können.

Literatur auf Anfrage bei Autor erhältlich.

*Dr. Rudolf Heltzel
Außer der Schleifmühle 56
D-28203 Bremen*

(siehe unten). Anschließend berichtete Herr H. Kleefeld, Pflegedienstleiter aus Tübingen, von seinen Erfahrungen über „Die Beeinflussung pflegerischen Handelns durch Supervision“. Im ersten von drei Blöcken verteilten sich die 220 Teilnehmer dann auf etwa 20 Workshops mit Themen aus allen psychiatrischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen und Arbeitsfeldern. Der Tag klang bei Buffet, Weinprobe und südamerikanischer Musik aus.

„Psychoanalyse und Psychiatrie“ hieß das Thema, zu dem samstagsmorgen PD Dr. G. Bruns, Bremen, Herrn Dr. F. Schwarz, München, als Vertreter der Psychoanalyse und Herrn Dr. S. Stierl, Lüneburg als Vertreter der klinischen Psychiatrie interviewte. Der Nachmittag stand im Zeichen des Referates „Die psychodynamische Dimension psychiatrischer Erkrankungen“ von Prof. Dr. S. Mentzos, Frankfurt, dem der abschließende dritten Workshopblock folgte.

Die von etwa 60% der Teilnehmer abgegebene schriftliche Rückmeldung signalisierte den Veranstaltern eine sehr große Zufriedenheit mit der Atmosphäre und eine gute mit der Organisation der Veranstaltung. Mit wenigen Ausnahmen äußerten sie ihr Interesse, an der nächsten Arbeitstagung teilzunehmen. Diese findet am 26./27. September 1997 wieder in Lüneburg statt mit dem Thema: „Zwei sind keine Gruppe“ – Gruppe, Gruppenarbeit, Gruppentherapie in der Psychiatrie.

Nachfolgend neben dem programmatischen Eingangsreferat des ersten Vorsitzenden Dr. R. Heltzel, Bremen, eine Auswahl der bisher eingegangenen Workshopbeiträge. Weitere werden im Supplement des nächsten Heftes erscheinen.



*Dr. G. Lurz, NLKH Lüneburg
Am Wienebütteler Weg 1
D-21339 Lüneburg*

Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie (NAPP)

Im Februar 1996 konstituierte sich in Hamburg nacheinjähriger Diskussionsphase die „Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie“ (NAPP). Psychiatrisch, psychotherapeutisch und/oder psychoanalytisch Tätige aller Berufsgruppen und klinischen wie ambulanten/niedergelassenen Arbeitsfeldern des norddeutschen Raumes haben sich zum Ziel gesetzt, den Austausch zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie zu fördern. Dies meint zum Einen die Öffnung der Psychoanalyse für psychiatrische Arbeitsfelder einschließlich der Suchtkranken- und gerontopsychiatrischen Versorgung. Zum Anderen sollen psychoanalytische Erkenntnisse in allen psychiatrischen Arbeitszusammenhängen eine möglichst breite Berücksichtigung und Anwendung finden.

Wenn auch der psychotherapeutische Hintergrund der Mitglieder satzungsgemäß auf tiefenpsychologischen Prinzipien beruht, soll dabei die Zusammenarbeit und Auseinandersetzung mit anderen psychotherapeutischen Sichtweisen gesucht werden.

Wesentliche Voraussetzung einer effektiven Veränderung psychiatrischer Arbeit durch tiefenpsychologische Gesichtspunkte ist eine Verbesserung berufsgruppenübergreifender Verständigung und Kooperation. In der NAPP begegnen sich Personen mit unterschiedlichen Berufserfahrungen, Arbeitsbedingungen und Vorbildungen. Dieses Miteinander muß und will entwickelt, gelernt und trainiert werden. Möglichkeiten hierfür bieten die sog. Fachausschüsse. Themen-, pro-

jekt- oder berufsgruppenorientiert können sich Mitglieder in Arbeitsgruppen zusammenfinden, deren Sprecher gemeinsam mit dem geschäftsführenden als erweiterter Vorstand das wichtigste Organ des Vereins bilden.

Aktuelle Fachausschüsse mit ihren Sprechern: Psychiatrische Pflege (Frau Höhn, Tel. 0421/361 8270), Jahrestagung (Herr Dr. Stierl, Tel. 04131/60 1300/1302), Psychoanalytische Musiktherapie (Frau Dehm, Tel. 04102/41755), Qualitätssicherung in der psychiatrischen Psychotherapie (Herr Heese, Tel. 04131/700 833), Ambulante Psychosentherapie Herr Dr. Schulze-Jena, Tel. 040/5271 2541), Kunsttherapie in der Psychiatrie Frau Erpelt, Tel. 040/5706 157), Supervision in der Psychiatrie (Herr Dr. Heltzel, Tel. 0421/3399 383).

Neben diesen vereinsinternen Foren sieht die NAPP ihre Hauptaufgabe in der Durchführung praxisnaher psychoanalytisch orientierter Fort- und Weiterbildung für alle in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen. Mittelpunkt sollen die jährlich stattfindenden Arbeitstagungen werden, deren erste am 1./2. November 1996 im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Lüneburg unter dem Thema „Psychodynamik im psychiatrischen Alltag“ stattfand. Zwischen drei Plenarveranstaltungen boten mehr als 50 Workshops breit gefächerte Möglichkeiten zu fachlichem Austausch oder Information.

Zu Beginn führte der 1. Vorsitzenden Dr. R. Heltzel, Bremen, in die Geschichte und Ziele der NAPP ein

R. Lindner und B. Gerisch

„Wollten Sie wirklich sterben?“

Zur Kontroverse psychiatrischer und psychodynamischer Aspekte der Suizidalität

Zusammenfassung

Suizidalität ist ein in der Psychiatrie und der Psychoanalyse gleichermaßen relevantes und bedeutsames Phänomen. Umso erstaunlicher ist, daß das psychoanalytische Verständnis der Suizidalität in der Psychiatrie nur wenig Diskussion, Aufnahme und Anwendung findet. Ausgehend von einer themenzentrierten Inhaltsanalyse der Kapitel über Suizid und Suizidalität in 25 deutschen und englischsprachigen Lehrbüchern der Psychiatrie wird dargestellt, daß ein dem logischen Empirismus verpflichteter wissenschaftstheoretischer Ansatz der Psychiatrie ein gewichtiges Hindernis in der Rezeption psychoanalytischer Verständnissätze von Suizidalität darstellt.

Indem die Psychoanalyse als Wissenschaft und Grundlage therapeutischen Handelns das subjektive Erleben von Patient und Therapeut, gerade auch in der therapeutischen Beziehung zu einem Schwerpunkt ihrer Reflexionen macht, bietet sie die Möglichkeit, durch die Analyse der spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle bei Suizidalen auch im Rahmen psychiatrischer Behandlungen in multiprofessionellen Teams, sowohl das Verständnis der Suizidalität des einzelnen Patienten zu fördern, als auch die Basis für entwicklungsfördernde Beziehungserfahrungen zu schaffen.

Einleitung

Suizidalität ist ein wichtiges, in der klinischen Praxis und Forschung der Psychiatrie mit besonderer Aufmerksamkeit betrachtetes Phänomen. Weil der Suizid *die* Form des Sterbens in der Psychiatrie ist, berührt das Thema grundsätzliche Fragen nach Gewalt, Willens- und Entscheidungsfreiheit, letztlich nach Leben und Tod im Kontext psychiatrischen Denkens. Die Beschäftigung mit suizidalem Erleben und Verhalten war deshalb schon früh in der Psychiatrie von hohem Interesse (vgl. Lungershausen, 1983). Aber auch die Psychoanalytiker beschäftigten sich bereits in den ersten

Jahrzehnten der Psychoanalyse intensiv mit Suizid und Suizidalität (Freud, 1910g, 1917e; Abraham, 1924; Federn, 1929). Aufgrund der gerade in Deutschland belasteten Rezeption psychoanalytischer Inhalte durch die Psychiatrie haben sich beide Wissenschaften auch hinsichtlich des Verständnisses und der Darstellung der Suizidalität unterschiedlich entwickelt. Es kam nur in einigen wenigen Aspekten zu einer Aufnahme psychoanalytischer Erkenntnisse in die Lehrmeinung der Psychiatrie zum Thema Suizid und Suizidalität.

Betrachtet man nun die historische Entwicklung der Suizidforschung, so muß auch hier die geringe Auseinandersetzung mit einer psychodynamischen Sichtweise beklagt werden. Die Suizidologen unterschiedlichster theoretischer Ausrichtung sind sich zwar in dem Punkt einig, daß an dem Zustandekommen einer Suizidhandlung verschiedenste Faktoren sowie bewußte und unbewußte Konflikte beteiligt sein können. Nicht zuletzt aufgrund dieser Komplexität avancierte das Phänomen der Suizidalität zu einem interdisziplinären Forschungsgegenstand, dem sich Philosophen, Mediziner, Psychologen, Psychoanalytiker, Soziologen, Sozial- und Geisteswissenschaftler etc. gleichermaßen gewidmet haben, getragen von dem Versuch, Erklärungsmodelle für die Suizidalität zu entwickeln. Doch auch wenn immer wieder betont wird, daß die Suizidalität ein multifaktoriell bedingtes Phänomen ist, das nur in einem biologischen, sozialen, psychologischen und existentiellen Kontext des Individuums gesehen werden könne (Bronisch, 1995), so zeichnet sich auch gegenwärtig – nicht nur im psychiatrischen, sondern auch im suizidologischen Diskurs – eine deutliche Entfernung von ätiopathogenetisch-psychoanalytischen Modellen, – in der diese als obsolet verworfen oder kaum mehr rezipiert werden –, hin zu einer epidemiologischen und biologischen Ausrichtung ab. So verwirft Wolfersdorf (1994) Freuds Suizidtheorie mit folgender Argumentation:

„Die Konzepte von Suizidalität, als Endpunkt einer depressiven Dynamik von Freud (1917) in ‚Trauer und Melancholie‘ entworfen, waren vorwiegend theoretischer Art und die daraus abgeleitete Konsequenz der Aggressionsumkehr ist heute in Akuttherapie und Krisenintervention überholt. Das ‚Mörderische‘, das in der Suizidhandlung gesehen wurde, verführt sehr rasch zu einer negativen Besetzung des ‚Selbst-Mörders‘, dem definitionsgemäß Bösartigkeit und Hinterhältigkeit zugetraut wird“ (S. 48).

Im Kontext dieser Argumentationen drängt sich zunehmend der Verdacht auf, daß die Simplifizierung eines komplexen Geschehens wie der Suizidalität der Angst entspringt, bei der Interpretation des psychischen Erlebens von Suizidanten in „wildes Spekulieren zu geraten“ (Henseler, 1984, S. 17), die dann im Rückgriff auf verhaltensnahe und leicht objektivierbare Beobachtungen zu bewältigen versucht wird. Es soll hier also auch auf einen besonders brisanten und in der Suizidologie eher vernachlässigten Aspekt verwiesen werden, nämlich auf den den theoretischen Erklärungsmodellen immanenten Abwehrcharakter. Schon immer waren Suizidologen zu schnell bemüht, Motiv und Ursache in eine möglichst schlüssige Formel zu bannen. Damit aber tritt an die Stelle des psychodynamischen Verstehens und des empathischen Aushaltens des zuweilen unerträglichen Schmerzes eine strukturgebende Erklärung, die primär dem Therapeuten und Forscher, nicht aber dem Suizidanten, dienlich ist.

Ziel dieser Arbeit ist aufzuzeigen, in welcher Weise Suizid und Suizidalität in den führenden Lehrbüchern der Psychiatrie abgehandelt wird. Ausgehend von einem überwiegend medizinisch-nosologischen wissenschaftstheoretischen Modell, wie es sich fast vollständig in allen Lehrbüchern zu diesem Thema wiederfindet, wird untersucht, welche Beiträge ein psychoanalytisches Verständnis der Suizidalität leisten kann. Damit möchte dieser Beitrag exemplarisch aufzeigen, wo psychoanalytisches Denken in die psychiatrische Lehre einfließen kann, und wo Schwierigkeiten und „Widerstände“ in der Integration psychoanalytischer Erkenntnisse in die psychiatrische Lehre bestehen.

Suizid und Suizidalität in psychiatrischen Lehrbüchern

Um eine möglichst breite Übersicht über die Darstellung des Themas in psychiatrischen Lehrbüchern zu gewinnen, wurden die Kapitel über Suizid und Suizidalität von 25 deutschen und englischsprachigen Lehrbüchern der Psychiatrie (s. Literaturverzeichnis) nach den abgehandelten Themen durchgesehen und miteinander verglichen. Faßt man zusammen, wie die Darstellung von Suizid und Suizidalität in Zweidrittel dieser Lehrbücher erfolgte, so ergibt sich folgendes Bild:

Einer allgemeinen Definition von Suizid, Suizidversuch und Suizidalität (incl. Suizidphantasien) folgen ausführliche Angaben zu Suizidraten, der Geschlechts- und Altersverteilung von Suiziden und Suizidversuchen sowie dem quantitativen Verhältnis von Suizid zu Suizidversuch. An Risikofaktoren und Risikogruppen werden in besonderer Weise psychiatrische Erkrankungen genannt (Depression, Schizophrenie und Sucht), gefolgt von akuten Lebensbelastungen und Krisen, sozialen Faktoren und früher stattgehabten Suizidversuchen.

Als psychologisches Erklärungsmuster wird in erster Linie der Appellcharakter von Suizidversuchen an das nächste Umfeld des Suizidalen dargestellt. Ihm folgt die Erwähnung spezifischer Aggressionsprobleme Suizidaler, worunter meist eine generelle Aggressionshemmung beschrieben wird. Lediglich Machleidt (1991) führt den Leser in die von Freud (1917e) entwickelte Psychodynamik der Aggression bei Suizidalen ein. In den deutschen Lehrbüchern findet auch die Selbstwertproblematik mit Suizidalität im Rahmen einer narzißtischen Krise (Henseler, 1984) Erwähnung.

Der diagnostische Schwerpunkt liegt in der Darstellung verschiedener Fragenkataloge und Risikofaktorenlisten, wobei die deutschen Lehrbücher meist die Einschränkung nennen, daß sich aufgrund derartiger Checklisten eine Vorhersage des Suizidrisikos nicht machen läßt. Weit verbreitet (in deutschen Lehrbüchern) ist die Darstellung des präsuizidalen Syndroms (Ringel, 1953) und der präsuizidalen Pause, als „Ruhe vor dem Sturm“ (Pöldinger, 1968). In Ringels dreigliedriges Modell eines präsuizidalen

Syndroms floß mit dem Aspekt der gehemmten und gegen die eigene Person gerichteten Aggressivität etwas von dem „klassisch-psychoanalytischen“ Verständnis der Suizidalität als Ausdruck einer internalisierten und gegen das eigene Selbst gerichteten Aggressivität ein, die einem introjierten hochambivalenten Objekt gilt. Erwähnung finden auch Fragen der Suizidprophylaxe: Prophylaktisch seien in erster Linie vorhandene psychiatrische Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln, wenn möglich, einen Krisenanlaß zu klären, mittels o.g. Fragenkataloge oder „klinischer Erfahrung“ das Suizidrisiko einzuschätzen und im Gespräch mit möglicherweise suizidalen Patienten das Tabu offen und direkt anzusprechen.

An therapeutischen Empfehlungen wird in erster Linie die Notwendigkeit genannt, eine angstfreie Gesprächsbeziehung aufzubauen. Die Indikationen zur stationären Behandlung werden diskutiert und die Notwendigkeit hervorgehoben, psychiatrische Syndrome psychopharmakologisch zu behandeln. Suizidgedanken sollten offen vom Arzt angesprochen werden. Erst danach folgt in 13 der 25 Lehrbüchern eine allgemeine Empfehlung zu Psychotherapie. Hierunter wird in erster Linie Gesprächs-, Sozio- und Familientherapie verstanden. Einige Autoren (Brosch, 1995; Wedler et al., 1995; Wolfersdorf, 1993) stellen ausführlicher Modelle der Krisenintervention nach Suizidversuch vor. Nur wenig Erwähnung finden verhaltenstheoretische und verhaltenstherapeutische Darstellungen (ausführlich bei Dunner, 1993, auch bei Degkwitz, 1982, und Lieb et al., 1993).

Die Einbeziehung von Angehörigen und Begleitpersonen in die Behandlung wird gefordert. Der allgemeine Gesprächsstil mit Patienten und Angehörigen solle sich durch „empathisches Verstehen“ auszeichnen. Zudem wird die Notwendigkeit genannt, nach einem Suizidversuch die „nächsten Schritte“ verbindlich abzusprechen sowie Verweisungswege zu kennen und vorzuplanen.

Zusammenfassend ergibt die vergleichende Untersuchung der Abhandlung des Themas Suizid und Suizidalität in den genannten Lehrbüchern der Psychiatrie, daß Suizidalität in erster Linie im nosologischen Kontext der psychiatrischen Krank-

heiten verstanden wird. In dieser, dem logischen Empirismus verpflichteten, wissenschaftlichen Sicht muß Suizidalität als Begriff verstanden werden, der durch direkt beobachtbare Merkmale beschrieben und abgegrenzt werden kann. Grundsätzlich ist der Erkenntnisprozeß dabei auf das Ziel ausgerichtet, die Erklärung und Voraussage auf der Basis genereller Gesetze und Theorien zu finden (Frommer, 1995). Diese Gesetze und Theorien sollten dann möglichst „frei von subjektivem Sinn“ (Hempel, 1965) sein. Dies erklärt auch das in der „klassischen“, epidemiologisch ausgerichteten suizidologischen Forschung weit verbreitete Interesse, Risikogruppen, Risikoverhalten, biologische Marker, genetische Faktoren oder psychopathologisch-psychosoziale „Achsensyndrome“ zu identifizieren, die sowohl eine Einordnung in die bestehende Krankheitslehre als auch prognostische Aussagen ermöglichen. In diesem Sinne wird dann auch das in diese Konzepte eingeflossene psychoanalytische Gedankengut (Aggressionstheorie, Narzißmustheorie) meist verwendet, um besonders suizidgefährdete Gruppen oder psychische Zustände mit besonderer Suizidgefahr zu beschreiben.

Eine etwas andere Position nehmen die Autoren ein, die sich ausführlicher mit dem Krisenkonzept und den Kriseninterventionsstrategien beschäftigen (Wedler 1995; Wolfersdorf 1993). Hier zeigt sich eine vorwiegend in der amerikanischen Sozialpsychiatrie entwickelte kritische Haltung zur psychiatrischen Diagnostik, welche als ein bewertendes und damit auch abwertendes System verstanden wird (Nouvertne, 1991). Aus dem krisentheoretischen Ansatz entwickelten sich verschiedene, meist sehr strukturierte Kriseninterventionskonzepte bei Suizidalität oder nach Suizidversuch (Wedler, 1995, Wolfersdorf, 1993). Grundlage ist dabei zwar die Erkenntnis, daß Suizidalität das „Symptom einer Kommunikationsstörung“ (Wolfersdorf, 1993) ist, Ziel der Krisenintervention ist aber in erster Linie, die Krise zu entschärfen, Beziehungen zu stabilisieren und weitergehende Behandlungen anzubahnen. Krisenintervention ist eine Handlungs- und Verhaltensrichtlinie. Der krisentheoretische Ansatz erbrachte

eine Stärkung des Verständnisses von Suizidalität als einer Beziehungsstörung und eine Betonung der Bedeutung der psychosozialen Situation des Suizidalen.

Gemeinsam ist aber der klassischen psychiatrischen („nosologischen“) Sicht und dem durch Krisentheorien geleiteten Verständnis der Suizidalität der fehlende Einbezug subjektiver Erlebniszusammenhänge, sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten, in eine personorientierte ganzheitliche Diagnostik und Therapie. Derartige subjektive Erlebniszusammenhänge, wie eine bestimmte, vom Patienten im therapeutischen Kontakt hergestellte „Szene“ oder das Verständnis spezifischer Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen lassen sich kaum in ein Krankheitsverständnis einordnen, das der Reflektion des Erlebens des Therapeuten und dem Verständnis der Beziehung zwischen Patient und Therapeut keinen Raum gibt.

Wissenschaftstheorie und psychodynamische Aspekte der Suizidalität

Die gegenwärtige Ausrichtung der Psychiatrie (vgl. Lieberman et al., 1996), die auch unübersehbare Auswirkungen auf die aktuelle Entwicklung der Suizidologie genommen hat, verrät, daß dieser Wissenschaftszweig mit seinem Bemühen um Objektivität einem positivistischen Paradigma verhaftet bleibt, indem nicht hinreichend reflektiert wird, daß die Interpretation auch scheinbar objektiver Fakten immer theoriegeleitet und abhängig ist von der Person des Untersuchers. Schon Kuhn (1976) zeigte in seiner Arbeit über die „Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“, daß auch die Paradigmenwechsel innerhalb der Naturwissenschaften nicht das Ergebnis eines kontinuierlichen Erkenntniszuwachses waren, sondern durch die diskursive Auseinandersetzung konkurrierender Schulen bestimmt wurden. Das heißt, die Annahme oder Verwerfung von Theorien folgt nicht methodologisch objektivierbaren Gesetzen, sondern der den Forscherdiskursen immanenten argumentationstheoretischen Regeln (vgl. auch Habermas, 1968), die immer schon in Herrschaftsverhältnisse eingebunden waren. In seiner Kritik am

Positivismus verweist Habermas (1973) auf die den scheinbar objektiven Wissenschaften immanente Tautologie:

„Wenn wir davon ausgehen, daß sich Realität nicht unabhängig von den Regeln, unter denen der Forschungsprozeß steht, konstituiert, kann nicht der Hinweis auf diese Realität dazu herhalten, die Geltung der Regeln des Forschungsprozesses, eben der Schlußmodi, zu begründen“ (S. 151).

Eine allgemeine Definition der Selbsttötung zu formulieren, zumindest darin stimmen die psychodynamisch orientierten Suizidologen nahezu überein, erweist sich als äußerst problematisch. Es kann vielmehr nur darum gehen, die dynamische Bezogenheit des Geschehens auf den Tod hin aufzuzeigen, die letztlich nur eine Analyse des Einzelfalles leisten kann (vgl. Krebs, 1982, S. 10). Aber auch die Einzelfallanalyse bringt durch ihre Komplexität eines inneren und äußeren Kräftespiels immer wieder neue und ungeklärte Sinnzusammenhänge hervor, eine Erkenntnis, die letztlich der Psychoanalyse zu verdanken ist. Denn es ist gerade Freuds Verdienst, den Begriff der materiellen durch den der psychischen Realität als Niederschlag der intrapsychischen Verarbeitung triebhafter, soziokultureller und interaktioneller Prozesse ergänzt zu haben. Zum umfassenderen Verständnis der Suizidalität muß unseres Erachtens dem empirischen und dem soziologischen Ansatz, der die Gesellschaftsstruktur i.S. der Bedeutung der äußeren Realität zum Gegenstand erhebt, ein psychodynamisches Modell beiseite gestellt werden, das die Verarbeitung der materiellen Realität konzeptualisiert und damit den Zugang zur ebenso relevanten, dem Subjekt häufig selbst entfremdeten, psychischen Realität eröffnet. Berücksichtigt man also die an einer Suizidhandlung immer auch beteiligte unbewußte Dimensionen, so haben wir es auch nach Abklärung der Risikofaktoren und der Erfassung der harten, meßbaren Daten mit einem Phänomen zu tun, dessen „Sinn sich nicht unmittelbar verstehen läßt“ (Gadamer, 1971).

In Anknüpfung an diese Überlegungen wird hier die These vertreten, daß Suizidalität als intrapsychischer und interpersoneller Regulationsmo-

du mit ihren vielschichtigen Determinierungen zum Bereich des „inneren Auslands“ (Freud, 1933a, S. 62) gehört, das sich letztlich dem Zugriff durch eine objektivierende Methodik entzieht. Anerkennt man also die an einer Suizidhandlung beteiligte unbewußte Dimension sowie die Bedeutung intrapsychischer und interpersoneller Zusammenhänge, die sich im Prozeß der Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse dechiffrieren lassen, so ist die „Psychoanalyse ... für uns als das einzige greifbare Beispiel einer methodisch Selbstreflexion in Anspruch nehmenden Wissenschaft relevant“ (Habermas, 1973, S. 262).

Mertens (1992) faßt den wissenschaftstheoretischen Standort der Psychoanalyse dahingehend zusammen, „daß es im psychoanalytischen Erkenntnisverfahren nicht darum gehen kann, die Kriterien einer nomothetischen Realwissenschaft einzulösen, ... Das einzelne psychische Phänomen muß vielmehr als Moment eines individuell lebensgeschichtlichen Sinnzusammenhangs verstanden werden. Eine einzelne Interaktionsszene erhält ihre Bedeutung erst im Kontext des lebensgeschichtlichen Gesamtzusammenhangs, der tiefenhermeneutisch zu entschlüsseln ist“ (S. 28).

Betrachtet man nun die Entwicklung der Erklärungsmodelle zur Suizidalität innerhalb der Psychoanalyse, so spiegelt sich in ihnen auch die Forschungsgeschichte der psychoanalytischen Theoriebildung der letzten Jahrzehnte vom triebdynamischen (Freud, 1917e; Abraham, 1924), hin zum selbstpsychologischen (Henseler, 1984) bis zum objektbeziehungstheoretischen Ansatz (Kind, 1992) wider. Während die Freud-Abrahamische Depressions-Aggressions-Theorie, nach der der Suizid als Mord am introjizierten Objekt begriffen wird, üblicherweise als triebtheoretischer Ansatz rezipiert wird, so vertrat Henseler auf der Grundlage der Narzißmustheorien die Auffassung, daß die primäre Problematik des zum Suizid Disponierten nicht ein Aggressionskonflikt, sondern eine narzißtische Störung ist. Demzufolge wird die Suizidhandlung als Endpunkt einer narzißtischen Krise verstanden, mit der zur Rettung des bedrohten Selbstwertgefüges die Phantasie vom Rück-

zug in einen harmonischen Primärzustand agiert werde. Ausgehend von einer objektbeziehungstheoretischen Perspektive – in der sowohl triebtheoretische als auch narzißmusorientierte Aspekte Eingang finden – vertritt Kind (1992) die These, daß jede Suizidhandlung – auch der vollendete Suizid – eine Aktualisierung pathologischer frühkindlicher Obiekt Erfahrungen bedeutet und durch die konflikthafte Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Objekten motiviert ist. Jeder Suizidhandlung ist folglich eine interaktionelle Funktion immanent. Im Gegensatz zur Freudschen Suizidtheorie geht er davon aus, daß mit der suizidalen Handlung nicht die Tötung eines (introjierten) Objektes, sondern dessen Änderung angestrebt wird. In der Regel soll aus einem gleichgültigen und abweisenden Objekt ein anteilnehmendes und zugewandtes Objekt werden. Vor dem Hintergrund dieser Kernthesen entwirft Kind ein Modell der Suizidalität, in dem er den genetischen frühkindlichen Entwicklungsphasen spezifische Funktionsformen der Suizidalität zuordnet, denen unterschiedliche Bedeutungen und Zielsetzungen immanent sind. Kind (1992) differenziert die Suizidalität im Übergangsbereich I (vom präpsycho-tischen zum Borderline-Funktionsniveau) von der im Übergangsbereich II (vom Borderline-Funktionsniveau zum Niveau der Integrationsprozesse). Das von Kind (1992) vorgeschlagene Differenzierungsmodell entspricht nicht der Bestimmung genetischer Fixierungsstellen der Suizidalität. Die wichtigste These Kinds besagt vielmehr, daß sich die Suizidalität im Laufe der Lebensgeschichte verändern kann, und daß diese unterschiedlichen Suizidalitätsformen je nach Regressionsneigung auch innerhalb des psychoanalytischen Prozesses erneut aktualisiert werden und auftreten können.

Schlußfolgerungen

Zusammengefaßt basieren unsere Überlegungen auf der Erkenntnis, daß nicht alle Menschen unter gleichen suizidogenen Bedingungen suizidal reagieren. Es lassen sich zwar

markante Übereinstimmungen und Generalisierungen der Suizidalität festhalten, aber die individuelle psychische Funktion erschließt sich erst in Bezug auf die Psychodynamik des Einzelfalles. Die Suizidalität ist keine nosologische Einheit, die sich auf eine genetische Fixierungsstelle und Psychodynamik reduzieren läßt, sondern ein Symptom, das sich lebensgeschichtlich verändern, d.h. in verschiedenen Lebensphasen mit unterschiedlicher Intensität aktualisiert werden kann. Der Suizid, der Suizidversuch und das Suizidale können im Dienste sehr unterschiedlicher psychischer Funktionen stehen, und die Suizidalität erweist sich, wie andere psychische Symptome auch, als komplex und vielschichtig determiniert. In dem Maße, wie sich die Suizidalität im entwicklungsgeschichtlichen Prozeß von Patienten stark verändern kann, können die variierenden psychischen Funktionen je nach Regressionsniveau auch im Verlauf der Behandlung erneut aktualisiert werden. Der Suizidversuch stellt sehr häufig eine Lösungsstrategie von intrapsychischen und interpersonellen Regulationsvorgängen dar, die mit der Phantasie einer wie auch immer gearteten potentiellen Veränderungsmöglichkeit verknüpft wird (vgl. auch Kind, 1992). Es wird zum einen davon ausgegangen daß am Zustandekommen einer Suizidhandlung neben bewußten vor allem auch unbewußte Aspekte i.S. von vielschichtig determinierten Motiven beteiligt sein können, die häufig nur über den psychotherapeutischen Pro-

zeß erfaßbar und beschreibbar sind. Zum anderen wird Suizidalität hier als ein intrapsychisches und intersubjektives Geschehen verstanden, das sich in einer intersubjektiven Beziehung – Therapeut-Patient – reinszeniert und konstituiert und sich innerhalb dieses Kontextes vor dem Hintergrund einer differenzierten Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse erfassen läßt (vgl. auch Kind, 1992).

Zusammengefaßt bedeutet die Rezeption einer psychoanalytischen Sicht der Suizidalität, daß die kontinuierliche Analyse des Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesses i.S. der Reaktivierung spezifischer frühkindlicher Selbst- und Obiekt Erfahrungen den zentralen Zugang zum Verständnis der suizidalen Psychodynamik eröffnet. D.h., in dem Maße, wie die suizidale Konfliktthematik durch die konflikthafte Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Objekten bestimmt ist, kann davon ausgegangen werden, daß sich dieses Geschehen in einer therapeutischen Beziehung abbilden wird. Wenn es also zutrifft, daß der Wirkfaktor in der Behandlung Suizidgefährdeter die beständige Analyse der spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle ist, so muß diese Haltung nicht nur in der psychodynamisch orientierten Psychotherapie, sondern auch in der stationären psychiatrischen Behandlung Berücksichtigung finden.

Literatur auf Anfrage bei den Autoren erhältlich.



*Dr. med. Reinhard Lindner und Dr. phil. Benigna Gerisch
Therapiezentrum für Suizidgefährdete, Universitätskrankenhaus Eppendorf
Martinistraße 52, D-20246 Hamburg*

T. Piegler

Der Körper im Dienste der Abwehr bei psychiatrischen Erkrankungen

Einleitung

Betrachtet man psychiatrische Krankheiten als Psychosomatosen des Gehirns (Mentzos), dann wird verständlich, warum die Einbeziehung des Körpers bei psychiatrischen Patienten so häufig ist. Einige Beispiele sollen dies demonstrieren: Ein schizophrener Patient pflegte sich immer ganz in Schwarz zu kleiden, aber nicht genug damit, er nahm auch noch regelmäßig Kohle-Compretten zu sich, um sein Inneres schwarz zu färben, sichtbar am schwarzen Stuhlgang. Ein anderer Schizophrener rasierte sich immer dann die Kopfhaare ab, wenn er begann, psychotisch zu werden – ein Alarmsignal für das Behandlungsteam. Eine Patientin aß, je nach ihrem Befinden – und zwar um so psychotischer, um so mehr – rohe Knoblauchzwiebeln, was ihr nicht nur ein Einzelzimmer verschaffte, sondern auch dazu führte, daß man, etwa bei Zimmervisiten an der Tür, in gehörigem Abstand von der Patientin stehen blieb. Ein junger Schizophrener lehnte Körperpflege vehement ab, wobei die Behandler dies zwar immer wieder thematisierten, aber letzten Endes tolerierten. Nicht so die aufgebrauchten Eltern: Dem Patienten ging es schon relativ gut, da machte der Vater den Stationsmitarbeitern erhebliche Vorwürfe ob seines verdreckten Sohnes und trimpfte auf, indem er sagte, er würde am Wochenende seinen Sohn mit nach Hause nehmen und endlich in die Badewanne stecken. Am Sonntag brachte er seinen Sohn zwar gesäubert, aber hoch psychotisch zurück.

Nicht nur Psychotiker „benutzen“ ihren Körper, sondern auch Patienten mit narzißtischer und/oder hypochondrischer Symptomatik, psychosomatisch Kranke, Magersüchtige, schnipfelnde Borderline-Patienten, psychisch Kranke, die sich selbst Wunden zufügen oder die es schaffen, daß man sie operiert – man spricht von „surgical addictness“. Kürzlich hatten wir in unserer Klinik einen Patienten, der es mit ständigem Klagen über somatisch nicht erklärbares Schwin-

del schließlich erreicht hatte, daß man ihm in der HNO-Abteilung ein Gleichgewichtsorgan operativ stillgelegt hatte. Mit ähnlicher Hartnäckigkeit verfolgen auch Transsexuelle ihr Ziel der Geschlechtsumwandlung.

Die Zahl der Beispiele ließe sich beliebig vermehren. – Allen Beispielen ist gemeinsam, daß der eigene Körper benutzt wird, um drohende intrapsychische Katastrophen zu verhindern – also „im Dienste der Abwehr“. Die psychotische Knoblauchesserin ebenso wie der waschunwillige junge Schizophrene schützen sich durch ihr Verhalten vor für sie unerträglicher Objektnähe, wehren also ihre Fusionsängste ab. In anderen Fällen sind abgewehrter Inhalt und Art der Abwehr aber auch ganz anderer Natur.

„Normale Benutzung“ des eigenen Körpers

Die psychiatrie-typische Frage, „was ist normal und wo beginnt Pathologie“, stellt sich auch bei der Benutzung des eigenen Körpers. Beispielsweise wird der Körper auch von dem, der Daumen lutscht – im Kleinkindalter etwas völlig normales – und vom Bettnäse benutzt. Auch das gar nicht so selten zu beobachtende Symptom des Nägelkauens oder am Nagelbett Herumpulens gehört hierher, ebenso wie bestimmte Arten mit dem Körper umzugehen, entweder im Sinne maskenhaften Schminkens, des zur Schau Stellens, des Fressens, des Fastens oder im Sinne sportlicher Malträtierung. Auch Tätowierungen bis hin zur Ganzkörper tätowierung und das Piercing möchte ich in diesem Zusammenhang erwähnen. Die „Tunnelerlebnisse“ Sterbender mit einer distanzierten, losgelösten Sicht des eigenen todgeweihten Körpers sprechen dafür, daß selbst hier der Körper als Objekt getrennt einen sanften Abschied garantiert.

Den eigenen Körper als Objekt zu verstehen, muß man aber nicht nur auf das Pathologische und Spielarten des Normalen beschränken. Ist doch der eigene Körper fast immer ein

stiller, unaufdringlicher Begleiter, der eine wohlwollende Behandlung, die wir ihm zukommen lassen, stets auch mit einer positiven Rückwirkung auf unser seelisches Wohlbefinden „be-lohnt“. Denken Sie an sportliche Aktivitäten, unterschiedlichste Formen der Körperpflege, des Badens, an Körperübungen wie Gymnastik, Yoga und autogenes Training, nicht zuletzt auch an zärtlichen Körperkontakt. In solchen Fällen wird der Körper von uns nicht als „Körper“ im Sinne des Gegenübers empfunden, sondern als integrierter Teil des gesamten „Selbst“.

Psychodynamik der „Benutzung“ des Körpers

Im Falle von Schmerzen oder Hautjucken macht sich der Körper unangenehm und als etwas von uns Getrenntes bemerkbar. Hier sehen wir schon eine größere Kluft zwischen Körper und beobachtendem Ich, man kann auch sagen zwischen „Körperselbst“ und den übrigen Selbstanteilen. Diese Kluft ist nicht nur charakteristisch, sondern auch Voraussetzung für eindeutig pathologische Zustände. Bei ihnen nimmt sie regelmäßig Dimensionen der Abspaltung des Körperselbst, also der „Dissoziation“, an. Im Falle psychotischer Erkrankungen kann es sogar zur Fragmentierung und Auflösung des Körperselbst kommen.

Der Psychoanalytiker M. Hirsch formulierte folgende Hypothese: *Der eigene Körper kann durch seine Abspaltung wie ein Gegenüber, ein äußeres Objekt nicht nur erlebt, sondern in Agieren und Phantasie auch behandelt werden.* Die Qualität des Objektersatzes läßt sich dabei stets auf eine frühe Mutter-Kind-Dyade zurückführen, in der sowohl durch einen Mangel an primärer Mütterlichkeit wie auch durch mütterliche Überaktivität im Sinne der Überstimulierung eine Integration des Körperselbst nicht gelang. Die resultierende Körper-Selbst-Dissoziation dient der Abwehr und Kompensation einer Desintegration des Gesamtself. Ein Teil – eben die Körperrepräsentanz – wird geopfert, um das Ganze zu retten, wie dies auch für die Psychosomatik beschrieben worden ist. So hat dann auch die später meist in der Adoleszenz, aber auch in der Krise des mittleren Le-

bensalters – entstehende Körperpathologie keineswegs nur destruktiven, sondern regelmäßig auch kompensatorischen Bewältigungscharakter. Der Körper, seine Vorstellung und sein Erleben erhalten dabei eine Doppelfunktion: sie stehen für ein *begleitendes Mutterobjekt*, dessen Anwesenheit lebensnotwendig ist, aber auch für ein *feindlich-verfolgendes*. Dies gilt es zu beherrschen, gegen dies gilt es sich abzugrenzen, um die befürchtete Überwältigung im Sinne der symbiotischen Verschmelzung und Auflösung zu verhindern.

Bei der Dismorphophobie geht es um die Ablehnung der Übernahme der geschlechtlichen Identität, wobei Angst und Wut über den anstehenden Entwicklungsschritt in die Sexualorgane oder symbolische Korrelate derselben (z. B. Nase) projiziert und als deren Mißgestaltung bewußt erlebt werden. Die Objektverwendung des Körpers in der bloßen Phantasie äußert sich klinisch auch als Depersonalisation und Hypochondrie. Bei der Anorexia nervosa wird der ganze Körper zum Übergangsobjekt gemacht. Bei der Bulimie gleicht der Körper einem trojanischen Pferd, in welchem die als gutes mütterliches Übergangsobjekt aufgenommene Nahrung zum bösen Objekt wird, das ausgestoßen werden muß. Bei sich selbst verletzenden Borderline-Patienten verkörpert das Blut ein stets verfügbares gutes mütterliches Objekt („Blut ist gut“). In einer regressiven Wendung kann es bei Psychosen zur Veränderung, Fragmentierung bis hin zur Auflösung des Körperselbst kommen, um das Selbst bzw. Teile desselben zu retten. Bei Psychosen ebenso wie bei psychosomatischen Störungen ist es nicht mehr das „Ich“, das mit dem Körper agierend handelt, sondern der Körper selbst „denkt“ bzw. initiiert die Störung. Der Ursprung psychosomatischer Störungen liegt nach M. Hirsch „in einer wahrlich frühen Vorzeit der Nichtdifferenzierung von Körper und Selbst.“ Mit Bezug zu auf den Körper bezogenen Psychoformen und eine Reihe anderer Körperstörungen meint derselbe Autor, daß hier noch viel Forschungsarbeit zu leisten sei, wobei man bedenken müsse, daß es sich bei der Thematik um ein noch sehr junges Forschungsgebiet der Psychoanalyse handele. Die Psychoanalyse habe seit jeher ein problematisches

Verhältnis zum Körper gehabt, der einerseits als Träger letztlich biologisch verstandener Triebe zentral wichtig sei, andererseits aber in der psychoanalytischen Metapsychologie der psychischen Instanzen überhaupt nicht mehr auftauche.

Zusammenfassend kann man sagen, daß der Körper zur Abwehr drohender intrapsychischer Gefahren – regredierend – auf allen Stufen der psychischen Entwicklung eingesetzt werden kann:

- auf psychotischem Niveau; denken Sie an die koenästhetische Schizophrenie;
- auf psychosomatischem Niveau, denken Sie an den Asthma-Anfall;
- auf Borderline-Niveau, denken Sie an selbstverletzendes Verhalten;
- und auf neurotischem Niveau, denken Sie etwa an die Hypochondrie oder den hysterischen Anfall.

Die Entwicklung des Körperselbst

Ich möchte kurz auf Entwicklung der Körperlichkeit nach der Konzeption von M. Mahler eingehen. Dabei bin ich mir bewußt, daß dieses Modell durch die Untersuchungen der Kleinkindforscher ins Wanken gekommen ist. Aber eine Teilehabilitierung dieses zumindest theoretisch brauchbaren Konzepts scheint in Sicht. Dornes schreibt in der November-Ausgabe der „Psyche“, daß, wenn schon eine symbiotische Phase nicht nachweisbar sei, man doch zumindest „symbiotische Momente“ im Säuglingsalter annehmen könne, etwa, wenn der müde Säugling an der Brust der Mutter liege. Was aus diesen symbiotischen Momenten werde, hänge ganz wesentlich von den Interaktionen der Eltern ab.

Nach M. Mahler entwickelt sich unser Bild von unserem Körper langsam in der frühesten Kindheit parallel zur Bildung von Selbst- und Objektvorstellungen im Kontakt mit der Umwelt. Am Anfang dominiert ein wohliges, geradezu ozeanisches Gefühl der Zweieinheit, das nur gestört wird, wenn der Säugling Mißempfindungen in seinem Inneren wahrnimmt, auf die er schreiend reagiert. Zunächst in seiner Schoßkindrolle verhaftet, erlebt er die wohlthuende, haltende und Befriedigung spendende Zuwendung der Mutter. Doch allmählich beginnt er die

Mutter zu beforschen, ihr Gesicht, ihre Nase, ihren Mund etc. In der weiteren Entwicklung kommt es zu einer zunehmenden Differenzierung. Nach Mahler dauert diese Subphase der Loslösung und Individuation, die Differenzierung, etwa vom 5. bis zum 10. Lebensmonat und wird von der nächsten Subphase, jener des Übens, verbunden mit der Fähigkeit stehen und laufen zu können, abgelöst. Der Säugling beginnt sich zunehmend aus der Mutter-Kind Symbiose herauszulösen, entdeckt zunehmend seinen eigenen Körper und seine Grenzen. Es ist tief beeindruckend zu erleben, wie ein Säugling seinen Körper entdeckt. Er tut dies Schritt für Schritt, d.h. er entdeckt seinen eigenen Körper stückweise als Außenwelt. Stundenlang kann er fasziniert nach seinen eigenen Händen und Füßen wie nach fremden Gegenständen haschen. Die Gliedmaßen werden langsam als ein zusammengehöriges Ganzes erlebt, das unter seiner Kontrolle steht. Parallel zur Bildung eines Bildes vom eigenen Körper entwickeln sich auch Objektrepräsentanzen. Mit Internalisierung eines Bildes von der Mutter, kommt das Kleinkind in die Lage Abwesenheitszeiten der Mutter besser ertragen zu können. Es wählt einen symbolischen Ersatz für die Mutter, ein Übergangsobjekt. Das kann ein Tuch oder ein Teddy-Bär sein. Mit diesem „Mutterersatz“ kann sich das Kleinkind über Abwesenheitszeiten der Mutter hinwegtrösten.

Der eigene Körper als pathologisches Objekt

Hat ein Kind keine ausreichende Bemutterung erfahren, kann in Situationen des sich Alleingelassen-Fühlens der Körper als Übergangsobjekt verwendet werden. Schaukeln und rhythmisches Kopfschlagen sind meist ein Mittel, sich ein Existenzgefühl in einer Situation der Einsamkeit zu verschaffen, die Körpergrenze zu bestätigen oder herzustellen. Das selbstinduzierte Körpererleben läßt sich auf die – bei diesen Menschen mangelhafte – Erfahrung des Haltens, des Körperkontakts und Schaukelns in der Mutter-Kind-Interaktion zurückführen, so daß hier eine beginnende symbolische Herstellung eines Mutterobjektes im eigenen Körper zu sehen ist, also eines pathologischen Übergangsobjektes. Der eigene Kör-

per, der hier die Entlastung bringt, die die Mutter einmal gewährleisten sollte, wird nicht einfach vorgefunden. sondern das ältere Kleinkind und der selbstdestruktiv agierende Erwachsene schaffen das Mittel selbst, das die Gefahr der Desintegration bannt. D. h. durch die aktive, gegen den eigenen Körper gerichtete destruktive Handlung wird im Körper selbst ein Mutterobjekt geschaffen, daß wie die Mutter dem Säugling zur Entspannung verhilft. Der eigene Körper wird also zur Abwehr drohender Gefühle verwendet.

Einen solchen Übergangsobjektcharakter des Körpers findet man auch bei anorektischen Mädchen. Hier wird der Körper als idealisiertes Mutterobjekt erschaffen und mit großer Konsequenz erhalten. Allerdings ist es eine idealisierte, nicht weibliche Mutter, die die gefürchtete weibliche Identifikation verhindert. Im Sinne der neurotischen Kompromißbildung werden so Abhängigkeitswünsche erfüllt, aber gleichzeitig symbiotische Verschmelzungsphantasien auch gebannt. Bei bulimischen Patienten ist die Nahrung das Übergangsobjekt. Typischerweise wird sie am Anfang des bulimischen Anfalls noch als etwas Gutes – gutes mütterliches Objekt – erlebt. Ist sie aber erst einmal verschlungen, bekommt sie ein Eigenleben und wird zum bösen mütterlichen Objekt. Nun droht der Patientin die Verschmelzung mit dem mütterlichen Bösen. Noch enthält der Körper nur das Böse, aber er ist es nicht wie bei der Anorektikerin. So wie man früher meinte den Satan austreiben zu können, so treibt es die Bulimikerin, das Böse auszustoßen, was sie tut, indem sie aktiv Erbrechen herbeiführt, bevor der Körper selbst zum Bösen wird.

Die systematische Skizzierung psychiatrischer Erkrankungen mit Körpersymptomatik in ihrer grundsätzlichen Psychodynamik würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Einige kurze Vignetten sollen den Beitrag aber illustrieren.

Der eigene Körper als Objekt bei einer schizophrenen Frau

Frau M., 25 J. alt, ist eine kleine, unscheinbare Frau, die sich auf Station meist still in ihr Zimmer zurückzieht, wo sie für ihre achtjährige Tochter Pullover strickt. Sie lebt mit

dem Vater dieser Tochter zusammen, welcher sie regelmäßig besucht, sie ob ihrer seit Jahren bekannten Schizophrenie aber nicht heiraten wird, wie er betont. Der letzte Krankheits Schub trat kurz nach einem für Frau M. sehr bedeutsamen Ereignis auf: Ihr kranker Hund, ihr ein und alles, mußte eingeschläfert werden. Ihre psychotische Symptomatik äußerte sich in einem Gefühl, daß sich der Körper auflöse. Sie könne schmecken, wie durch eine Fistel Flüssigkeit aus den Gehirnkammern in den Mund fließe, wobei diese Flüssigkeit einen üblen, bitteren Geschmack habe. Auch ihre Gelenke würden sich auflösen.

Frau M. hat eine tragische Kindheit durchlebt, in der sie Mutterliebe nie kennenlernte. Einfühlsames Nachfragen nach Einzelheiten ihrer Biographie ängstigt sie.

Der Tod des guten mütterlichen Objektes, des treu ergebenen Hundes, führte bei ihr zu unerträglicher innerer Leere, die sie durch Identifikation ihres Körpers mit ihm, dem Sterbenden, in Auflösung begriffenen abwehrt. So bleibt ihr das ambivalent besetzte mütterliche Objekt erhalten. In der Identifikation und damit im Wahrnehmen des sich auflösenden eigenen Körpers liegt die restitutive Kraft dieser gleichwohl erschütternden Körpersymptomatik.

Der eigene Körper als Objekt bei einer Frau mit einer Borderline-Störung

Frau H., eine jetzt 40jährige allein lebende, meist in Schwarz gekleidete Frau mit einer Adipositas permagna erkrankte vor etwa 6 Jahren manifest, wobei es seitdem immer wieder zu suizidalen Zuspitzungen kommt, Suizidversuchen und selbstverletzendem Verhalten, das die Patientin seitdem jährlich mehrmals in stationäre Behandlung führt.

Biographie: Die Patientin, ungewolltes Kind, wuchs mit 5 älteren (Halb)-Geschwistern auf. Der Vater verstarb als die Patientin 4 Jahre alt war. Die Familie zog nun zurück in die Heimat der Mutter, wobei die Mutter arbeiten gehen mußte, um die Kinder zu ernähren. Die Patientin wurde schon früh in einem Ganztagskindergarten untergebracht. 11jährig kam es zu einem erneuten Umzug und Verlust der sozialen Bindungen. Sie

sei mit der neuen Lehrerin in der Schule nicht zurecht gekommen und wurde von den Mitschülern gehänselt, da sie ein stilles, empfindliches und dickes Mädchen gewesen sei. Damals traten die ersten Suizidgedanken auf. Nach Schulabschluß Ausbildung als Stenokontoristin. Den eigenen Wunsch Sängerin zu werden versuchte die Patientin in Form einer Musical-Ausbildung in einer Abend-schule berufsbegleitend zu realisieren. Nach Abschluß der Ausbildung wurde sie schwanger, heiratete und gab ihre musikalische Ausbildung auf. Die Ehe scheiterte schon nach kurzer Zeit und wurde geschieden. Die Patientin zog zur Mutter, mußte wieder arbeiten gehen und zusätzlich ihre Tochter versorgen, wobei die Mutter sich sehr in ihr Leben einmischte, was bis zum Öffnen der Post der Patientin reichte. Die Patientin fühlte sich als alleinstehende Frau von Mutter, Geschwistern und anderen Menschen sehr ausgenutzt und war nicht in der Lage sich abzugrenzen. Sie habe das nächste Jahrzehnt wie in einem Dornröschenschlaf für andere gelebt. Im Alter von etwas über dreißig Jahren meldete sich ihr Körper in Form einer abzedierenden Analfistel, die notfallmäßig operiert werden mußte. Die Patientin erwachte aus ihrer Lethargie, nahm wieder eine Beziehung zu einem Mann auf, der ihr in dieser schweren Zeit sehr geholfen habe. Es folgten Jahre der Auseinandersetzungen mit der Mutter, die gegen die Beziehung der Patientin war. Schließlich kam es über Nacht zum Bruch der Beziehung durch den Freund, in der Folge zu ständigen Unterleibsbeschwerden, verschiedene Operationen, Verlust der Arbeitsstelle und einem schweren „Nervenzusammenbruch“. Es entstanden hohe Schulden durch Bestellungen in Versandhäusern. In dieser Zeit wurden Suizidgedanken immer quälender, die Patientin begann an ihren Handgelenken zu schnippeln und es kam zur ersten stationären Behandlung. Seitdem wiederholt sich dies in Situationen der emotionalen Labilisierung, also im Zusammenhang mit der Konfirmation der Tochter und später deren Ablösung und Auszug, dem eigenen Auszug aus der Wohnung der Mutter, Reifungsschritten in einer Ausbildung zur Altenpflegerin und nach dem Tod der Mutter, die die Patientin als einzi-

ge im Testament nicht nur nicht erwähnt, sondern auch nicht bedacht hatte. Auch Therapeutenurlaub – die Patientin ist in ambulanter Psychotherapie – führt noch regelhaft zu schweren Einbrüchen.

Die Patientin benutzt ihren Körper in mehrfacher Weise zu Abwehrzwecken. Zum einen kam es im Zusammenhang mit der Position als ungewolltes Kind als Überlebensstrategie zu einer Identifikation mit dem Aggressor Mutter und die Patientin lehnt sich in ihrem fetten Körper so ab wie sie sich von der Mutter abgelehnt fühlte, zum anderen zeigt die Patientin aber auch bulimische Züge und die überreiche Nahrungsaufnahme drückt Selbstbemutterungstendenzen aus, die sich auch in ihrem suchtartigen Kaufen in Versandhäusern widerspiegeln, wobei aber Selbstbestrafungstendenzen auf dem Fuße folgen, indem das gute Objekt Nahrung sich im Körper zum bösen mütterlichen Objekt wandelt, ebenso wie sich die Waren aus dem Füllhorn der Versandkataloge, kaum sind sie da, in Schulden wandeln. Im selbstverletzenden Verhalten wird das aus den Wunden austretende Blut zum spürbaren guten, lebensspendenden Objekt, das die unendliche Einsamkeit und innere Leere der Patientin bannt. Die Beschäftigung der Patientin mit Tischerücken und Magie weist auf die frühen traumatischen Fixierungsstellen der Patientin in einer Zeit hin, die von primärprozeßhaftem Denken bestimmt waren. In okkulten Seancen versucht sie nicht nur wieder teilzuhaben an frühkindlichen Omnipotenzgefühlen, sondern auch die Verbindung zum idealisierten Vater wieder herzustellen.

Der eigene Körper als Objekt bei einem Mann mit chirurgischer Viktimisierung

Herr F. ist ein 34jähriger, hagerer, ängstlich wirkender Computerspezialist, der sich in ambulante Psychotherapie begab, nachdem ihm das sein Kieferchirurg nach zahllosen operativen Eingriffen, die nicht den gewünschten Erfolg brachten, geraten hatte. Begonnen hatte alles Anfang 1994 als er sich die Amalgamfüllungen aus seinen Zähnen entfernen ließ. Es sei zu Granulombildungen gekommen und operativen Eingrif-

fen im Kieferbereich, Nasenebenhöhlenentzündungen und im Gefolge davon Schwindel, auch einer neurologischen Behandlung wegen Doppelbildern und des Schwindels. Er hätte in den vergangenen Monaten viel durchmachen müssen, 10 kg abgenommen, seine Abwehr sei geschwächt. Bei der Arbeit könne er sich kaum noch konzentrieren, sein Denken kreise ständig um seinen Gesundheitszustand. Wahrscheinlich müsse er sich weiteren Operationen unterziehen. Beiläufig berichtet der Patient im Erstgespräch, daß er mit einer warmherzigen Kinderkrankenschwester glücklich verheiratet sei und sie in wenigen Monaten ihr erstes Kind erwarten würden. Es stellt sich heraus, daß die Beschwerden des Patienten und die kieferchirurgischen Eingriffe in enger zeitlicher Korrelation mit der Nachricht von der Schwangerschaft seiner Frau auftraten.

Biographie: Der Patient ist als mittlerer von 3 Geschwistern in einem Dorf in den neuen Bundesländern aufgewachsen. Die Mutter wird als ehrgeizige Karrierefrau beschrieben, für die ihre Hundezucht das wichtigste war. Sie habe ihre Hunde abgöttisch geliebt. Wenn ein Hund Nachwuchs bekommen hätte, dann hätte sie ganze Nächte im Stall geschlafen. Aber er könne sich nicht erinnern, daß die Mutter jemals an seinem Bett gesessen hätte oder ihm gar etwas vorgelesen hätte. Auch zum Vater bestand immer ein eher distanzierendes Verhältnis. Die Atmosphäre im Elternhaus wird als kühl geschildert. Die älteste Erinnerung des Patienten ist die, daß er mit den Eltern an der Ostsee war, wo er sich verlaufen hätte und nicht mehr gewußt hätte, wo er seine Eltern finden könne. Er hätte dies in schrecklicher Erinnerung. Ein Rettungsschwimmer hätte ihn schließlich aufgegriffen und er sei ausgerufen worden. 4jährig erfolgreiche Operation eines Strabismus. In der Kindheit hieß es, wenn er krank sei, dann solle er sehen, wie er schnell wieder auf die Beine komme. Er sei auch gedrängt bzw. fast gezwungen worden ein Instrument zu lernen. Mit neun Jahren sei er in die Musikschule gekommen und mußte klassische Gitarre lernen. Schon als Kind habe er bei Veranstaltungen auftreten müssen, da er einer der Besten war. Seitdem er hier im „Westen“ sei, habe er

die Gitarre nie wieder angefaßt, so verhaßt sei sie ihm. 16jährig verließ er das Elternhaus, um ein Gymnasium in der Stadt besuchen zu können. Im Anschluß sehr erfolgreiches Studium, wenngleich begleitet von ständigen Magenschmerzen. Noch vor der Wende Übersiedlung mit seiner Frau in die Bundesrepublik unter sehr schwierigen Umständen. Hier sei er in der Computer-Branche ein beruflicher Senkrechtstarter gewesen und habe jetzt ein glänzendes berufliches Angebot aus den USA bekommen. Trotz seiner Beschwerden läßt sich der sehr leistungsorientierte Patient nicht krank schreiben.

Der Patient hat sich in seiner Frau – Kinderkrankenschwester – ein gutes mütterliches Objekt gesucht. Er war solange psychisch einigermaßen stabil bis seine Frau schwanger wurde. Alte Ängste wurden mobilisiert, nämlich, daß auch seine Frau sich nach der Geburt mehr um den Säugling als um ihn kümmern könnte, so wie er das bei der Mutter im Verhältnis zu den Hunden erlebt hatte. Der Patient verwendet seinen Körper, um den Foetus – stellvertretend – aus der Kieferhöhle entfernen zu lassen. Dorthin projiziert er seine Enttäuschungswut über die Schwangerschaft. Der Eiter in der Kieferhöhle steht für das böse mütterliche Objekt, das entfernt werden muß. Der Patient kann sich durch die Operationen immer wieder kurzfristig intrapsychisch entlasten und so seine Ängste vor unermeßlicher Einsamkeit bannen. Normalerweise hatten die beruflichen Leistungen dieses Mannes ausgereicht, um sein Selbst zu stabilisieren.

Der eigene Körper als Objekt bei einem Mann mit einer narzißtischen Neurose

Herr N. war 28 Jahre alt, als er mich aufsuchte. Er kam mit multiplen hypochondrischen Beschwerden, die internistischerseits gründlich abgeklärt worden waren. Er berichtete, daß seine Beschwerden begonnen hätten, als er 20 Jahre alt war. Damals hätte er eine Zeitlang unklare Lymphknotenschwellungen gehabt, die sich dann aber wieder verloren hätten. Die jetzigen Lymphknotenschwellungen hätten vor 2 Jahren begonnen mit Schüttelfrösten, Fieber, Schmerzen und Kreislaufbeschwerden. Alles, was

man sich denken könne, sei durchuntersucht worden, vom Differential-Blutbild über urologische Untersuchung, Darmspiegelung, Magenspiegelung, Kernspintomographie etc. Alle Untersuchungen hätten einschließlich eines AIDS-Tests keinen pathologischen Befund ergeben. Er hätte fast jeden Tag neue Symptome, immer wieder würden neue Lymphknoten anschwellen und er mache sich damit völlig verrückt. Er habe große Angst vor Krebs, auch an einen Morbus Hodgkin hätte er gedacht, aber sein Internist hätte ihm zuliebe immer wieder alle möglichen Untersuchungen vorgenommen, ohne eine derartige Diagnose bestätigen zu können.

Biographie: Er wuchs in einem kleinen Ort zusammen mit zwei (Halb-)Schwestern als mittleres Kind mit großem Altersabstand auf. Die Eltern leben bis heute unverheiratet zusammen. Da die Eltern ein selbstständiges Unternehmen haben, hatten sie wenig Zeit für ihn und übergaben die Erziehung einem strengen Kindermädchen. Die Mutter wird als hart und dominant geschildert, auch durch den Vater fühlte er sich in seinem Leben mehrfach enttäuscht. Bis zu seinem 11. Lebensjahr litt er unter großer Dunkelangst und schlief nur bei Licht. In der Schule hatte er immer große soziale Ängste, weshalb er sich mit etwa 11 bis 12 Jahren nicht mehr in die Schule traute. Die Eltern gaben seinem Wunsch, die Schule nicht mehr zu besuchen, statt. Damals erfolgte auf Anraten des Schulpsychologen die erste ambulante psychiatrische Behandlung. 13jährig nahm er den Schulbesuch bis zum 15. Lebensjahr wieder auf, dann wieder Schulängste und Beendigung des Schulbesuchs. Es sei ein wohlgehütetes Geheimnis, daß er keinen Hauptschulabschluß habe. Keine Berufsausbildung, 16jährig Beginn mit Leistungssport, 19jährig erst deutscher, dann auch europäischer Meister in der von ihm gewählten Sportart. 17 1/2 jährig Auszug aus dem Elternhaus. Finanzierung seines Lebens durch die Eltern. Es gelang ihm in der Folgezeit geschäftliche Beziehungen aufzubauen, er hätte es geschafft ein renommiertes Immo-

liengeschäft zu gründen. Seine Firma sei heute außerordentlich erfolgreich. Man habe ihm jetzt eine hochdotierte Stelle als Geschäftsführer in einem renommierten mittelständischen Unternehmen in einer deutschen Großstadt angeboten. Parallel zum beruflichen Erfolg entwickelten sich die oben beschriebenen Beschwerden. Die ambulante Psychotherapie wurde bereits nach wenigen Sitzungen abgebrochen, nachdem der behandelnde Internist dem Patienten angeboten hatte, ihn in den Urlaub zu begleiten und auch dort ärztlich zu versorgen.

Alleingelassen werden wird von dem Patienten als tödliche Gefahr erlebt. Das Schulversagen kann verstanden werden als ein letzter verzweifelter Versuch, die Eltern für sich zu interessieren. Kompensatorisch hat der Patient dann seinen Körper benutzt, um durch intensives Training und Sport jene Anerkennung zu finden, die ihm im Elternhaus versagt geblieben war. Gleichzeitig ist es ihm mit geschäftlichen Aktionen gelungen, trotzdem er noch nicht einmal den Hauptschulabschluß hatte, ins Management hineinzukommen, wobei er, hoch aufgestiegen, nun umso mehr den Zusammenbruch des ganzen Systems resp. seines Selbstwertsystems befürchten muß. Die Angst vor drohendem „Selbstobjektverlust“ wurde für ihn zum Krankheitsauslöser. Sein Körper bzw. Teile desselben, nämlich seine Lymphknoten, traten bei ihm mittels der Hypochondrie an die Stelle des für seine Selbstkohärenz notwendigen Selbstobjektes, sie wurden zu diesem. Die Angst vor dem Selbstverlust hat er so gebannt. Sie wird nun aber als Angst – bei ihm als Todesangst – vor Krankheit erlebt. Die Wut, die mit Kränkung und Verlust und Verlassenwerden verbunden ist, projiziert er in seinen Körper, den er als krank phantasiert. Sein Konflikt ist – und das ist der charakteristische Konflikt des Hypochonder – die Unvereinbarkeit seiner eigenen Selbstständigkeitswünsche mit dem Angewiesensein auf eine beschützende Mutter, auch wenn er eine solche nie hatte. Der Körper wird zum mütterlichen Objekt. Wut über die innere

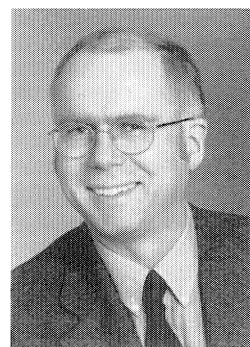
Unmöglichkeit alleine zurecht zu kommen, projiziert er auf seinen Körper als Ersatzziel, wobei gerade die große Besetzung des Körpers mit der hypochondrischen Phantasie über seine „Lymphknotenschwellungen“ ihm die Präsenz des mütterlichen Objekts sichert. Und natürlich ist auch die ständige Präsenz seines Privatarztes nur eine kurzfristige Scheinlösung seines Konfliktes.

Zusammenfassung

Versteht man psychiatrische Erkrankungen als Psychosomatosen, dann nimmt es nicht wunder, daß sie in der Mehrzahl mit körperlichen Symptombildungen einhergehen. Zur Abwehr drohender intrapsychischer Gefahren setzen psychisch Kranke unbewußt ihren Körper ein, der abgespalten als Objekt manipuliert wird, um so Schlimmeres zu verhindern. Der Körper kann dabei ebenso als gutes wie als böses (mütterliches) Objekt fungieren. Eine so geardete Benutzung des Körpers ist auf allen Entwicklungsebenen möglich. Aufgabe der Therapie ist es diese oft rätselhaften körperlichen Phänomene zu dechiffrieren.

Literatur

- Hirsch M (1989) Der eigene Körper als Objekt. Berlin
 Dornes M (1996) Margaret Mahlers Theorie neu betrachtet. *Psyche* 11: 989–1018



*Dr. med. Theo Piegler
 Chefarzt der Psychiatrischen
 Abteilung des Allgemeinen
 Krankenhauses Bergedorf
 Gojenbergsweg 31
 D-21029 Hamburg*

K. Danecker

Übertragung und Gegenübertragung in der Kunsttherapie

Die meisten Kunsttherapeuten legen ihrer Arbeit auf die eine oder andere Art psychoanalytisches Denken zugrunde. Jedoch muß innerhalb der verschiedenen Strömungen der Kunsttherapie eine richtige Unterscheidung wahrgenommen werden, daß ein wesentlicher Bestandteil der Psychoanalyse zu den unterschiedlichen theoretischen und praktischen Ansätzen geführt hat.

Während eine ganze Anzahl an Kunsttherapeuten (mich eingeschlossen) die Psychoanalyse als brauchbare Persönlichkeitstheorie annehmen und versuchen, daraus eine eigenständige Theorie für die Kunsttherapie vom Standpunkt als künstlerisch Schaffende zu entwickeln, gibt es auch Kollegen, die aus der Psychoanalyse ihre methodische Vorgehensweise ableiten. Doch um einen Vergleich und möglicherweise eine Differenzierung herstellen zu können, muß der allen gemeinsame Faktor untersucht werden: die therapeutische Beziehung. Darin liegt das entscheidende Merkmal, das die Kunsttherapie als Therapieform mit eigenständiger Indikation und Wirkung ausweist.

Das zentrale Konzept der psychoanalytischen Arbeitsmethode beruht auf den Mechanismen der Übertragung, die für den Psychoanalytiker der Schlüssel einer erfolgreichen Therapie bilden. Zweifellos ist die Übertragung ein universales Phänomen, so daß man auch in der Kunsttherapie ihren Einfluß nicht unterschätzen soll. Doch mit dem Hinzutreten von Kunst bzw. künstlerischen Prozessen bei der Kontaktaufnahme und Interaktion mit einem Patienten verändert sich diese Beziehung. Daß die Deutung der Übertragung in der analytischen Therapie äußerst wertvoll und vielleicht sogar das wichtigste Hilfsmittel ist, um Kenntnisse über die früheren Gefühlserlebnisse des Patienten zu erlangen, hat Anna Freud so formuliert: „Übertragung nennen wir alle jenen Regungen des Patienten dem Analytiker gegenüber, die nicht in der aktuellen analytischen Situation entstehen, sondern aus früheren Objektbeziehungen entstam-

men und unter dem Einfluß des Wiederholungszwanges in der analytischen Situation nur neu belebt werden.“ Bategay beschreibt die Übertragung aus einem erweiterten Blickwinkel: „Es ist ein Charakteristikum unseres menschlichen Wesens, daß wir durch eine konfliktbeladene Situation oder ein Mangelerleben und die daran geknüpften Triebregungen und Verkürztheiten, die wir nicht wahrhaben wollten, zeitlebens gebannt bleiben ... Es ist so, wie wenn wir in dauernder Wiederholung einerseits versuchten, den Konflikt bzw. die Frustration zu lösen bzw. zu beheben, andererseits ihn bzw. sie aber doch auf die alte Weise – durch Abwehr – zu erledigen.“

Nun haben wir schon bemerkt, daß in der Kunsttherapie das Beziehungsgefüge nicht ebenso dyadisch angelegt ist wie in der psychoanalytischen Therapie. Über das künstlerische Material schiebt sich ein drittes Element ein, das konsequenterweise durch sein Hinzutreten die gesamte Beziehungsstruktur verändert. So wie der Patient in der Psychoanalyse seine Gefühle aus der Vergangenheit auf den Analytiker überträgt (der übrigens manchmal mit einer weißen Leinwand verglichen wird!), so stehen in der Kunsttherapie Bilder, Skulpturen, Farben, Ton, Stein und andere Materialien für etwas, das mit den Erfahrungen aus seinem bisherigen Leben zu tun hat.

Die Veränderung der Beziehung durch die Materialien und den Gestaltungsprozeß haben alle Kunsttherapeuten in ihrem Konzept übernommen. So beschreibt eine der Pionierinnen, Margaret Naumburg, daß in der Kunsttherapie die Übertragung nicht nur verbal ausgedrückt sei, sondern sichtbar in den Bildern zum Ausdruck gelange. „Durch die Einführung von spontanen Bildern, durch die Projektion von Bildern durch die freie Assoziation, fängt der Patient an, die Ursprünge seiner Konflikte deutlicher zu erkennen, die in seinen frühen Beziehungen in der Kindheit begonnen haben mögen.“ In der Praxis regt sie den Patienten an, frei zu seinen

Bildern zu assoziieren und will somit auch seine wachsende Fähigkeit unterstützen, zu den verbalen Deutungen seiner Bilder beizutragen. Letztendlich geht es ihr um die erweiterte Verbalisierungsfähigkeit, die mit Hilfe von spontan gemalten Bildern leichter zu erreichen ist als in der verbalen Psychotherapie. Das Sprechen über die entstandenen Bilder nimmt meistens den größten Part einer Stunde ein. Im Grunde dient in einem Ansatz wie diesem das spontane kreative Gestalten nur als Katalysator für eine verbal orientierte Therapie; demzufolge haben Kritiker ihn auch als „Sprungbrett zur Psychotherapie“ bezeichnet. Die Übertragung wird zwar während der gestalterischen Phase temporär geschwächt, doch wird sie im Rahmen der verbalen Assoziation fortlaufend durch den Kontakt zum Therapeuten erhalten, indem Worte an ihn gerichtet werden und er ebenfalls verbal reagiert.

Wenn der Rahmen der Übertragung in der Kunsttherapie also durch solche methodischen Parallelen zur Psychoanalyse hergestellt wird, dann muß der Kunsttherapeut sich Kompetenzen im Umgang mit dem Wort wie ein Psychoanalytiker erwerben. Denn sobald man das Wort als Kommunikationsmittel einsetzt, ist die Verbindung der beiden beteiligten Personen enger, wirkt die Übertragung stärker. Nicht nur, daß an dieser Stelle nach der Ausbildung der Kunsttherapeuten für diese Anforderungen gefragt werden muß; es ist folglich auch fraglich, ob das zentrale Element der Kunsttherapie, nämlich die Kunst, mit ihren tatsächlichen Potenzen zunächst erstmal verstanden und dann auch ausgeschöpft wird.

Ein weiteres Merkmal der Kunsttherapie-Ansätze, die deutlich die Sprache als Hauptbestandteil der Beziehung mit dem Patienten faktorisieren, spiegelt sich in der Qualität des künstlerischen Ausdrucks. Ein Patient, der weiß, daß in der Folge über sein Bild ausführlich gesprochen wird, wird sich nicht mit derselben Intensität auf einen echten schöpferischen Prozeß einlassen, die ein künstlerisch Schaffender erfährt, wenn er sich in die kreativen Phasen von Rücknahme aus der äußeren Realität, In-sich-gekehrt-Sein und aktiver Schaffenszeit begibt. Die Auseinandersetzung mit den inneren Bildern und den äußeren

Gegebenheiten, dem künstlerischen Material, wird schließlich in der Form des künstlerischen Werkes zum sichtbaren produkthaften Ereignis. Das Ringen dreht sich um die optimale Form, die diese inneren Gefühle, Wünsche, Erfahrungen und Konflikte festhalten und zum Ausdruck bringen soll. Tempera- oder Aquarellfarben, Stifte, Kohle, verschiedene Papiere, Ton, Stein usw. sind aufgrund ihrer sehr verschiedenen Eigenschaften geeignet, unterschiedlichsten Ausdrucksbedürfnissen zu entsprechen. In einer so verstandenen Kunsttherapie werden die Potentiale des therapeutischen Dritten, der Kunst, wirklich genutzt: der kreative Prozeß und das Produkt bilden den Kernpunkt der therapeutischen Beziehung.

Damit unterscheidet sich die Kunsttherapie in wesentlichen Aspekten von der Psychoanalyse: während in der psychoanalytischen Therapie das Setting und die Vorgehensweise mit Bedacht auf die Förderung der Übertragung ausgerichtet ist, ist die Situation in der Kunsttherapie eine ganz andere als die in der Psychoanalyse. Schon das Szenarium des Arbeitsraums reicht von dem sorgfältig angeordneten Arrangement eines mit Couch und Sessels bestellten Zimmers ab. Im Kunstraum, der im Idealfall dem Ambiente eines Ateliers gleicht, sind verschiedenste Materialien ausgelegt, die zu kreativen Handlungen anregen sollen. Es gibt Arbeitsplätze zum Sitzen und zum Stehen, die Stimmung ist die von Aktivität und Produktion, aber auch von Direktheit, Risiko und Selbstöffnung. Der Kunsttherapeut kann nicht die Anonymität und vorsichtige Zurückhaltung des Psychoanalytikers beibehalten. Er ermuntert und ermutigt den Patienten bei seinen kreativen Prozessen, er macht Vorschläge oder direkte Interventionen, hängt Bilder an die Wand, hilft, Werke vor dem Auseinanderbrechen oder der Zerstörung zu retten, usw. Seine Aktivitäten sind diametral zu der relativen Passivität eines Psychoanalytikers.

Edith Kramer schlägt vor, stattdessen den Begriff der „therapeutischen Allianz“ aus der Psychoanalyse zu adoptieren, um das Arbeitsbündnis zu beschreiben, das sich in der Kunsttherapie primär um den produktiven Prozeß dreht. Damit bleibt die Macht der Übertragung sehr viel geringer.

Die Aufgabe des Kunsttherapeuten liegt zusammengefaßt also darin, daß er Ausdruck möglich macht und diesen Ausdruck in einem gemeinsamen Prozeß mit dem Patienten verstehen lernt. Das schließt mit ein, daß er unterstützt, wenn Veränderungen oder Risiken ausprobiert werden oder Lernprozesse in Bewegung kommen. Auf diese Weise hilft er dem Patienten, sich selbst besser zu erkennen und zu verstehen. So schreibt Laurie Wilson: „Wir nehmen die therapeutische Allianz, die wir mit dem Patienten aufgebaut haben, um die über den Weg der Übertragung freiwerdende Energie zurück zum Kunstwerk zu führen.“

Daß diese Energie relativ leicht auf das Kunstwerk bzw. den künstlerischen Prozeß zu lenken ist, ist meiner Meinung nach die eigentliche Chance der kunsttherapeutischen Beziehung. Wie in der Analyse die Neutralität des Analytikers die Bildung von Übertragungsphänomenen herausfordert, so verhält sich unser künstlerisches Material relativ neutral und damit „Übertragungsfreudig“: es ist amorph, fordert den einzelnen heraus, regt dazu an, es zu formen und nach seiner Vorstellung ein Bild oder eine Skulptur zu bilden. Ton, Farbe, graphisches Material, eine Leinwand usw. bieten Eigenschaften an, die mit dem Zustand der Übertragung vergleichbar sind. So kann flüssige Temperafarbe als wohltuend und entspannend, aber ebenso als verführerisch oder unbeherrschbar erlebt werden. Ton oder Fingerfarben können Gefühle wecken von Zärtlichkeit und Beruhigung; genauso können sie Ekel oder Angst vor Verschmutzung und Kontrollverlust auslösen. Das Bearbeiten eines Holzblocks oder Ytong-Steins mit Hammer und Stechbeitel kann Gefühle von Stärke, Herausforderung und Kraft wecken, aber auch Aggressionen und nachfolgend Angstzustände provozieren. Ein kleines Format des Zeichenpapiers kann als schützend, aber auch als einengend erlebt werden. Auch das Werk selbst bietet Anlaß zur Bildung von Übertragungsphänomenen: der Patient kann großen Stolz darauf entwickeln, aber auch Scham oder Zerstörungswut.

Im Umgang mit dem Material oder dem Produkt können aber auch Formen der Abwehr von Übertragung

auf den Therapeuten einfließen. Ein Patient, der dem Therapeuten gefallen will, kopiert eventuell „schöne“ Abbildungen aus einem Buch und vermeidet damit den Ausdruck von persönlichem, vermutlich eher konflikthaftem und angstausslösendem Material. Oder er fordert den Therapeuten auf, ein Bild zu malen oder eine Skulptur zu formen: möglicherweise ein Ausdruck passiv-aggressiver Haltung. Diese Übertragungsphänomene tauchen eher versteckt auf; gerade deshalb muß der Kunsttherapeut sie wahrnehmen, um ein Anwachsen des Widerstandes und vielleicht auch Gegenübertragungsreaktionen zu vermeiden.

Die Art und Weise, wie Patienten auf Material und Produkt reagieren, scheint häufig mit Erfahrungen zusammenzuhängen, die in der Vergangenheit mit anderen emotional bedeutsamen Personen in ihrem Leben gemacht worden waren. Primär werden also in der Kunsttherapie die rohen künstlerischen Materialien zum Objekt der Übertragung. Der Umgang mit dem Material und dem entstehenden Werk sind für den Kunsttherapeuten natürlich ein wichtiger Hinweis für seine Interventionen.

Nichtsdestotrotz bietet auch die Rolle des Kunsttherapeuten Anlaß zur Entwicklung von Übertragungsphänomenen, die vor allem auch durch seine aktive Haltung entstehen können. Indem z.B. der Therapeut dem Patienten den technischen Umgang mit dem Material lehrt, kann dieser die Situation als hilfreich, aber auch als demütigend empfinden. Allein die Tatsache, daß jemand zum Umgang mit Papier und Farbe angeregt wird, kann leicht Ängste wecken, daß das Erwachsenen-Ich ausgeschaltet wird und infantile Seiten zum Vorschein kommen. Andererseits kann diese Situation auch einem längst gewachsenen Bedürfnis nach Kreativität und Selbsterfahrung entgegenkommen. Bietet der Kunsttherapeut potentiell regressives Material wie Fingerfarben oder Ton an, kann der Kunsttherapeut als eine Elternfigur wahrgenommen werden, die zum Spielen und Experimentieren einlädt, aber genauso als jemand, der verführt und notwendige Kontrollen zu durchbrechen sucht. Wenn der Kunsttherapeut die Zerstörung eines Werkes verhindert, kann er

als Zensor erlebt werden, der autonome Entscheidungen unterbindet, oder als jemand, der hilft, vor unkontrollierbaren Impulsen zu schützen. Der Vorschlag, eine Skizze zu machen, kann als Bestätigung des expressiven Wachstums oder als Abwertung wahrgenommen werden. Stellt der Kunsttherapeut Fragen zu einem Bild, kann jemand dies als inquisitorische Einmischung sehen oder gekränkt sein, weil er meint, seine Darstellung sei so schlecht, daß der Betrachter sie nicht zu erkennen vermag. Fragen zu einem Werk können aber auch als tiefergehendes Interesse und wohlwollende Teilnahme des Therapeuten empfunden werden, weil er mehr über die Bedeutung des Dargestellten in Erfahrung bringen möchte.

So muß sich der Kunsttherapeut trotz seiner vielen Aktivitäten Neutralität in seinem Verhalten bewahren. Das schließt mit ein, daß er weder exzessives Lob spendet oder tadelt. Primär geht es schließlich um den Ausdruck von authentischen Gefühlen und nicht um ästhetische Kriterien. Das schließt mit ein, daß er auch Zurückhaltung ausübt in den Informationen, die er dem Patienten über

seine eigenen künstlerischen Arbeitsweisen gibt.

Denn vor allen Dingen dort, wo Übertragung in der Kunsttherapie im künstlerischen Ausdruckskontext stattfindet, liegt auch die Gefahr unentdeckter Gegenübertragungsphänomene. Da der Kunsttherapeut auch Künstler ist, hat er im Laufe seiner kreativen Aktivitäten ästhetische Ausdrucksweisen entwickelt, die er sinnigerweise in seinem eigenen Atelier verfolgen sollte. In der Therapie muß er sich ganz auf die Subjektivität der Patienten und ihrer Ausdrucksformen einstellen können. Er muß vermeiden, daß eigene ästhetische Präferenzen in Bezug auf die Auswahl an Material und die Entwicklung der Formen mit dem Ausdrucksbedürfnis und -prozeß des Patienten kollidieren. Zur Ausbildung in der Kunsttherapie gehört deshalb nicht nur eine persönliche Therapie, sondern die Bewußtmachung und der Umgang mit der eigenen ästhetischen Biografie. Auf diese Weise sollen nicht nur Phänomene der Übertragung sondern auch die der Gegenübertragung verstanden werden können.

Literatur

- Battegay R (1986) Psychoanalytische Neurosenlehre
 Dannecker K (1994) Kunst, Symbol und Seele – Thesen zur Kunsttherapie. Ffm. 1994
 Freud A (1982) Das Ich und die Abwehrmechanismen
 Kramer E (1979) Childhood and art Therapy. Schocken Books, New York
 Naumburg M (1966) Dynamically oriented art therapy: it's principles and practice. Chicago
 Wilson L (1981) Transference and countertransference in art therapy. Am Art Therapy



Dr. Karin Danecker
 Pestalozzistraße 58
 D-10627 Berlin

Ausschreibung des 2. wissenschaftlichen Förderpreises der systemischen Gesellschaft

Die systemische Gesellschaft wurde im Jahre 1993 als Zusammenschluß deutschsprachiger Ausbildungsinstitute für Systemische Therapie und Beratung gegründet. Eine der Hauptaufgaben der Systemische Gesellschaft besteht darin, die interdisziplinäre Weiterentwicklung systemischer Forschung, Therapie, Supervision und Beratung zu fördern. Um die wissenschaftliche Tätigkeit in diesem Bereich anzuregen wird ein Wissenschaftlicher Förderpreis gestiftet. Der Preis ist mit DM 2000,- dotiert.

Ziel des Förderpreises ist es, die Umsetzung systemwissenschaftlicher Theorien und Modelle in Theorie, Forschung und Praxis zu unterstützen. Da es in diesem Bereich heute vor allem auf empirische Forschungskonzepte und deren Realisierung ankommt, wird der Preis nun zum zweiten Mal für eine Arbeit aus diesem Bereich verliehen.

Vorausgesetzt wird ein innovativer und kreativer Umgang mit Fragestellungen

- der Strukturbildung und des Strukturwandels,
- der nichtlinearen Dynamik,
- der organisierten Komplexität,
- der Intervention in sozialen Systemen.

Dabei können z.B. Themenbereiche behandelt werden wie:

- Therapieprozeßforschung,
- teilnehmende Beobachtung institutioneller Innovationsprozesse,
- individuelle und soziale Entwicklungsprozesse,
- Modellierung und Dynamik als psychopathologisch beschriebener Verläufe,
- Verlaufsdynamiken unterschiedlicher sozialer Systeme.

Die Forschungsarbeit soll dabei auf Praxisfelder Bezug nehmen wie z.B.:

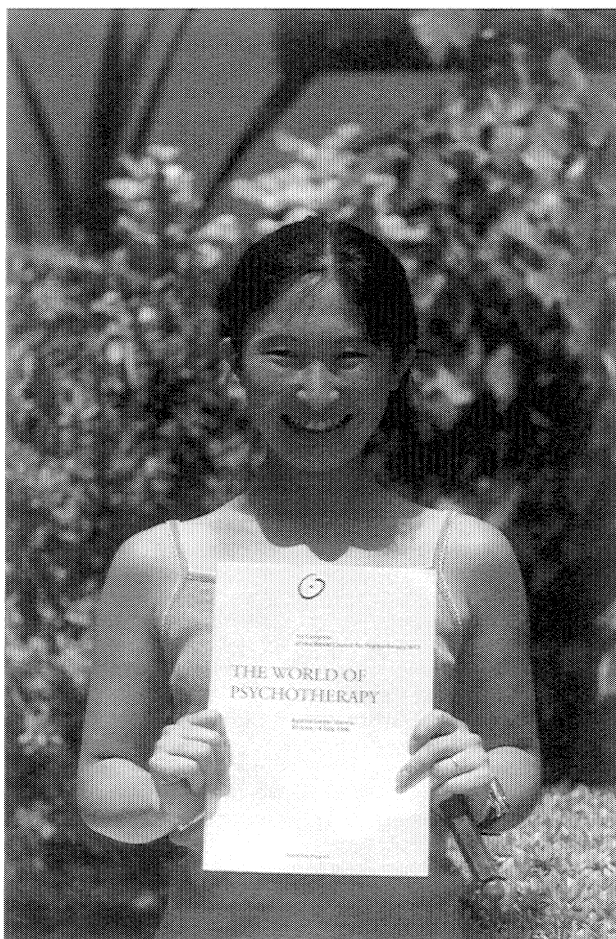
- Gesundheitsversorgung,
- Therapie/Supervision,
- Organisationsberatung,
- Psychiatrie.

Der Preis ist bewußt als Förderpreis konzipiert. Angesprochen werden somit Personen, die sich derzeit über aktuelle Forschungstätigkeiten auf den genannten Gebieten qualifizieren, sei es im Rahmen von Diplomarbeiten, Dissertationen oder im Rahmen anderer Projekte.

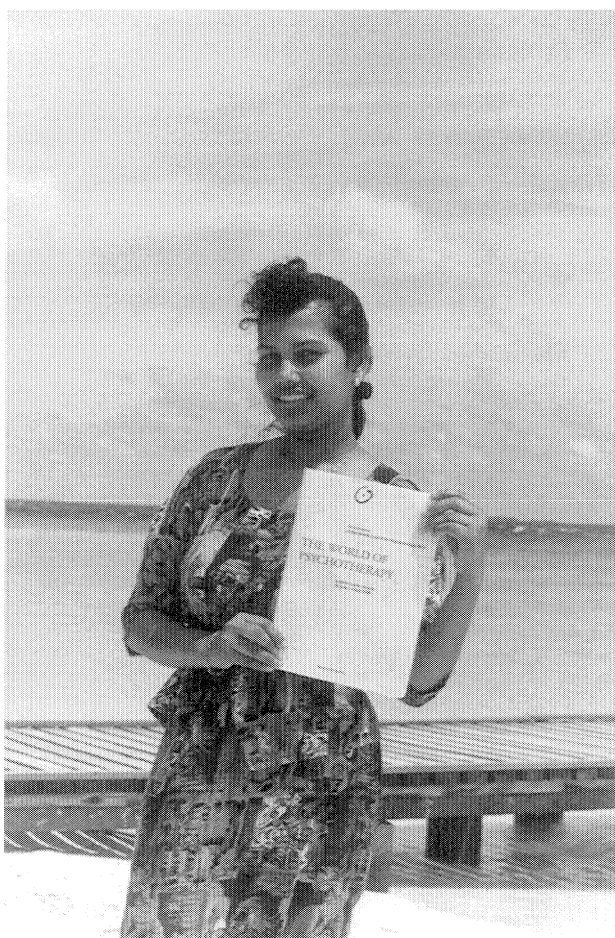
Die Auswahl der eingereichten Arbeiten erfolgt durch eine Jury, die sich aus einem Gremium der Systemischen Gesellschaft (PD Dr. Günter Schiepeck, PD Dr. Jochen Schweitzer, Dr. Walter Schwertl) zusammensetzt.

Die Arbeiten sollten bis 31. Oktober 1997 an folgende Adresse eingereicht werden: *Institut für systemische Theorie und Praxis Frankfurt, Herrn Dr. Walter Schwertl, ZeiBelstraße 11a, D-60318 Frankfurt.*

PSYCHOTHERAPIE INTERNATIONAL



Die Welt der Psychotherapie ist grenzenlos – diese beiden Photos wurden in Burma und auf den Seychellen aufgenommen. Das Datum des nächsten Weltkongresses: 3.–7. Juli 1999 in Wien.



European Association for Psychotherapy (EAP)

Welcome to the 7th Conference of the EAP in Rome 25th to 29th June 1997

Common Ground and Different Approaches in Psychotherapy
Fondamenti comuni e diversità di approcci in psicoterapia
Gemeinsame Grundlagen und unterschiedliche Ansätze in der Psychotherapie
Base Commune et Approches Différentes en Psychothérapie
Fundamentos Comúnes y Diferentes Puntos de Partida en la Psicoterapia

Dear colleagues,

Welcome to Rome for the 7th EAP Conference following the meetings in Vienna (1991), Budapest (1992), Berlin (1993), London (1994), Zürich (1995) and Vienna (1996). The event is of great interest since the EAP actually represents the largest European organisation in this profession collecting 14 National Umbrella Organisations and many European Organisations representing 50.000 psychotherapists in the different approaches in psychotherapy.

The major aim of the conference, besides the always renewing experience of meeting colleagues all over Europe, will be:

- Discussing and approving the document on the European Certificate of Psychotherapy (ECP) after two years intensive work by the working group.
- Defining the basic concepts which might be considered as a "Common Ground" of this profession no matter which specific orientation each psychotherapist belongs to.
- Exploring special issues through symposia on supervision, laws and orientations on psychotherapy, ethics, scientific validation, academic and private training and many other relevant themes in psychotherapy hosted by the prestigious National Council for Researches.
- Defining the general criteria and methodologies to implement a European Directory of Psychotherapists effectively trained in the different approaches.
- Exploring the interface between philosophy and psychotherapy through a pre-conference symposium.
- Sharing knowledge and personal and professional experiences through intensive workshops host-

ed by the most representative Roman schools in psychotherapy. A range of activities will be available for you to enjoy the "eternal city". Also the hotels have been chosen inside the old town in order to provide a full experience of the Roman atmosphere.

We look forward to sharing with you the joy and the honour of celebrating a kind of formal birth of our profession at a European level.

Riccardo Zerbetto
President of the EAP

Alfred Pritz
General Secretary of the EAP

The pre-conference symposium

Wednesday, 25th June 1997
Time: 9.00 a.m. to 6.00 p.m.

Topic: "Philosophical foundations of psychotherapy"

- 8.00 a.m. to 9.00 a.m.* Registration
- 9.00 a.m.* Opening of the pre-conference symposium by the director of the istituto austriaco cultura, Roma Dr. Klaus Wölfer
- 9.30 a.m. to 10.30 a.m.* Fritz Wallner, University of Vienna: "Constructive realism as a philosophy for psychotherapy" – Discussion
- 10.30 a.m. to 11.30 a.m.* Riccardo Zerbetto, President EAP: "Looking for a third way" in between "natural and human sciences" – Discussion
- 11.30 a.m. to 12.00 a.m.* Break
- 12.00 a.m. to 1.00 p.m.* Vassela Mishewa, University of Uppsala: "Psychic history, systems theory and strangefication" – Discussion
- 1.00 p.m. to 3.00 p.m.* Lunch Break
- 3.00 p.m. to 4.00 p.m.* Vincent Shen, Chenghi University of Taipei: "Reasonableness, rationality and strangefication" – Discussion

4.00 p.m. to 4.45 p.m. Thomas Slu-necko, University of Vienna: "Constructive-realistic suggestions for understanding psychotherapy as a discipline and as a practice" – Discussion.

4.45 p.m. to 5.30 p.m. Giselher Gutt-mann, University of Vienna: "Altered states of consciousness and the construct of the self" – Discussion

5.30 p.m. to 6.00 p.m. Alfred Pritz, Austrian Society of Psychotherapy: "Psychotherapy: a human science on subjectivity" – Discussion

Cocktail evening sponsored by the Austrian Cultural Institute of Rome.

Place: Istituto Austriaco di Cultura
Viale Bruno Buozzi, I-00197 Roma

Program of the conference

Thursday, 26th June 1997

9.00 a.m. to 10.00 a.m. Registration

10.00 a.m. to 11.30 a.m. Opening of the conference in the auditorium "Stenditoio" at S. Michele

Department of Social Affairs of the City of Rome, A. Piva. Minister of Universities and Scientific Research (invited), L. Berlinguer. Minister of Cultural Affairs (invited), A. Veltroni. Minister of Health (invited), R. Bindi. President of the EAP, R. Zerbetto.

11.00 a.m. to 1.30 p.m.

Jaqueline Minor, European Commission Directorate General XV: "Freedom of establishment, freedom to provide services in Europe".

Riccardo Zerbetto, President of the EAP: "Common ground and variety of epistemological frameworks in psychotherapy".

Digby Tantam, President of U.K.C.P.: "Is psychotherapy a profession?"

Emmy van Deurzen, EU-Relation Officer: "Towards a European certificate for psychotherapy".

Alfred Pritz, General Secretary of the EAP: "Psychotherapy as an independent profession within Europe".

Adriano Ossicini, President of the Commission for Cultural Affairs of the Senato della Repubblica (invited): "The Italian law on psychotherapy within the European legislative perspective".

1.30 p.m. to 3.30 p.m. Lunch break

3.30 p.m. to 6.30 p.m. The European Certificate of Psychotherapy – ECP. Co-chairs: Digby Tantam and Emmy van Deurzen.

The ECP – European Certificate for Psychotherapy will be presented by members of the preparatory group and representatives of the National Umbrella Organisations. The presentations will be commented by:

Alexander Filz (Ukraine), A. Jerodikonu (Greece), Ken Evans (U.K.), Mario Schlegel (Switzerland), José González de Rivera (Spain), Mi Årling (Sweden), Cornelia Krause-Girth (Germany), Willy Szafran (Belgium), Michel Meignant (France), N. D. Kibrik (Russia).

Friday, 27th June 1997

9.30 a.m. to 1.30 p.m. and 3.30 p.m. to 6.30 p.m. Common ground and different approaches in psychotherapy. Chairman: Riccardo Zerbetto.

Place: Auditorium "Stenditoio" at S. Michele

The presidents/representatives of European Wide Organisations in psychotherapy will present some basic concepts in each approach which should be considered as common heritage for the profession and for the future:

Aldo Cartotenuto – International Jungian Association; G. Rovera – International Association for Individual Psychotherapy; G. Bacciagaluppe – President of OPIfer; P. Moderato – President of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapy; M. Spagnuolo – President of the European Association for Gestalt Therapy; Christine Lister-Ford – President of the European Association for Transactional Analysis; P. Bolen – President of the European Association for Body Psychotherapy; M. Rosselli European Association for Psychosynthesis; K. Evans – President of the European Association for Integrative Psychotherapy; C. Lorigo – President of the European Association for Hypnosis; A. Zucconi – Vice-President of the European Association for Client Centered Therapy.

Workshops/Symposia

Languages of the speakers: Italy (I), English (E), Russian (R), German (D), Spanish (S)

Workshops and symposia led by European and Italian psychothera-

pists in cooperation with the EAP working groups hosted by the training schools in Rome.

01: Heiner Bartuska (A) / Mario Schlegel (CH): "Wissenschaftlichkeitsprüfung von psychotherapeutischen Methoden" (D)

02: Nossrat Peseschkian (D): "Positive Psychotherapie unter dem transkulturellen und interdisziplinären Gesichtspunkt" (D)

03: Elisabeth Wagner (A): "Forensic psychotherapy: different theories – different therapies?" (D/E)

04: Cornelia Krause-Girth (D): "Fall-darstellung in verschiedenen psychotherapeutischen Schulen" (D)

05: Mi Årling (S): "Integrative psychotherapy in the water – a developmental approach" (E)

06: Silke Joachims (D): "Indications for music-therapy in clinical settings: case-demonstration by video- and Audio-cassettes of different fields of work" (E/D)

07: Vera Zimprich (A): "Psychotherapy with children and youth" (E/D/F)

08: Willy Szafran (B): "Is a training program in integrative psychotherapy possible?" (E)

09: Hanns-Georg Poppe (D): "Gemeinsames und Trennendes in Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik" (D)

10: David Boadella (CH): "Meanings of the body and postures of the soul in biosynthesis" (E)

11: Volker Tschuschke (D): "Problems with differential indications in psychotherapy" (E/D)

12: Willem Maas (NL): "Logotherapy: realization of sense and value" (E/D)

13: James R. Samec (S): "Psychodynamic/psychoanalytical psychotherapy" (E)

14: Emmy van Deurzen / Digby Tantam (GB): "Psychotherapy in practice" (E)

15: Courtenay Young (GB): "New ways to working with people in crisis" (E)

16: Mony Elkaim (B): "Couple and Family therapy: how the therapists can use her/his feeling in systemic therapy" (E/I)

17: Alexander Sosland (RUS): "Wie kann man seine eigene Schule in der Psychotherapie schaffen?" oder "Die fundamentale Struktur der

psychotherapeutischen Methode" (R/D)

18: Serge Ginger (F): "Specification of the attitude between therapist and client in gestalt therapy" (E)

19: Rudolf Olivieri-Larsson (CH): "Approaching common ground and differences between women and men" (E)

20: Thomas Wenzel (A) / Michele Tordjmann (F): "Integration in the psychotherapy with refugees" (E)

21: Maurizio Andolfi (I): "Family therapy and multiethnic culture" (I/E)

22: Alberto Zucconi (I): "The effective psychotherapist" (I/E)

23: Pio Scillico (I): "Integrative approach to dream work" (I/E)

24: Paolo Moderato (I): "Training in behavioral cognitive psychotherapy" (I/E)

25: De Bernert (I): "Training through the use of images" (I/E)

26: Giorgio Bacciagaluppi (I): "A case of abuse treated with relational psychoanalytic method" (I/E)

27: Edoardo Giusti (I): "Gestalt and phenomenology" (I/E)

28: Lorenzo Clonini / Lucio Sabilia (I): "Group and individual self-experience in cognitive therapy" (I/E)

29: Filippo Petruccelli (I) / Peter Hawkins (UK): "Training in ericksonian hypnosis and strategic psychotherapy" (E/I)

30: Massimo Rosselli (I): "Training in psychosynthesis" (I/E)

31: Giovanni Salonia (I): "Time and therapeutic process" (I/E)

32: Carmine Saccu (I): "Symbolic-experiential model in systemic-relational training" (I/E)

33: Stefano Crispino (I): "Gestalt and jungian analysis" (I/E)

34: Tommaso Traetta (I): "Training in bioenergetics" (I/E)

35: Laura Boggio Gilot (I): "Transpersonal approach in psychotherapy" (I/E)

36: Giorgio Nardone (I): "Brief strategic solution oriented therapy" (I/E)

37: Marco Rossi: "Psychotherapy and drug addiction" (I/E)

38: Alfonso Conte (I): "Analysis of a C. Roger's recorded session" (I/E)

39: Francesco Dragotto (I): Seminario teorico esperenziale "un padre per nascere"

40: Ivano Spano (I): "Mutamenti epistemologici in scienza e psicoterapia"

41: *Luigi de Marchi* (I): "Esplorando l'ultimo tabu" (io é la Morte)

42: *Giovanni Russo* (I): "La Parola: il farmaco energetico dello psicoterapeuta" (Teoria, pratica e terapia)

43: *Alfonso Conte* (I): "Analisi tecnica di un colloquio psicoterapeutico video registrato di C. Rogers"

44: *Giovanni Gastaldo* (I): "Autogenicità o Rilassamento? L'equivoco sul training autogeno"

45: *Roberto Parrini* (I): "Teoria e pratica integrata a livello grupppale"

46: *Fr. Palmirota* (I): "Fondamenti storico filosofici della psicoterapia nell'applicazione clinica"

47: *Giselher Guttman* (A): "Therapiebegleitende Psychophysiologie" (D/E)

48: *N.D. Kibrik* (RUS): "The Psychotherapy of the suicidal persons with sexual disorders" (R/E)

51: *Anna Rita Ravenna* (I) / *Elisabeth Vlasich* / *Hans Peter Bangerl* (A): "The aims of psychotherapy in gender identity disorder: possibilities and limits in the treatment of transsexuality" (I/D/E)

52: *Michel Meignant* (F): "Different laws on psychotherapy in european countries" (E/F)

53: *Renate Hutterer-Krisch* (A): "Code of ethics in psychotherapy" (D/E)

54: *Ingeborg Luif* (A): "Supervision" (D/E)

55: *B. Bonvecchi* (I): "Group conduction according to sophianalytical method" (I/E)

56: *Jose Gonzales de Rivera* (S): "Autogenic, abreaction and psychoanalysis: the original theses" (E/F/S)

57: *Alfred Pritz* (A) / *Jacqueline Minor* (B): "The inner view of europe: building up a european identity as an emotional process" (E/D)

Saturday, 28th June 1997

10.00 a.m. to 12.30 p.m.

Closing of the Conference with Presentations on the Symposia and Working Group Documents

Chairman: *Mony Elkaim*

- Private and Academic Training in Psychotherapy: *Ken Evans*
- Training for Trainers and Supervisors: *Maurizio Andolfi*
- Scientific Validation in Psychotherapy: *Heiner Bartuska*

- Code of Ethics in Psychotherapy: *R. Hutterer-Krisch*

- European Laws on Psychotherapy: *Michel Meignant*

- Transsexuality and Psychotherapy: *Anna R. Ravenna*

- Internet Communication System and European Directory of Psychotherapy: *Riccardo Zerbetto*

- Information on the EAP: *Aurelia Musser*

7th Annual General Assembly of the EAP

Saturday, 28th June 1997

3.00 p.m. to 7.00 p.m.

Reports of the President, General Secretary, Treasurer, EU-Relation Officer, Coordinators of the EAP Working Groups, Proposals, Budget, EAP-Journal, EAP-ICS

Sunday, 29th June 1997

continuing 9.30 a.m. to 1.30 p.m.

Voting of the new EAP President 1997/98 and the National Delegates Speech of the new President

3.30 p.m. to 5.00 p.m.

Post Conference Seminar on "Psychotherapy in Perspective". Chairman: *Vincenzo Cappelletti*.

- *J. Norcross* (USA): "Light and Shadow of the Integrative Process in Psychotherapy"

- *J. Price* (USA): "Evolutionary Psychiatry"

- *R. Erskine* (USA): "The Psychotherapy Relationship: Integrating the Common Ground of Different Approaches"

General Information

The Plenary Sessions will be held at the Congress Hall of S. Michele, a restored building alongside the Tiber river just in the Trastevere area in Via S. Michele, 22 and Protomoteca del Campidoglio.

The Symposia will take place at the prestigious National Council of Researches in Pizza A. Moro no. 1, in front of "La Sapienza" University. The Workshops will be hosted by the Roman Schools for Psychotherapy.

For further detailed information on the program please contact:

Riccardo Zerbetto, President of EAP
Via Montanini no. 54

I-53100 Siena

Tel./Fax: 0039 577 45 379

e-mail: zerbetto@sienanet.it

EAP headoffice

Rosenbursenstrasse 81317

A-1010 Wien

Tel./Fax: +43/1/513 17 29

e-mail: eap-headoffice@magnet.at

Further and updated information on the Conference will be available through Internet on the web page <<http://www.psychoter.com/>>.

Changes on the program are possible according to acute necessities.

Dear Dr. Pritz:

I hope that 1997 had a very good start for you and wish you all the best for this year.

During this time we have been working in promoting the Worlds Council throughout the region with the aim of developing agreements for the constitution of the Latinoamerican Federation of Psychotherapy.

We had been holding interesting meetings with several groups as a result of which people are already working in the project.

In Chile and Brasil there are advanced agreements in this directions. In Argentina we recently constituted the Asociación de psicoterapia de la Republica Argentina, as a national umbrella organization which was founded in accordance with the goals and responsibilities of the W.C. and the Strassburg Declaration of Psychotherapy of 1990.

We will let you know as soon as there are further news.

Best wishes, Yours sincerely
Héctor Fernández-Alvarez
Buenos Aires, Argentina

Veranstaltungskalender

Ankündigung des Postgraduate Lehrgangs in Psychoonkologie der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie (ÖGPO) für Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen

Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie
Berggasse 20, A-1090 Wien
Fax 0043/1/310 40 22

**18. und 19. April 1997, Zürich
Zürcher Gestalttage**

„Wer heute den Kopf in den Sand steckt, knirscht morgen mit den Zähnen“ – Verantwortung in der Zeit
Gastreferent: Tilmann Moser
Veranstalter: SVG,
Schweizerischer Verein für Gestalttherapie
Auskunft: Zürcher Gestalttage
Postfach 265, CH-8049 Zürich

**18.–20. April 1997, Steyr/OÖ
Jahrestagung der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse**

Auskunft: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
Eduard-Sueßgasse 10
A-1150 Wien
Tel. 43/1/985 95 66

**25. April 1997, Wien
Furcht, Angst und Panik:
eine psychoanalytische Klärung**

Vortrag von Felix de Mendelssohn
Auskunft: Fr. Margarethe Grimm
Tel. 0043/1/889 70 43

**27. April–2. Mai 1997,
Bad Gleichenberg
3. Internationales Seminar
für körperbezogene
Psychotherapiemethoden in
Bad Gleichenberg**

Auskunft: Sekretariat der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Auenbruggerplatz 39, Postfach 25
A-8036 Graz
Fr. Neumeister
Di. u. Do. 8.00 bis 12.00 Uhr
Tel. 0043/1/316/385-2292
Fax 0043/1/385-3155

**6.–10. Mai 1997, Goldegg
20. Internationales Seminar
für Katathym Imaginative
Psychotherapie**

Psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung
Auskunft: ÖGATAP
Eduard-Sueß-Gasse 22/10
A-1150 Wien
Tel. 0043/1/98 33 565, Fax 98 33 566

**9.–11. Mai 1997, Weimar
18. Kongress der Deutschen
Gesellschaft für
Transaktionsanalyse (DGTA)**

Leitthema: Nähe, Distanz und Respekt
Veranstalter: DGTA, Konstanz
Auskunft: Frau E. Eisenbach
Taanusstraße 60, D-61191 Rosbach

**28. Mai–4. Juni 1997,
Großrußbach, NÖ
19. La Jolla Programm in
Österreich**

Internationaler Personenzentrierter Workshop nach Carl R. Rogers
Auskunft: DSA Marietta Winkler
Tel. 0043/1/713 77 96

**30. Mai 1997, Wien
Einführung in psychoanalytische
Grundbegriffe**

Vortrag von Hon.-Prof. Dr. J. Shaked
Auskunft: Fr. Margarethe Grimm
Tel. 0043/1/889 70 43

**5.–7. Juni 1997, Bern
V. Internationales Schizophrenie-
Symposium Bern/Schweiz**

Thema: Therapie der Schizophrenie: Stand und Entwicklungstendenzen.
Auskunft: Frau B. Rindlisbacher
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60
Tel. 0041/31 930 95 30, Fax 31 930 94 04

**12.–14. Juni 1997, Wien
Lebens- und Familienformen –
Tatsachen und Normen**

Auskunft: Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF), Olaf Kapella
Gonzagagasse 19/8, A-1010 Wien
Tel. 0043/1/535 1454-0, Fax 535 1454-30
e-mail: Olaf.Kapella@oif.ac.at

**13. und 14. Juni 1997, Salzburg
Love Stories – neu geschrieben /
Kurzzeit-Paartherapie**

Auskunft: Gottfried Graf
SIMT, Salzburger Institut für Meditation und Trennungsberatung
Getreidegasse 16, A-5020 Salzburg
Tel. 0043/662/84 22 05, Fax 84 64 61

**13. und 14. Juni 1997, Bremen
Supervision in psychiatrischen
Institutionen**

Plenumsvorträge namhafter Experten, Workshops, Podiumsdiskussion, integriertes Kulturprogramm, Begegnung von Psychiatrie, Supervision, Organisationsberatung, Psychoanalyse.
Veranstalter: Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie am Zentralkrankenhaus Bremen-Ost und Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft für psychodynamische Psychiatrie (NAPP) e. V.
Auskunft: Frau Dr. Halfmeyer
ZKH Bremen-Ost, Züricher Straße 40
D-28325 Bremen
Tel. 0049/421/4081015
Herr Dr. Heltzel, A.d. Schleifmühle 56
D-28201 Bremen
Tel. 0049/421/3399383
Fax 0049/421/3399392

**13.–15. Juni 1997, Graz
Internationale
Verhaltenstherapietage**

Auskunft: Dr. G. Langs und
Mag. K. Fabisch
Univ.-Klinik für Psychiatrie
Auenbruggerplatz 22
A-8036 Graz
Tel. 0043/316/385-3612 oder 2541
Fax 0043/316/385-3556

**7.–11. Juli 1997, Münsterlingen
17. Schweizerische
Psychotherapiewoche**

„Münsterlingen – Breitenstein“
Seminare, Referate,
Selbsterfahrungsgruppen
Leitthema: „Identitätskrisen in verschiedenen Lebensaltern“
Auskunft: Kantonale Psychiatrische Klinik, Direktionssekretariat
CH-8596 Münsterlingen oder
Dr. Koemeda, Breitenstein
Tel. 0041/71/664 11 10

**12.–20. September 1997,
Badgastein**

**28. Internationales Seminar
für Autogenes Training und
allgemeine Psychotherapie**

Thema: Rahmenbedingungen
der Psychotherapie

Auskunft: ÖGATAP

Eduard-Sueß-Gasse 22/10

A-1150 Wien

Tel. 0043/1/98 33 565, Fax 98 33 566

13.–17. September 1997, Wien

**10th International Congress of
the European College of Neuro-
psychopharmacology, ECNP**

Information: Prof. Dr. S. Kasper

Chairman of the Department of
General Psychiatry

University of Vienna

Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien

Fax 0043/1/40400 3099

17.–20. September 1997, Bonn

**3. Rheinische Allgemeine
Psychotherapietage**

Leitthema: Therapie sexueller
Störungen

Fort- und Weiterbildung, Qualifizie-
rung, Berufs- und Gesellschaftspolitik,
Vorträge, Foren, Seminare, Übungen,
Supervisionen, Analytische Psycho-
therapie, Gesprächspsychotherapie,
Gestaltpsychotherapie, Systemische
Therapie, Verhaltenstherapie, etc.

Veranstalter und Auskunft:

Gesellschaft für allgemeine
Psychotherapie e.V.

Kaiser-Karl-Ring 20, D-53111 Bonn

Tel. 0049/228/551-2586/87

Fax 0049/228/551-2500

**19. und 20. September 1997,
Feldkirch**

„Gebt mir meine Sprache wieder“

Gemeinsamer Kongreß im Rahmen
des Jubiläums 5 Jahre DIALOG, IfS-
Integrationsberatungsstelle, und 20
Jahre Heilpädagogische Gesellschaft
Vorarlberg

Auskunft: Heilpädagogische

Gesellschaft Vorarlberg

Postfach 28

A-6841 Mäder

2.–5. Oktober 1997, München

**„Welche Bedeutung hat die
Vergangenheit für die Zukunft?
Phänomene, Strukturen,
Entwürfe therapeutischer
Gegenwart“**

Erster gemeinsamer Kongreß der Ar-
beitsgemeinschaft Psychotherapeuti-
scher Fachverbände (AGPF)

In der AGPF sind die Fachverbände
der Gestalt- und Integrativen Thera-
pie, Familientherapie, Transaktions-
analyse, Psychodrama, Bewegungs-
und Kunsttherapie vertreten.

Auskunft: GFE

Zwittenlehen 2

D-82547 Eurasburg

5.–10. Oktober 1997, Venedig

2. Internationales

Venedig-Workshop

Selbsterfahrung und Supervision

Das „Zentrum für Gruppenanalyse
und analytische Gruppentherapien
(Wien)“ veranstaltet gemeinsam mit
dem AAI-Wien und dem ÖAGG (Sek-
tion Gruppenanalyse) alle zwei Jahre
Gruppenselbsterfahrung und -super-

vision für Personen, die Selbsterfah-
rung bzw. Aus-, Fort-, oder Weiterbil-
dung in psychoanalytischer und/oder
individualpsychologischer Gruppen-
therapie suchen.

Auskunft: Frau Karin Poppenberger

W.-Kreßplatz 29/58/7, A-1110 Wien

Tel. 0043/1/58801/5629

Fax 0043/1/5868814

17. und 18. Oktober 1997, Linz

**„Modelle der Kooperation und
Vernetzung in der systemischen
Familientherapie“**

Auskunft: Dr. M. Brigitta Pirkl-Beghella

Girlingstraße 47

A-5020 Salzburg

Tel. 0043/662/43 02 43

20.–22. November 1997, Linz

KALEIDOS-Symposium

**„Supervision in der Gruppe –
Verschiedene Ansätze im
Vergleich“**

Auskunft: Mag. Günther Nausner

Schubertstraße 46

A-4020 Linz

Tel. und Fax 0043/732/65 09 91

21.–23. November 1997, Salzburg

Kinder im Trennungs- und

Scheidungs-geschehen –

Zwischen Trauma und Hoffnung

Auskunft: Gottfried Graf

SIMT

Salzburger Institut für Meditation

und Trennungsberatung

Getreidegasse 16

A-5020 Salzburg

Tel. 0043/662/84 22 05

Fax 0043/662/84 64 61