



Forum Österreich

- S 103 Brief des Präsidenten
- S 104 Der Weltkongreß im Spiegel der Presse
- S 109 Der Kongreß in Gold und Silber
- S 110 Legler-Guc, A.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Psychotherapie und Justiz
- S 110 Forderungskatalog der Arbeitsgruppe Psychotherapie und Justiz
- S 111 Wehrl-Novotny, B.: Die Vollzugsordnung für Justizanstalten
- S 111 Vlasich, E.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Transsexualität und Psychotherapie
- S 112 Jupiter, E., Vlasich, E., Bangerl, H.-P.: Der Lehrstuhl für Transsexologie an der Freien Universität Amsterdam
- S 113 Brandl, G.: Wie läßt sich ein Selbstmord verhüten?
- S 116 Steuerseminar
- S 116 Paracelsusring an Rotraud Perner
- S 117 Ethik-Rubrik: Amendt-Lyon, N., Korbei, L., Hutterer-Krisch, R., Pawlowsky, G., Rauscher-Gföhler, B., Wiesnagrotzki, S.: Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie und im Ausbildungsverhältnis
- S 123 Leserbrief



Forum Schweiz/Suisse

- S 125 Editorial: Ihre Meinung ist gefragt!
- S 125 Editorial: Votre opinion nous intéresse!
- S 126 KVG: Verordnung über die nicht-ärztliche Psychotherapie rückt näher!

- S 126 LAMAL: la réglementation de la psychothérapie non-médicale se rapproche!
- S 127 Veranstaltung
- S 127 Manifestation
- S 128 „Wie wenn man sich nach 50 Jahren wieder einmal trifft“
- S 129 „Comme si l'on se retrouvait 50 ans plus tard“
- S 130 Stengers, I.: Die Verwendung wissenschaftlicher Modelle durch den Psychotherapeuten
- S 135 Duruz, N.: Eine wissenschaftliche Psychotherapie – und den einzelnen psychotherapeutischen Orientierungen entsprechende Forschungsmethoden

Forum Deutschland

- S 139 Krause-Girth, C.: Aktuelles aus Deutschland: Der Kampf ums Psychotherapeutengesetz und noch ein Dachverband
- S 140 Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) stellt sich vor
- S 142 Kammer, D.: Zum aktuellen Stand der Diskussion um das deutsche Psychotherapeutengesetz
- S 143 Rosenbaum-Munsteiner, I.: Zur Geschichte der „Laienanalyse“

Psychotherapie International

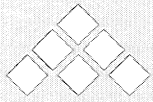
- S 147 Sciamani, stregoni e psicanalisti. Tutti insieme da "papa Freud" ("Corriere della Sera")
- S 148 VERANSTALTUNGSKALENDER

Beiträge für das Supplement sind zu richten an:

Frau Eva Kutschera, ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/7, A-1010 Wien, bzw. an Herrn Dr. Mario Schlegel, Scheuchzerstrasse 197, CH-8057 Zürich, bzw. an Frau 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

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ein Arbeitsjahr liegt vor uns, und ich hoffe, Sie hatten einen erholsamen Sommer. Zunächst zu einem historischen Ereignis, dem 1. Weltkongreß für Psychotherapie, der vom 30. Juni bis 5. Juli in Wien stattgefunden hat. Dazu einige Ziffern: Am Kongreß selbst nahmen etwa 4.000 Personen teil, 260 Journalisten berichteten vom Austria Center in die ganze Welt (bis Indien und China), 5 Fernseheteams filmten die wichtigsten Events. Neben den Schamanen, die aufgrund ihrer Exotik natürlich besonderes Interesse erregten, gab es 80 Hauptvorträge von Kolleginnen und Kollegen aus allen Kontinenten sowie 1.400 Workshops und Referate. Ein Großteil davon ist auf Audio- und Videokassetten gespeichert und wird Ihnen demnächst zur Verfügung stehen (die Auswertungen sind noch nicht abgeschlossen). Außerdem ist eine Erinnerungsmedaille in Silber oder Gold beim ÖBVP erhältlich. Die Resultate sind noch gar nicht alle absehbar, einige wenige sind aber doch schon mitzuteilen: So existiert nun mit dem World Council for Psychotherapy (WCP) eine weltweite Struktur von Psychotherapeuten und Psychotherapieverbänden, die auf der Basis der Straßburger Deklaration in Hinkunft zusammenarbeiten wollen.

Schließlich wurde vereinbart, daß der nächste Weltkongreß vom 3.-7. Juli 1999 wiederum in Wien stattfinden soll. Vorläufiges Arbeitsthema: „Mythos – Traum – Realität – Visionen für ein neues Jahrtausend“.

Zur finanziellen Seite des Kongresses: Die Gebarung wird ausgeglichen sein. Leider haben sich die Erwartungen eines deutlichen Überhanges als nicht gegeben herausgestellt, wie fälschlich und ohne Recherche im SPIEGEL berichtet wurde. Schlußend-

lich haben etwa 600 Personen aus der „2. und 3. Welt“ kostenlos oder fast kostenlos am Kongreß teilnehmen können.

Der WCP hat beschlossen, sein „Headquarter“ in Wien zu errichten, ich selbst wurde wieder zum Präsidenten des WCP gewählt.

Zu den Werkverträgen: Dazu gibt es intensive Diskussionen im ÖBVP. Im wesentlichen sind wir der Meinung, daß die Werkvertragsregelungen, wenn überhaupt, dann nur zu einem geringen Teil auf die Psychotherapeuten zutreffen. Psychotherapie selbst fällt zum Beispiel nicht unter diese Regelungen, ebenso wie die Ausbildung. Um Endgültiges sagen zu können, ist aber die Zeit noch nicht reif, ich hoffe, daß es im Herbst soweit sein wird. Allerdings ist bereits von einer „Reparatur“ dieses Gesetzes im Herbst die Rede. Wir werden Sie informieren, sobald verlässlichere Information vorliegt.

Die Verhandlungen mit den Krankenkassen hinsichtlich eines Gesamtvertrages wurden auf das Spätfrühjahr 1997 verschoben, in der Zwischenzeit wird aber intern daran weitergearbeitet.

Die Haftpflichtversicherung des ÖBVP gilt übrigens auch für Praktikanten und Ausbildungskandidaten im Propädeutikum wie im Fachspezifikum (Voraussetzung: Mitgliedschaft im ÖBVP).

Ab nun gibt es eine Supervisorenliste des ÖBVP. In einer Umfrage des ÖBVP haben 1.100 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Supervision als einen wesentlichen Arbeitsschwerpunkt bezeichnet. Der ÖBVP ist daher mit Abstand der größte Anbieter von Supervisionsleistungen in Österreich (im Vergleich mit anderen Verbänden).

Dr. Alfred Pritz

Der Weltkongreß im Spiegel der Presse

Der 1. Weltkongreß für Psychotherapie in Wien hat in den in- und ausländischen Medien ein enormes Echo ausgelöst. Der ORF brachte fast täglich Berichte in ZIB 1 oder ZIB 2, der Rundfunk lud Therapeuten der verschiedensten Schulen zur Diskussion und brachte Serien zum Thema, Psychoanalytiker waren zu Gast im Mittagsjournal.

So vielfältig wie dieser 1. Weltkongreß, so unterschiedlich waren auch die journalistischen Zugänge. Sie reichten von den besten Psychotherapeuten-Witzern („täglich Alles“) bis zum Vorwurf des Psychotherapie-Jahrmarkts („Spiegel“), von der inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Postmoderne bis zur konkreten Lebenshilfe. Hier einige Auszüge.

„Wiener Zeitung“, 10. 7. 1996

Beim Wiener Kongreß waren alle großen Schulen sowie Naturheiler vertreten

Von der Sinnfrage bis zur schweren Neurose: Die Welt der Psychotherapie

Aus allen Teilen der Erde kamen Vertreter der verschiedensten Psychotherapie-Schulen und Naturheilverfahren, darunter sogar Schamanen, zum ersten Weltkongreß ihrer „Zunft“, der in der Vorwoche in Wien abgehalten wurde. Bei rund 1.700 Vorträgen wurden die Vielfalt der therapeutischen Ansätze, fachspezifische Erkenntnisse über das Seelenleid und Anforderungen an die Therapeuten diskutiert.

„Mehr Freiheiten, aber weniger Sinn“ – so brachte die Berliner Psychotherapeutin Eva Jaeggi die Probleme vieler Menschen beim ersten Weltkongreß für Psychotherapie auf den Punkt. Die Wissenschaftlerin wandte sich gegen die vielfach geäußerte Vorstellung, daß jeder den Sinn seines Lebens in sich selbst finden könnte, daß in jedem Menschen gleichsam ein Schatz verborgen sei, den man nur heben müsse.

„Erst wenn man sich und seine Unterschiedlichkeit von anderen akzeptiert, kann man sich selbst entdecken“, betonte die Psychotherapeutin. Der Klient brauche vom Therapeuten nicht nur Einfühlung in seine Persönlichkeit, sondern auch die Hilfe, sich einmal von außen zu sehen. Hier könnten auch Rollenspiele Hilfe geben.

Auslöser von Neurosen

„Schwere Neurosen“ wählte Leon Wurmser, in den USA praktizierender

Psychoanalytiker Schweizer Herkunft, als Thema seines Festvortrags. Die meisten seiner schwerstneurotischen Patienten seien in ihrer Kindheit massiv traumatisiert worden, berichtete Wurmser. Je stärker und länger die Traumatisierung gewesen sei, desto stärker auch die Symptome und die daraus resultierenden Konflikte, die wiederum einer immer stärkeren Abwehr bedürften.

Wurmser nannte einige immer wieder beobachtbare Phänomene: doppelte Realität und doppeltes Ich,

gespaltene Identität, das Fertigwerden mit der Situation durch Masochismen und Narzißmen.

Biofeedback

Biofeedback kann ein wichtiges Mittel zur Beeinflussung psychischer wie somatischer Zustände sein. „Wir haben eine zwölfjährige Erfahrung mit der Anwendung von Biofeedback bei der Behandlung von Patienten mit Spannungskopfschmerz. In der kurz- und mittelfristigen Beobachtungszeit der Patienten über ein bzw. zwei Jahre zeigte sich eine Verringerung der Symptome bei 91 bzw. 69 Prozent der Patienten“, erklärte Luis Crispino von der psychologischen Fakultät der katholischen Universität in Montevideo (Uruguay).

Feminines Verhalten

Gegen die Definition einer typischen Homosexualität wandte sich die deutsche Psychotherapeutin Christa Rhode-Dachser. Auch die Betrachtung von Anlage und Umwelt sei für die Erklärung zu wenig. Vielmehr müßten Hormonkonstellationen vor der Geburt und sogenannte verschiedene Perioden mit ins Kalkül gezogen werden. Eine solche Phase, in der die sexuelle Identität festgelegt werde, sei in der kindlichen Entwicklung zwischen vier und sieben Jahren.

„Es gibt keine Krebspersönlichkeit“, erklärte Walter König, Psychiater und Psychotherapeut in Wien sowie Vorstand der Österreichischen



Schamanen aus Sibirien

Gesellschaft für Somatische und Psychosoziale Onkologie und Hämatologie (ÖSPO). Alle Theorien, wonach seelische Belastungen Ursache für eine Karzinombildung sind, seien nicht mehr haltbar.

Krebs sei vielmehr eine multifaktorielle Erkrankung, so Reinhold Schwarz von der Psychosozialen Nachsorgeeinrichtung für Tumorkranke an der Uniklinik Heidelberg: „Daher sollten wir uns endlich von diesem Begriff der ‚Krebspersönlichkeit‘ verabschieden.“

Geister vertreiben

Trommelnd, in langem rotgelbem Gewand und mit federgeschmückter roter Kappe präsentierte sich Nwim Ifebuzor, „traditional healer“ aus Nigeria. Getrommelt werde vor jeder Behandlung, verriet Ifebuzor. Damit solle dem Patienten gezeigt werden,

daß mit der Heilungsprozedur begonnen werde, und den anderen Leuten im Dorf signalisiert werden, daß der Heiler „ordiniere“. Und überdies rufe er damit Geister und Götter an: die Geister seiner Vorfahren, die ihm das Heilen beigebracht haben, und die jeweiligen Götter, in deren Bereich die einzelne Krankheit falle.

Ifebuzor setzt in seinen Therapien sowohl Trance als auch Kräuter ein. Gesang und Tanz gebe es bei ihm allerdings nicht. Die Diagnose ergebe sich aus dem, was die Verwandten des Patienten und der Kranke selbst erzählen. Darüber hinaus versuche er in Trance zu ergründen, was dem Patienten fehle. Während der Behandlung – für die zur Hälfte entweder in bar oder in Naturalien im vorhinein bezahlt wird, die andere Hälfte bei erfolgreicher Therapie – bleibt der Patient ständig bei Ifebuzor.

etwa in ein bis zwei Jahren“. Dann müsse sie sich nicht mehr so intensiv mit der Fachliteratur auseinandersetzen.

„Zwischen 80 und 90 lese ich nur Schundromane – darauf habe ich mein ganzes Leben gewartet. Es kann natürlich sein, daß sie mir dann gar nicht gefallen“, sagte Freud. Bisher habe sie nämlich noch keinen solchen Roman gelesen.

Sophie Freud hat viele Erinnerungen an „Wien – die Heimat der Psychoanalyse“, denn es ist ihre Geburtsstadt. 1924 kam sie hier zur Welt, wohnte gegenüber der Rossauerkaserne: „Dort war früher der Kai-Park, wo jetzt die U-Bahn-Station ist, der Kai-Park war schön, aber die U-Bahn-Station ist natürlich praktischer.“

Freud besuchte die legendäre Schwarzwaldschule, die sie als „ganz traditionelle Schule, nicht besonders kreativ oder alternativ, eher streng“ in Erinnerung hat. 1938 hieß es aber im Alter von 14 Jahren – überhastet – Abschied nehmen.

Freud ging zuerst nach Frankreich, 1942 dann mit ihrer Mutter in die USA, wo sie in Harvard studierte und die Sozialarbeiterschule absolvierte.

Sie sei immer berufstätig gewesen, habe auch neben den Kindern – zwei Töchter und ein Sohn – halbtags gearbeitet. „Da war ich ein bißchen eine Pionierin und wurde stark kritisiert, daß ich nicht ganz zu Hause bei den Kindern bleibe“, meinte die Freud-Enkelin.

Sophie Freud war anläßlich des 1. Weltkongresses für Psychotherapie in Wien, die „Wiener Zeitung“ berichtete darüber und über ihre bemerkenswerten Ansichten.

„Wiener Zeitung“, 10. 7. 1996

Die Enkelin des Vaters der Psychoanalyse besuchte Wien

Ein bißchen distanziert zur Freud-Gesellschaft

Die Schriften ihres Großvaters habe sie erstmals im Jugendalter gelesen, erzählte Sophie Freud, die Enkelin Sigmund Freuds, dabei vor allem die Krankengeschichten. „Ich weiß natürlich nicht, wieviel ich damals überhaupt davon verstanden habe.“ Grundsätzlich sei sie jedoch von den orthodoxen Analytikern „ein bißchen distanziert“, wie auch von der Wiener Freud-Gesellschaft, „obwohl die Leu-

te von der Gesellschaft immer sehr nett zu mir waren“. Das liege an internen Familienstreitigkeiten. Das Freud-Museum habe sie trotzdem schon einige Male aufgesucht.

Freud, die jahrelang an der Universität von Boston auch Sozialarbeiter ausgebildet hat, ist bereits emeritiert, führt aber noch einen Kurs in einem Doktorprogramm. Trotzdem denkt sie irgendwann ans Aufhören, „so

„Die Furche“, 11. 7. 1996

Psychotherapeuten, Friedensforscher und Schamanen in Wien

Die Seele hat wieder eine Zukunft

„Wir haben alle mit Menschen zu tun.“ Das war ein gemeinsamer Nenner der „Ökumene der Seelenheiler“, dem Weltkongreß der Psychotherapeuten, in Wien. – Von Gabriele Müller

Gleich neben der unbarmherzig begradigten Donau, die heute linear, aber geheimnislos ihrem Ziel zufließt, herrschte buntes Treiben.

Mehr als 4.000 Psychotherapeuten aus 73 Ländern und noch mehr unterschiedlichen Schulen und Richtungen diskutierten fünf Tage lang in den

Sälen und Nebenräumen des Wiener Kongreßzentrums. Dutzende klingende Namen wie Sophie Freud, Viktor Frankl, Horst Eberhart Richter, Otto Kernberg oder Eva Jaeggi zogen die Aufmerksamkeit auf sich. In rund 600 Subsymposien wurde auch der letzte Winkel menschlicher Seelenerfahrung, von ekstatischer Trance, der Ironie in idiolektischer Gesprächsführung bis zur Jugendtherapie in einem katholischen Mädchenheim ausgeleuchtet. „Wer Entscheidungsprobleme hat“, meinte ein



Viktor Frankl (rechts) und sein ehemaliger Schüler, Psychologe Giselher Guttman

österreichischer Therapeut unentschieden zwischen den Türen zur „Dialektik anthropologischer Grundpolaritäten“ und „Heilung jenseits des Bewußtseins“, „der wird vielleicht eine Therapie brauchen, nachher.“

„Es gibt eine beunruhigende Unordnung“, äußerte der deutsche Analytiker Jürgen Hardt sein Unbehagen in der – sogenannten – postmodernen Kultur. „Standards und Maßstäbe von Wahrheit und Werten sind vielfältig und fraglich.“ Niemand hat mehr Autorität, das letzte Wort zu sprechen.

Deutlich werde das auf dem kulturellen Feld der Psychotherapie. „Da gibt es Kulturpflanzen mit Zuchttradition und eine Fülle von Kraut oder Unkraut“, meinte der Therapeut, „das oft wenig Nährwert und schon gar keine Heilkraft hat, aber bunte Blüten treibt.“ Und eigentlich, setzte später sein Kollege Harald Leupold-Löwenthal fort, sei die Postmoderne langweilig geworden, seit „es jeder tut, und viele ohne es zu wissen. Manche unter uns Psychoanalytikern“, so die Selbstkritik, „sozusagen in finsterner Unschuld, da sie die postmoderne Haltung nicht reflektiert, sondern quasi osmotisch aufgenommen haben.“ Der „Text“, die Erzählung des Patienten stünden zunehmend im Vordergrund, obwohl der Mensch auch an seinem Handeln leiden könne.

Die Psychotherapie, meinte die Analytikerin Eva Jaeggi – allerdings bei einer ganz anderen Gelegenheit,

aber zum selben Thema –, könne sozusagen das Fleisch auf die Knochen der Postmoderne-Diskussion tun. Heute litten die Menschen an der Schwierigkeit, ihre Identität festzuhalten, am Schrecken, nirgends dazuzugehören. Der Mensch erschiene sich selber als eine Art Zitatensammlung, mit einer zusammengebastelten, einer Patchwork-Identität.

Der Wiener Paul Feyerabend („anything goes“) fehlte nicht in der Diskussion um die Postmoderne. Harald Leupold-Löwenthal zitiert seinen Hausmeister „Wenn alles geht, Herr Doktor, geht gar nichts“. Es ginge darum, daß der Mensch seine Fähigkeiten

weiterentwickle. „Es stellt sich die Frage“, meinte der Friedensforscher Johan Galtung, „ob das möglich ist für alle Menschen. Was im Westen als geisteskrank gilt, ist anderswo normal.“

Für den in Südafrika geborenen Professor für klinische Psychologie an der freien Universität in Amsterdam, Len Holdstock, stellt sich die Frage nach Differenz ganz anders. In Afrika muß man Dinge in Beziehung setzen. Wenn die Beziehung zu den Ahnen gestört ist, dann wird man krank. „Dann muß ich etwas tun, ein Tier opfern, Leute zusammenbringen, um das Problem vorzutragen.“ Afrikanische Heilkunde, praktiziert von Schamanen oder auch religiösen Heilern, sei ganzheitlicher. Tanz, Massage, das „Aus-Agieren“ von Träumen spielen dabei eine Rolle.

Für den humanistischen Vertreter der Carl Roger Schule, den Chikagoer Professor Gentlin beginnt Therapie: „Wenn der Patient an die Mauer des Schweigens in sich stößt.“ Klientenzentriertes Zuhören bedeute, „wenn man jemandem etwas zurücksagt, was er gesagt hat. Das hilft ihm zu verweilen, am Ort, von wo er gesprochen hat“.

Als Spiegel „unserer Hoffnung“ bezeichnete Präsident Alfred Pritz ein unmittelbares und konkretes Ergebnis des ersten Weltkongresses: ein Versöhnungsprojekt zwischen kroatischen und serbischen Therapeuten. Kollegen aus Bosnien, Slowenien und Mazedonien sollen dazukommen.



Therapeuten Irena Bezic (Zagreb), Zorca Lopovic Perisic (Belgrad) und Alfred Pritz

„Die Presse“, 5. 7. 1996

„Wie normal sind wir wirklich?“ Freud-Enkelin Sophie als Stargast

Beim Therapie-Kongreß stehen gesellschaftliche, individuelle Ressourcen und Werte, aber auch die Effizienz von Psycho-Schulen auf dem Prüfstand. – Von Sibylle Fritsch

Wien. Horst-Eberhard Richter war der letzte Referent eines Psycho-Marathons im Wiener Austria Center. Zur Rettung der umweltverschmutzten Erde forderte Richter zum Umfühlen auf, zur „Rehabilitierung des Herzens und einer neuen Offenheit der Sinne“. Jungianerin Verena Kast hatte schon zu Beginn des dritten Kongreßtages einen therapeutischen Vorschlag parat: „Wann haben Sie sich zum letzten Mal gefreut?“ fragte die Vertreterin der „romantischen Schule“ aus der Schweiz.

Sie setzt in ihrer Therapie auf individuelle Ressourcen sowie schöpferische Kräfte und empfiehlt die Rekonstruktion einer „Freudenbiographie“. Freude stärkte Selbstgefühl, Immunabwehr, Vertrauen, Bindungsfähigkeit und das Interesse an der Welt. Je selbstsicherer sich jemand fühle, desto eher könne er Schmerz oder Wut zulassen.

Freude herrschte auch über die Teilnahme von drei Freud-Verwand-

ten am Weltkongreß für Psychotherapie, der gestern, Donnerstag, endete. In Erwartung von Sophie, Freuds in die USA emigrierte Enkelin, war die große Halle E gerammelt voll. Anhaltender Applaus galt einer Heimkehrerin nach Wien und ihrem lebendigen Vortrag.

Hatte der deutsche Hirnforscher Niels Birbaumer am Vortrag mit aggressiver Stimme den Psychotherapieschulen ein Sekten-Verhalten an den Kopf geworfen, so analysierte die pensionierte Universitätsprofessorin für „Social Work“ in aller Freundlichkeit das fragwürdige Fundament psychotherapeutischer Arbeit auf der Werte-Ebene und die sich rasch wandelnden Standards der Normalität.

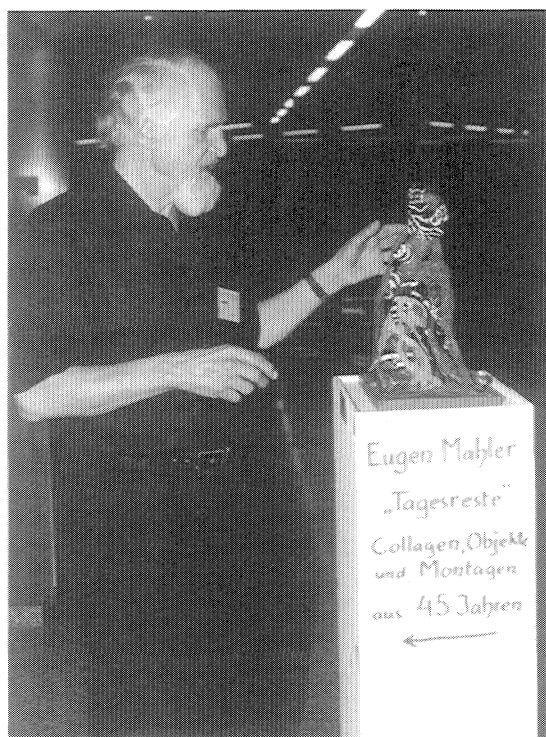
Das bezahlte Vertrauen

Heute mache sich ein Vater Sorgen, wenn seine 19jährige Tochter noch keinen Sexualverkehr habe, vor 50 Jahren wurde eine College-Kollegin Sophies von der Schule verwiesen,

weil sie mit ihrem Verlobten in ein Hotelzimmer gegangen war.

„Wer ist überhaupt normal und was tut die Gesellschaft, wenn sich jemand von der Normalität unterscheidet?“ fragte die Freud-Enkelin. Ist es normal, daß die Psychotherapie eine Institution geworden ist, die leidenden Menschen helfen soll? Ist es normal, daß Vertrauen statt Freunden und Familie einem zu bezahlenden Experten gegeben wird? Normal bedeute heute nicht nur den statistischen Durchschnitt, sondern sei auch ein medial vorgegebenes Ideal an physischer und psychischer Gesundheit. Die Diskrepanz zur Realität einer Gesellschaft voller Alkoholismus, Süchten, Depressionen und Mißbrauch sei groß, meinte Sophie Freud.

Auch in den Psychotherapiebüchern finde sich eine ideale Normalität, die Leute wollten dorthin therapiert werden. Als „normal“ definiere man schließlich das alltägliche Verhalten im Vergleich zu Nachbarn, Freunden und Autoritäten. Wie in Zeiten des Holocaust könne das auch „Brutalität und Grausamkeit einschließen“. Die Psychotherapie habe die politische Funktion, ethische Standards aufrechtzuerhalten oder zu verteidigen. Nicht auf Normalitätsstandards sollte sie sich verlassen, sondern auf Werte wie Vertrauen, Respekt und Mitgefühl.



Prof. Eugen Mahler aus Kassel



Jian Jun Li, Psychotherapeut aus China

„Die Presse“, 3. 7. 1996

Kommentar: Leopold Rosenmayr

Der Psychotherapiekongreß in Wien, der die aufgefächerte Streubreite helfender und stützender Schulen psychiatrischer Interventionen zu Wort kommen läßt, führt uns den Pluralismus auch in den heilenden Absichten der Seelenkunde dramatisch vor Augen. Anlässlich dieses Szenarios stellen sich Fragen, was an der Psychoanalyse, aus der die Mehrzahl der heutigen Therapieschulen abstammt, als unverlierbar gelten soll und was aus ihr unserer Gesellschaft und Kultur neue Impulse zu geben vermag.

Denn Psychoanalyse hat Sigmund Freud von Anbeginn an nicht nur als Therapie verstanden, sondern auch als Kulturdeutung und als analytische Methode zur Aufdeckung der Mechanismen sozialer Selbstzerstörung – wie Gewalt und Krieg.

„Die Psychoanalyse schreibt dem Menschen weniger Freiheit zu, als er bisher zu haben glaubte, macht aber mehr Freiheit möglich, als es der Fall war“ (Hans Strotzka). Zu dieser Befreiung, an der die Psychoanalyse arbeitet, führt der Weg aber nur über die angsterregende Wahrheit über uns selbst, über Einsichten in die Facetten der Truggestalt, die wir vor uns hegen – und dadurch in ihr gefangen bleiben.

Zur gesellschaftlichen Wirksamkeit kann die Psychoanalyse durch Einsicht in Ängste und ungelöste Konflikte

gelangen, und durch die Aufhebung der Leugnung dieser Konflikte. Viele lehrende, soziale und pflegende Berufe bedürfen des Umgangs mit besonders belastenden Ängsten und der Bewältigung von Konfliktscheu, damit die Menschen dieser Berufe nicht selbst zu Faktoren der Schädigung werden.

Dort, wo die Psychoanalyse mit neuen Wissenschaften, so der Lebenslauf- und Altersforschung zusammenstößt, ergeben sich neue Probleme. So ließ uns die Lebenslauf-forschung mehr Spannkraft, emotionale Anpassung an neue Lebensumstände

und psychische Ressourcen im späten Leben erkennen, als bisher angenommen.

Die individuelle und soziale Kritik von Einstellungen, Verhaltensweisen und Organisationsformen, die sich aus der Psychoanalyse und den von ihr inspirierten Schulen ableiten läßt, muß ihrerseits mit gesteigerter Selbstkontrolle reagieren. Sie muß den Blick auf die empirischen und experimentellen Wissenschaften öffnen und die selbstgefällige Erstarrung in der eigenen Dogmatik verneinen.

So kann, ein Jahrhundert nach den ersten aufdeckenden Arbeiten Freuds, die Psychoanalyse, gefiltert durch Reformen von innen und gelockert durch Kontakte nach außen, Hilfen zur Lebenskorrektur bieten.

„täglich Alles“, 2. 7. 1996

Die Lieblingswitze der Psychotherapeuten

Humor ist – wenn man trotzdem lacht. Worüber sich ernsthafte Wissenschaftler amüsieren können.

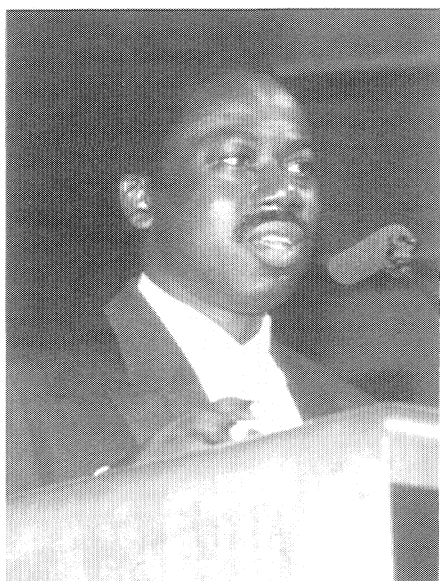
Der Humor als Medizin. In der Psychotherapie eine Selbstverständlichkeit. „täglich Alles“ fragte auf dem ersten Weltkongreß für Psychotherapie im Austria Center nach den Lieblingswitzen der „Seelenklempner“. Besser, Sie urteilen selber...

Bernd Ulrich aus Freiburg (D): „Fragt ein amerikanischer Tourist in München zwei Einwohner auf englisch, französisch, spanisch und

deutsch nach dem Hofbräuhaus. Sie reagieren nicht. Der Urlauber geht. Einer der Münchner: ‚Toll, was der alles für Sprachen können hat.‘ Der andere: ‚Und, hat’s was gebracht?‘“

Annelie Weiss aus Müllheim (D): „Kommt ein Mann in ein Hutgeschäft und probiert mehrere Hüte. Keiner paßt. Die Verkäuferin: ‚Ich hätt’ noch eine Zipfelmütze.‘ Der Mann: ‚Nein, ich brauch’ was für den Kopf.‘“

Anton Riedl aus Oberösterreich: „Ich hab’ eine Lösung, wer hat ein Problem?“



S. N. Madu aus Nigeria



M. L. Möller aus Frankfurt



J. H. G. Figueiredo

„täglich Alles“, 3. 7. 1996

Psychologen: So wird aus Streß wieder Liebe

Viele Ehen scheitern am Druck des Alltags – Was können wir dagegen tun?

Der Chef nervt, das Auto streikt, die Bank will ihr Geld zurück. Streß total! Für die Beziehung ist der nervenraubende Alltag Mord. Der Partner bekommt sämtliche Aggressionen ab. Ob er will oder nicht. Viele Ehen scheitern am Streß. Streß-Expertin Christine Siedler von der Uni Freiburg (Schweiz) hat auf dem ersten Kongreß für Psychotherapie im Austria Center Tips gegeben, wie man mit Streß in einer Beziehung umgehen sollte:

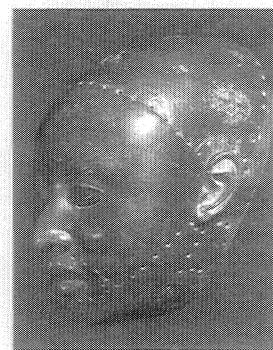
• Sprechen Sie aus, was Sie streßt. Fressen Sie den Frust nicht in sich hinein. Christine Siedler: „Wenn Sie nach Hause kommen, sagen Sie ganz

laut: Das war ein Scheißtag! Das ist die Alarnglocke für den Partner. Dersollte dann auf Sie eingehen.“

• Auch wenn der Partner streßt („Hast du den Mist schon ausgeleert?“, „Räum den Geschirrspüler aus!“, „Hol die Kinder ab!“) gilt: Offen darüber sprechen. Erklären Sie, warum Sie das nervt, und schmolten Sie nicht nur. Damit wird der Großteil des Stresses abgebaut.

Und, Frau Siedler, wie gehen Sie mit Streß um? „Ich reagiere mich mit Treppenlaufen ab. Außerdem nehme ich viele Dinge als gegeben hin und mach' sie der Reihe nach. Ich lasse nicht soviel Streß aufkommen.“

PSYCHOTHERAPY IN AFRICA First Investigations



Edited by
Sylvester Nkomohkai Maitu
Peter Kikubeki Buzumbe
Ahmed Pritz

World Council for Psychotherapy

Nähere Informationen zum Ankauf des Buches:

ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/3/7, A-1010 Wien, Tel. 512 70 90



Der Kongreß in Gold und Silber

Medaillen geben seit Jahrhunderten Zeugnis von besonderen Anlässen. Deshalb wurde auch speziell für den „1st Congress of the World Council for Psychotherapy – WCP“ eine besondere Medaille gestaltet, deren Prägung auf der einen Seite Sigmund Freud zeigt, auf der anderen Seite ist das Logo des Weltverbandes für Psychotherapie mit Inschrift zu sehen. Sie wird in Gold und Silber angeboten.

Silbermedaille:

Feinheit: 999,9/1000, Durchmesser: 40 mm, Feingewicht: 30 g

Goldmedaille:

Feinheit: 999,9/1000, Durchmesser: 28 mm, Feingewicht: 15,55 g

Ich bestelle

- 1 Silbermedaille zum einmaligen Preis von ATS (österreichische Schillinge) 480,-
- 1 Goldmedaille zum einmaligen Preis von ATS (österreichische Schillinge) 4.800,-

Name:

Adresse:

Datum: Unterschrift:

Ihre Bestellung richten Sie bitte an: WCP – World Council for Psychotherapy, Head Office Dr. Alfred Pritz
Rosenbursenstraße 8/3/7, A-1010 Wien/Vienna, Tel./Fax.: 0043/1/513 17 29

A. Legler-Guc

Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Psychotherapie und Justiz

Um den Anforderungen der Psychotherapie zu entsprechen, müssen wir nach Überprüfung der derzeitigen Rechtslage neue Gesetze bzw. Regularien in Betracht ziehen, um einen genaueren Status der Psychotherapie bei der Justiz zu schaffen und zu verankern.

Der Anlaß für unsere erste Zusammenkunft am 27. 9. 1995 war die Tatsache, daß das Psychotherapiegesetz im Strafvollzug nicht berücksichtigt wird. Es wurden sämtliche ärztliche Anstaltsleiter von Sonderstrafvollzugsanstalten sowie intra- und extramurale Psychotherapeuten eingeladen. Mit den erschienenen 30 Personen wurde die bestehende Situation der Psychotherapie in der Justiz besprochen. Die wesentlichen Punkte waren wie folgt:

1. Die Psychotherapie wird im Bereich der Justiz nicht durch Psychotherapeuten wahrgenommen, sondern durch Vertreter anderer Berufe, wie Ärzte, Psychologen und Diplomsozialarbeiter mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung.

2. Wer entscheidet, welcher Patient Psychotherapie erhält und welche? Was gilt als Erfolg bzw. Mißerfolg?

3. Was kann Psychotherapie in Vollzugsanstalten wirklich leisten, freie Therapie resp. Therapie mit Weisung? Wie ist die Lage bei Fällen ohne Weisung, wo aber freiwillige Therapiebereitschaft vorliegt?

4. Kollision der therapeutischen Ziele mit institutionellen Interessen.

5. Opfertherapie als Ergänzung zur Tätertherapie.

Es wurde überlegt, wie dieser Themenkreis in sinnvoller Weise angegangen werden sollte. Herr Dr. Pritz regte die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft mit einzelnen Gruppen an.

Die zweite Sitzung fand am 15. 11. 1995 statt. Die Gebiete Strafvollzug, Strafgesetz, Jugendschutzgesetz, Jugendwohlfahrt, Opferfürsorge etc. wurden aufgeteilt. Die entsprechenden Gesetze sollen durchgearbeitet, neue Vorschläge formuliert und zusätzliche Erklärungen beigefügt werden.

Die dritte Sitzung mit den ausgearbeiteten Vorschlägen war im Jänner 1996.

Am 20. 2. 1996 wurde ein Gespräch mit Herrn Dr. Kierein vom BM f. Gesundheit geführt. Herr Dr. Kierein verwies auf die Tätigkeit der Ärzte in Krankenanstalten. Obwohl für diese Berufsgruppe sowohl das Ärzte- als auch das Krankenanstaltengesetz gilt, sei dennoch eine befriedigende Tätigkeit möglich. Für Psychotherapeuten im Strafvollzug könnte es ähnlich funktionieren.

Am 27. 3. 1996 fand dann im Justizministerium eine Sitzung mit Herrn Sektionschef Dr. Miklau, einem Mitarbeiter von Herrn Ministerialrat Dr. Neider, statt. Laut Dr. Miklau strebe das Justizministerium bereits aktiv eine Regelung des Bereiches Psychotherapie im Strafvollzug an.

Weitere Beobachtungen unserer Arbeitsgruppe führen zur folgenden Feststellung: Zur Zeit sind nur einzelne Psychotherapeuten im Strafvollzug tätig und zwar auf Grund ihres Ursprungsberufes. Diese bieten Psychotherapie quasi nebenbei umsonst an. Eine Stellenbeschreibung für Anstaltspsychotherapeuten müßte laut Dr. Neider durch das Bundeskanzleramt erfolgen. Durch das Psychologen-

und Psychotherapeutengesetz ist lediglich der Titel, aber nicht die Tätigkeit an sich geschützt. Diese Tätigkeit könnte rechtlich gesehen jeder durchführen, solange er sie nicht Psychotherapie nennt.

Ebenso ungeklärt ist die Frage der Verschwiegenheit. Die Verschwiegenheitspflicht dürfte auch im Anstaltsbereich nicht aufgelockert werden, was bei weisungsgebundenen Anstaltspsychotherapeuten praktisch nicht haltbar wäre.

Gerade diese zwei Punkte, die Art der Tätigkeit und die Frage der Verschwiegenheit, haben uns dazu bewegt, in der Sitzung vom 8. 5. 1996 einen diesbezüglichen Forderungskatalog zu erstellen. Dadurch sollte ein klares Berufsbild für Psychotherapie im Strafvollzug geschaffen und die damit verbundenen Ziele aufgezeigt werden.

Unsere Arbeit wird nach der Sommerpause im September 1996 fortgesetzt.

Abschließend möchte ich noch unsere Mitarbeiter, die sich Zeit für dieses Anliegen genommen haben, alphabetisch anführen: Herr Michael Blattny, Herr Hans Dlouhy, Frau Anna Legler-Guc, Herr Dr. Alfred Pritz (Initiator der Arbeitsgruppe), Frau Dr. Wehrl-Novotny (Vorsitzende der Arbeitsgruppe).

*Anna Legler-Guc
Hofjägerstraße 3/2, A-1140 Wien
Tel. 97 97 298, 54 55 335*

Forderungskatalog der Arbeitsgruppe Psychotherapie und Justiz

1. Aus sicherheitspolitischen Gründen (= hohe Rückfallsquote senken) ist eine Psychotherapie im Justizwesen vorzusehen (existiert bisher nur halblegal in Einzelfällen).

2. Dazu sind entsprechende Gesetzesregelungen vorzusehen, die die Wirksamkeit der Psychotherapie gewährleisten.

3. Psychotherapie ist insbesondere bei neurotischen Personen, bei Ersttätern und Jugendlichen vor und nach der Entlassung zu ermöglichen, da bei dieser Personengruppe die besten Erfolge zu erzielen sind.

4. Dem Justizwachpersonal/den Justizbeamten sind entsprechende

Supervisionsmöglichkeiten bei Psychotherapeuten zu ermöglichen, um ein Burn-out-Syndrom zu verhindern.

5. Ein Psychotherapiebeirat im Justizministerium ist einzurichten, der die qualitative Durchführung obiger Maßnahmen kontrolliert.

6. Psychotherapeutische Gutachter sind mit Diagnostik und Prognostik zu betrauen.

7. Psychotherapie ist als eigenständiger Fachbereich im Justizwesen einzurichten.

*Für die Arbeitsgruppe
Dr. Alfred Pritz
Präsident des ÖBVP*

B. Wehrl-Novotny

Die Vollzugsordnung für Justizanstalten

Die Vollzugsordnung für Justizanstalten (VZO) vom 22. Dezember 1995 legt die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in Justizanstalten fest.

Sie ist in 11 Bereiche gegliedert. Neben allgemeinen Bestimmungen werden in eigenen Abschnitten Aufgaben des Anstaltsleiters und des Leitungsbereiches beschrieben, der Vollzugsbereich, der Wirtschaftsbereich, der Exekutivbereich sind erläutert. Ebenso werden Aussagen über das Group Counselling getroffen, eine im Strafvollzug eigenständig entwickelte Form der erzieherischen Betreuung in Gruppen. Aber auch die Benutzung von Kraftfahrzeugen und die Teilnahme am Straßenverkehr sind angesprochen. Als 7. Abschnitt ist der Betreuungsbereich beschrieben; Anstaltsseelsorge, Sozialer Dienst, Pädagogischer Dienst, Ärztlicher Dienst, Psychologischer Dienst, Psychiatrischer Dienst, Pflegedienst sind erwähnt. Psychotherapie ist nicht explizit vermerkt.

Es geht in der Vollzugsordnung um „Grundsätzliche Organisation des Strafvollzuges“, aber auch um den Einsatz von Folgetonhorn und Blaulicht; um Zusammenarbeit in den Justizanstalten, aber auch um Uniform und Dienstwaffen; um besondere Verschwiegenheitspflichten für den Psychologischen Dienst und in der psychotherapeutischen Betreuung im Zusammenhang mit dem Psychologen- und dem Psychotherapiegesetz (Abschnitt 1.5.b), aber auch um Aus- und Fortbildung für Mitarbeiter und Insassen.

Anhand dieser bunt gemischt herausgegriffenen Beispiele soll illustriert werden, daß im Rahmen der Vollzugsordnung eine wirklich breite Darlegung der Strafvollzugsorganisation erfolgt.

Erstmals gibt es eine umfassende Beschreibung und Strukturierung des österreichischen Strafvollzuges, geht es ganz konkret um die Tätigkeiten der Bediensteten. Aus meiner Sicht ist damit ein großer Fortschritt in der Organisationsentwicklung des Strafvollzugssystems erfolgt.

Der Strafvollzug ist ein wichtiger Teil des Sicherheitssystems des Staates, die einzig wirklich geschlossene

Institution in Österreich zu Ende des 20. Jahrhunderts, im weltweiten Vergleich sicherlich sehr human.

Trotzdem geht es um die Zwangsanhaltung von Menschen, um die Organisation eines Zwangs- und Strafsystems. Ich finde es gut, wenn in einer Demokratie die diesbezüglichen Verhältnisse möglichst öffentlich sind. Dazu leistet die Vollzugsordnung einen wichtigen Beitrag. Es ist damit nun ein großes Stück mehr Klarheit und Durchschaubarkeit gegeben als bisher.

Die vom Bundesministerium für Justiz vorgegebenen Richtlinien stellen gleichzeitig eine Norm dar, drücken den derzeitigen Bewußtseinsstand und Standard im österreichischen Rechtssystem bezüglich Freiheitsstrafen aus. Mehr Norm ist in diesem Bereich aus meiner Sicht auch ein Beitrag zu mehr innerer Sicherheit.

Sicherlich werden auch weiterhin die unterschiedlichsten persönlichen und politischen Auffassungen und Einstellungen zur Strafe bestehen, sowohl unter den Strafvollzugsbedien-

steten als auch gesamtgesellschaftlich. Als Schlagworte seien „hartes Durchgreifen“ und „weiche Welle“ genannt. Durch die Vollzugsordnung ist aber nun eine Vorgabe da, wie das Geschehen im österreichischen Strafvollzug grundsätzlich ablaufen hat. Es gilt seit 1. April 1996. Und damit haben sich alle auseinanderzusetzen.

Ich bin der Überzeugung, daß eine möglichst klare Definition und Abgrenzung bei der Arbeit in Institutionen wie dem Strafvollzug ganz wichtig für die Bediensteten ist. Erstens, um gute Arbeit leisten zu können, und zweitens, um nicht auszubrennen.

Für die verschiedenen im Strafvollzug tätigen Berufsgruppen – auch Psychotherapeuten – gilt es nun, in Auseinandersetzung mit der Vollzugsordnung, dem Strafvollzugsgesetz und der Vollzugswirklichkeit einen entsprechenden Platz im Sicherheitssystem des Staates zu finden.

Die Auseinandersetzung um Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im Strafvollzug geht weiter.

*Dr. Brigitte Wehrl-Novotny
Psychologin bei der Wiener Jugendgerichtshilfe, Psychotherapeutin
Rüdengasse 7-9, A-1030 Wien
Tel. 711 511451*

E. Vlasich

Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Transsexualität und Psychotherapie

Seit 11. 9. 1995 gibt es die Arbeitsgruppe „Transsexualität“ – Psychotherapie“ im ÖBVP. Nachdem das Gesundheitsministerium um die Erstellung einer Liste jener Psychotherapeuten/innen, welche mit Transsexuellen arbeiten, ersucht hatte, wurde diese Arbeitsgruppe gebildet. Beim 1. Treffen begrüßte Herr Dr. Alfred Pritz alle Interessenten/innen. Er regte auch die Gründung einer Europäischen Arbeitsgruppe an, welche ihr 1. Treffen am 13. 4. 1996 in Wien, in den Räumen des ÖBVP, hatte.

Die Ziele der österreichischen Arbeitsgruppe sind:

a) Plattform für interdisziplinäre Zusammenarbeit zu sein (was bisher recht gut gelungen ist);

- b) Erarbeitung von Richtlinien für die Psychotherapie mit Transsexuellen (daran wird derzeit vorrangig gearbeitet);
- c) Entwicklung einer Beratungsstelle für Prä- und postoperative Therapie von Transsexuellen;
- d) Öffentlichkeitsarbeit;
- e) Aufbau von Kontakten zu Gesundheitsministerium/öffentliche Körperschaften/Selbsthilfegruppe der Transsexuellen/Hauptverband der Sozialversicherungsträger.

Am 2. 10. 1995 fand ein Treffen im Gesundheitsministerium mit Vertretern/innen des Obersten Sanitätsrates, der Ärztekammer, des ÖBVP (Dr. Jupiter, DSA Vlasich), des BÖP, der Universitätsklinik – Psychiatrie/

gyn. Endokrinologie, der Rudolfstiftung und der Gerichtsmedizin statt. Es wurde ein Procedere für den Behandlungsprozeß von Transsexuellen erarbeitet.

Die Arbeitsgruppe traf sich seither regelmäßig einmal im Monat (Montag abend), was auch in Zukunft so sein soll. In der Arbeitsgruppe selbst (wie auch außerhalb) gab und gibt es Kontakte zu behandelnden Ärzten zum Zwecke des Gedanken- und Meinungsaustausches.

Im Laufe des Arbeitsjahres kamen zwei große Anliegen zur Sprache:

1. die Wichtigkeit der Zusammenarbeit aller Professionen, welche mit der Thematik befaßt sind. Bestärkt wurden wir – Mag. Bangerl, Dr. Jupiter und DSA Vlasich – in diesem unseren Anliegen beim Besuch an der Free University Ziekenhuis in Amsterdam.
2. die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Betreuung während des stationären Krankenhausaufenthaltes der Betroffenen.

In der Praxis erweist sich die therapeutische Versorgung vor der Operation als durchaus gegeben, nicht jedoch während des Spitalsaufenthaltes und oft auch nicht danach. Den Kliniken mangelt es oft an ausrei-

chend Personal, und diesem fehlt oft die nötige Ausbildung hinsichtlich dieser Problematik.

Zur Thematik der Transsexualität wurden im Rahmen des Weltkongresses von Fr. Krampl und Fr. DSA Vlasich Referate gehalten.

Pläne und Wünsche für die Zukunft: Für den Herbst ist die Herausgabe einer Informationsbroschüre für Ärzte, wie auch Betroffene geplant. Wir suchen nach Räumlichkeiten für eine Beratungsstelle, an der Betroffene fachlich gut fundierte Information erhalten sollen. Es erschiene uns notwendig, eine Regelung ähnlich wie in Deutschland zu erwirken: der sogenannten „kleinen Lösung“, d.h. Namensänderung auch ohne Operation. Diese Möglichkeit würde einigen Betroffenen den Weg zur Operation ersparen.

Die großen Vorhaben der Arbeitsgruppe in die Realität umzusetzen, ist in Zeiten des Sparpakets sicherlich ein schwieriges Anliegen, doch besitzen wir ausreichend Optimismus für die Erreichung unserer Ziele.

*Koordinatorin: DSA Elisabeth Vlasich
Einzel-, Paar-, Familientherapie,
Supervision, Coaching
Gymnasiumstraße 57, A-1180 Wien
Tel. + Fax 478 67 75*

login Dr. Peggy Cohen-Kettenis innehat.

Auch in den Kliniken Groningen und Arnheim wurden Gender-Teams aufgebaut, sodaß die Versorgung flächendeckend ist.

An der Universitätsklinik Amsterdam wurden bisher etwa 1.500 Transsexuelle behandelt. Das Gender-Team besteht hier aus drei Psychologen, drei Psychiatern, einem plastischen Chirurgen, zwei Endokrinologen, einem Phoniater, einem Gynäkologen, einem Urologen, zwei Krankenpflegern und einem Koordinator.

Das Selbstbestimmungsalter für medizinische Angelegenheiten ist in den Niederlanden 16 Jahre. Wenn es keine Zustimmung der Eltern gibt, akzeptiert das Gender-Team Patienten ab 18 Jahre für eine Geschlechtsumwandlung.

Die Vertreter der Arbeitsgruppe „Transsexualität-Psychotherapie“ Bangerl, Jupiter und Vlasich hatten im Mai 1996 die Gelegenheit, die Universitätsklinik Amsterdam zu besuchen und führten dort Gespräche mit dem Leiter Prof. Gooren, den Psychologen und Psychotherapeuten, dem Andrologen und dem Koordinator. Außerdem hatte das österreichische Team die Gelegenheit, mit zwei im Programm stehenden Patienten und mit einem ehemaligen Mann-zu-Frau-Transsexuellen, der einen Rückantrag gestellt hatte, zu diskutieren.

Derzeit werden in den Niederlanden ca. 90% der Transsexuellen nach folgendem Plan behandelt:

Das wichtigste Kriterium und die erste Diagnose ist die Selbstdiagnose.

Die weitere Vorgangsweise richtet sich nach den „Harry Benjamin Standards of Care“. Es werden eine Reihe klinischer Interviews und psychometrische Verfahren durchgeführt. Wenn der Patient es will, wird auch mit Familienmitgliedern und/oder Freunden Kontakt aufgenommen. Ein exaktes Kriterium für die Diagnose der Transsexualität gibt es nicht! Als Ausschließungsgrund für die Behandlung gilt ein Schlaganfall, Herz-Kreislaufkrankungen sind aber nicht unbedingt ein Grund für die Ablehnung der Behandlung. Manchmal wird der Real-life-Test schon vor der Hormontherapie begonnen und dient so auch als diagnostisches Instrument. Die Psychotherapie, die immer außerhalb der Klinik erfolgt, wird

E. Jupiter, E. Vlasich und H.-P. Bangerl

Der Lehrstuhl für Transsexologie an der Freien Universität Amsterdam

Bericht der Vertreter/innen des Arbeitskreises Transsexualität – Psychotherapie im ÖBVP

Die Diskussion über Transsexualität begann in den Niederlanden schon 1959. Ab 1970 wurden dann vermehrt Hormontherapien und geschlechtsanpassende Operationen durchgeführt. In dieser Zeit bildeten sich auch die ersten Selbsthilfegruppen, die bis zum heutigen Tag aktiv sind. 1972 schon wurde die niederländische Stiftung für Gender-Fragen gegründet.

1977 wurde Transsexualität als authentisches klinisches Syndrom dargestellt, und die Ethikkommission des ursprünglich streng protestantischen Universitätskrankenhauses

kam zum Schluß, daß Transsexualität ein untragbares Leiden für die Betroffenen darstellt und daher eine umfassende medizinische und psychologische Versorgung stattfinden muß.

An der Freien Universität Amsterdam wurde 1988 der erste Lehrstuhl der Welt für Transsexologie geschaffen, dessen Leiter Prof. Dr. Luis Gooren ist. Die niederländische Stiftung für Gender-Fragen schuf an der Universität Utrecht einen Lehrstuhl für die Entwicklung der Gender-Identität, deren Vorsitz seit 1993 die Psycho-

nicht mit dem Ziel der Rückführung ins Ursprungsgeschlecht gemacht, sondern dient immer als Begleitung und Stabilisierung der Persönlichkeit. Frau-zu-Mann-Transsexuelle haben ein Jahr Real-life-Test zu bestehen, während Mann-zu-Frau-Transsexuelle eineinhalb Jahre absolvieren müssen. Allerdings ist immer eine individuelle Abstimmung möglich, da dieser Zeitraum für viele Patienten zu kurz bemessen ist.

Während des Real-life-Tests sind zwei Konsultationen beim Psychiater oder Psychotherapeuten obligatorisch, sonst wird die Behandlung abgebrochen. Ein Abbruch erfolgt ebenfalls, wenn der Real-life-Test nicht erfolgreich absolviert wird. Bei dem einen Prozent der bereits operierten Transsexuellen, die in ihr Ursprungsgeschlecht zurück wollen, besteht diese Möglichkeit erst nach einem neuerlichen einjährigen Real-life-Test. Erst nach diesem wird wieder mit einer Hormonbehandlung begonnen.

Da Transsexualismus ein so schwieriges, komplexes Problem darstellt, ist man an der Freien Universität Amsterdam davon abgegangen, einzelne Expertisen zu erstellen, sondern entscheidet jeden Behandlungsschritt im Team. Neben dem Psychologenteam gibt es ein zwölfköpfiges Großteam, welches sich mindestens 14tägig trifft und an dessen Treffen auch der Koordinator teilnimmt. Dieser ist auch einmal wöchentlich für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig, wobei er u.a. in Schulen, bei der Polizei etc. Aufklä-

rungsarbeit über die Probleme der Transsexuellen leistet.

Ohne psychologische Begleitung erfolgt keine Hormonbehandlung. Je früher mit der Hormonbehandlung begonnen werden kann, umso größer sind die Erfolge und umso geringer die Suizidalität. Bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen sollte mit 18 Jahren mit Antiandrogenen, jedoch nicht mit Östrogenen begonnen werden. Dies hilft, den Bartwuchs, unter dem Transsexuelle, die erst spät mit der Behandlung beginnen, so sehr leiden, zu stoppen.

An der Freien Universitätsklinik werden ca. 85% der Patienten während ihres ganzen Lebens immer wieder zu medizinischen und psychologischen Kontrollen geladen. Eine Untersuchung, die derzeit an der Universität Amsterdam durchgeführt wird, zeigt auf, daß sich die sexuelle Identität der Transsexuellen nicht von der der Normalpopulation unterscheidet. Auch psychologische Persönlichkeitstests weisen keine Abweichungen vom Mittelwert auf.

Interessant ist, daß in den USA nur 6,5%, in den Niederlanden aber 65% der Patienten die Behandlung auch wirklich beginnen, was ein weiterer Beweis dafür ist, wie effizient eine auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Teamarbeit ist.

*DSA Elisabeth Vlasich
Mag. Hans-Peter Bangerl
Dr. Elisabeth Jupiter
Wipplingerstraße 24–26/21a
1010 Wien, Tel. 535 57 08*

liche Lücke hinterlassen. Er war so etwas wie ein unbestechlicher Mahner, der selbst Politikern aller Fraktionen ins Gewissen reden konnte und zugleich mit vollem Einsatz das Anliegen Ausgegrenzter, Mißachteter, Behinderter, Angehöriger von Randgruppen und Menschen in seelischer Not zu vertreten wußte. Ringels Weltgeltung aber rührt von seinem Bemühen um Selbstmordverhütung her.

Als ehemaliger Schüler dieses beeindruckenden Mannes, der selten jemandem nach dem Mund redete, oft sogar die Konfrontation suchte, geht mir die Frage durch den Sinn – gerade nach seinem Tod: wie viele Menschen leben heute noch, weil sie durch ihn an einem solchen „Ausweg“ gehindert wurden, vor allem einen neuen Lebensmut gewinnen konnten. Als Adlerianer, ehemaliger langjähriger Präsident der individualpsychologischen Vereinigung in Österreich, war Ringel sich stets darüber klar, daß nicht nur Kinder und Jugendliche, auch Erwachsene, ebenso alte Menschen, aber ganz besonders Entwurzelte und am Leben Verzweifelnde einer echten Ermutigung bedürfen.

Ein „Freitod“, so Ringel, ist der Selbstmord keineswegs, vielmehr der letzte Akt in einem Lebensdrama, Ausdruck absolut gewordenen Entmutigtseins, Folge totaler Lebensohnmacht – gleichviel, ob dafür nach Meinung stumpfsinniger, unsensibler, hartherziger Durchschnittsbürger ein „Grund“ besteht oder nicht. Eine Anklage der Unmenschlichkeit ist mit dem suizidalen Akt allerdings auch immer verbunden. Und die unbeirrt Hartherzigen beweisen, daß der Vorwurf sie zu Recht trifft, ohne daß sie das je zugeben würden.

Wie sieht die Reaktion auf ein solches „peinliches Vorkommnis“ im allgemeinen aus? Es wird totgeschwiegen bzw. verschleiert, man heuchelt Bedauern und versichert, ganz und gar ahnungslos gewesen zu sein. Tatsächlich fällt bei einem, der willens ist, Selbstmord zu begehen, nichts so sehr auf wie seine Unauffälligkeit. Manchmal gibt die infernalische Bosheit sich völlig ungeschminkt. Dann heißt es: „Um den ist nicht schade“, oder: „Wer gehen will, den soll man nicht aufhalten“.

Ringels besonderes Verdienst auf diesem Gebiet bestand darin, daß er

G. Brandl

Wie läßt sich ein Selbstmord verhüten?

Gedanken zum Vermächtnis Erwin Ringels

Wer sich der Mühe unterzieht, mit einem Menschen ins Gespräch zu kommen, der kurz zuvor seinem Leben selber ein Ende setzen wollte, der erfährt wesentlich mehr über dieses Phänomen, den Selbstmord, als einer, der nur von diesbezüglichen statistischen Aussagen Kenntnis genommen hat. Er erfährt vielleicht, daß sich der Betreffende „eigentlich gar nicht mehr erinnern“ kann, „wie es dabei

zugegangen ist“. Das bedeutet aber, die akute Gefährdung währt nur relativ kurze Zeit, was dem potentiellen Helfer eine ernste Verpflichtung auferlegt. Die „erste Hilfe“ ist auch hier jedenfalls nicht ausschließlich eine Sache der dafür Ausgebildeten.

Erwin Ringel, Psychiater, Universitätsprofessor, Buchautor und vor allem wortgewaltiger Redner, hat durch seinen Tod (am 28. 7. 1994) eine schmerz-

überzeugend deutlich machen konnte: es gibt eine neurotische Entwicklung zum Selbstmord hin (also nicht nur die akute Gefährdung durch eine depressive Psychose, die Melancholie, welche unbedingt das Eingreifen des Facharztes erfordert), ferner: unter Umständen kann ein jeder dazu aufgerufen sein, Krisenhilfe zu leisten – indem er sich bereit hält, Nähe spüren läßt, der Lebensverneinung widerspricht. Sensibilität ist dazu vonnöten. Als Anregung für den Notfall, aber auch zugunsten einer Prophylaxe sind im folgenden Hinweise gedacht, welche auf die drei Elemente des „Präsuizidalen Syndroms“ (nach Ringel) Bezug nehmen. Ihre Bezeichnung lautet:

- Einengung,
- gehemmte, gegen die eigene Person gerichtete Aggression,
- Selbstmordphantasie.

Man solle „völlig emotionslos“ an eine Sache herangehen, ist gelegentlich zu vernehmen. Allzu leicht wertet man den Mitmenschen dann auch nur als ein Objekt, über das nach Belieben verfügt werden kann. Subjektiv, das ist heute fast schon ein Schimpfwort, als handle es sich dabei um Sinnestäuschungen, bloße Einbildung oder gar Willkür. Daraus wird ersichtlich, welchen Stellenwert man eigentlich auch dem Gefühl beimißt. Seinem Wesen nach ist dieses ein Lebenszeichen, außerdem dient es der Kontaktnahme. Vieles läßt sich begrifflich, rein rational, gar nicht erfassen. Vor allem eine gute mitmenschliche Beziehung ist ohne die emotionale Komponente, beiderseitige Einfühlung, ganz undenkbar.

Prof. Ringel sieht eine akute Selbstmordgefährdung gegeben, wenn alle drei Elemente bzw. Faktoren des Präsuizidalen Syndroms „zahnradartig ineinandergreifen“. So etwas wie ein unentrinnbares Gefälle zum Untergang hin würde dadurch entstehen, einer Schneelawine vergleichbar, die alles mit sich in die Tiefe reißt.

Als ersten Faktor nennt Ringel die Einengung. Ein Rückzug vom Leben, seinen Aufgaben und den diversen bisherigen Interessensgebieten ist damit verbunden. Der Horizont eines solchen Menschen schrumpft immer mehr zusammen, was einem anderen auffallen und zu denken geben müß-

te, vor allem, wenn es heißt: „Mich freut eigentlich gar nichts mehr.“ Es ist, als ob einem Baum allmählich nicht nur seine Äste, vor allem die Wurzeln abgeschnitten würden. Ein bedrohlicher Stillstand tritt ein, sozusagen die Ruhe vor dem Sturm.

Wir können auch sagen: die Gefühle als verbindende Kräfte werden immer schwächer; sie verflüchtigen sich. Dann heißt es wahrheitsgetreu, daß einen solchen Menschen „nichts mehr gehalten“ hat. Weil er in der Krise keine helfende Hand ergreifen konnte und niemand da war, der ihn festhielt, hat ein solcher Mensch den Halt verloren. Er vermochte sich selber nur noch als Objekt wahrzunehmen.

Auch ein prophylaktischer Gesichtspunkt ist hier anzuführen: Wenn einer seine Gefühle nie zeigen durfte, weil man diese als Ausdruck von Schwäche oder Launenhaftigkeit ansah, sich stets beherrschen oder gar nicht vorhandene Gefühle vortäuschen mußte, so gerät er (auch ohne Vorhandensein einer suizidalen Gefährdung) leicht in eine quälende, Angst und/oder Depression erzeugende Einengung. Man ist versucht, von einer seelischen Durchblutungsstörung zu sprechen, weil hier tatsächlich die integrativen Kräfte, auch die Verbindung zwischen Körper und Geist, nachlassen.

Eine Gefühlsunterdrückung hat außerdem zur Folge, daß dann hauptsächlich der Körper, der einem fremd geworden ist, vielleicht sogar verachtenswert erscheint, zum Austragungsort von Konflikten wird. Wir haben dann mit der Entstehung psychosomatischer Krankheiten zu rechnen, auf deren Signalcharakter und Symbolik auch Ärzte oft viel zu wenig achten. Einer Untersuchung von E. Ringel und U. Kropiunig zufolge dauert es im allgemeinen sieben Jahre bis ein „Psychosomatiker“ psychotherapeutische Hilfe bekommt und nicht mehr nur mit Tabletten unzulänglich versorgt wird. Die Unfähigkeit, Lust zu verspüren, kann in Verbindung mit einer unbewußten Körperverachtung den Griff nach dem Rauschgift oder die Entstehung sonstiger Süchte begünstigen.

Psychogenes Kranksein – ein halber Selbstmord, vielleicht ist diese Ausdrucksweise nicht ganz unzutreffend. Jemanden auf andere Gedanken brin-

gen, sich ihm warmherzig und geduldig zuwenden (ohne alle seine Äußerungen auf die Goldwaage zu legen), ihn dadurch schließlich aus seiner einengenden Ichfixierung herausholen, das wäre ein Akt echter Mitmenschlichkeit und vielleicht im Notfall doch nicht zu viel verlangt.

Wem man schon als Kind Freiheit, eine eigenständige Lebensgestaltung, streitig gemacht und ihn mit einem Zaun von Verboten umgeben hat, der tut sich auch im späteren Leben mit eigenem Wollen ausgesprochen schwer. Er übt Verzicht (obwohl er das gar nicht will ...) oder neigt zum Mißbrauch, zur Übertreibung. Der eine gehorcht blind, der andere übt prinzipiell Protest. Die Lebensenergie eines solchen Menschen droht in beiden Fällen zu verkümmern. Von schöpferischem Tun und Lassen fühlt er sich ausgeschlossen, weil Machthaber sich seiner immerfort in parasitärer Weise bemächtigt haben und er stets ein Befehlsempfänger war. Vielleicht spürt er sogar, daß etwas nicht stimmt, er weiß nur nicht was.

Der ständig unterdrückte und pervertierte Wille wird schließlich zu einer zerstörerischen Kraft. Wir müssen zur Veranschaulichung gar nicht das mechanistische Dampfkessel-Modell heranziehen. Es ist andererseits nötig, nach den eigentlichen Entstehungsbedingungen von Aggressivität und Destruktivität zu fragen, wenn wir die Annahme eines diesbezüglichen „Triebes“ nicht für zielführend halten. Nach E. Fromm bildet sich eine gefährliche Charakterdeformation, wenn ein Mensch „an das gebunden bleibt, wo er herkommt“. Wir können auch sagen: wenn er nie selbständig werden durfte, man ihm sein Subjektsein vorenthalten hat.

Das bedeutet, die Mutter wußte die Eigenständigkeit des Kindes zu verhindern, es kam ihr nicht in den Sinn, dieses zum Selber-wollen-Können freizugeben. Immer wußten andere es besser, was gut und richtig ist. Die Entstehung einer entsetzlichen, geradezu explosiven Wut kann eine solche „Behandlung“ zur Folge haben. A. Adler nennt die Mutter den „ersten Mitmenschen“. Aber er warnt sie gerade in dieser Eigenschaft, das Kind ganz für sich zu beanspruchen, es total zu vereinnahmen und ihm so den Zugang zur sozialen Umwelt zu versperren.

Eine Frau, die ihr Kind festhält, keine „Abnabelung“ zuläßt und dessen Anhänglichkeit fälschlich mit Liebe gleichsetzt, fühlt sich oft selber im Stich gelassen, verunsichert, um ihr Selbstwertgefühl betrogen. Jedenfalls sollte man in der Erziehung weder die Anhänglichkeit noch den Gehorsam überschätzen. Unter der Oberfläche braut sich nämlich zuweilen eine Katastrophe zusammen. Als willenloses Geschöpf ist der Mensch jedenfalls in seiner Existenz in höchstem Maß bedroht.

Das zweite Element des Präsuizidalen Syndroms bezeichnet E. Ringel als „gehemmte, gegen die eigene Person gerichtete Aggressivität“. Der Wille, der nicht konstruktiv werden durfte, neigt dazu, destruktiv zu werden. Wenn der Sozialbezug fehlt, es keine Gefühlsbindungen mehr gibt und einer sein Ich als Käfig anzusehen sich gezwungen sieht, bleibt nur noch die eigene Existenz als Gegenstand für sein Zerstörungswerk. Wir haben hier von einem fehlenden Lebenswillen zu sprechen, obwohl auch das Rache-motiv gegenüber einer oftmals rücksichtslosen und ahnungslosen Umwelt nicht von der Hand zu weisen ist.

Was hier über das Selbstmordthema hinaus von Bedeutung zu sein scheint und vor allem Eltern und Lehrern ans Herz gelegt werden muß: Jeder Zwang bedroht menschliches Leben und seelische Gesundheit, vor allem, wenn die Zuneigung fehlt, einzig das Gesetz Geltung hat, der Buchstabe, und man einer sterilen Ordnung mehr Gewicht beimißt als den Bedürfnissen und Wünschen eines Kindes. Selbst wenn kein suizidaler Akt stattfindet, verursacht Macht-haben-Wollen immer eine Lebensverunstaltung. Macht ist immer durch Freiheitsberaubung erkaufte, was stets gut zu überlegen ist. Hier dürften wir sogar ein schlechtes Gewissen haben, wenn wir vielleicht dazu neigen, immerfort anderen „in bester Absicht“ Vorschriften zu machen.

Nicht nur auf Grund seines Unbewußten (der katastrophalen Kindheit wegen, infolge einer frühen Neurotisierung), auch in seinem Bewußtsein entgleitet einem Menschen, der Hand an sich zu legen im Begriffe steht, das Leben. Denken, Wollen, Fühlen geraten in einen suizidalen Sog. Und so nennt E. Ringel als dritten Faktor des „Syndroms“ die Selbstmordphanta-

sie. Er spricht damit zuletzt das Denken an. Ohne eine Gefühlsbindung und in Ermangelung eines funktionsfähigen und vor allem konstruktiven Willens wird das Denken nämlich in eine bestimmte Richtung gedrängt. Auffallen muß uns hier vor allem, daß Ringel einen besonders lebensfördernden Aspekt des Denkens, die Phantasie, mit dem Selbstmord in Zusammenhang bringt.

Denken, das ist viel mehr als sich an etwas erinnern und es sich vorstellen können (in der Schule wird Merkfähigkeit eindeutig überschätzt) oder gar nur etwas erkennen bzw. feststellen. Richtig nachzudenken beginnen wir immer erst, wenn etwas nicht mehr so läuft wie erwartet, wenn sich Schwierigkeiten ergeben.

Der Denkprozeß ist dann mit dem Bemühen um eine Problemlösung gleichzusetzen. Und hier genügt es meist nicht, auf vorhandene Lösungen zurückzugreifen. Es bedarf oft einer Neukombination, einer Umstrukturierung und dazu – als Erfindungskraft – der Phantasie.

Die Überbeanspruchung der „logischen Gehirnhälfte“ in einer technischen Welt bereits während der Schulzeit, wo man so wenig Wert auf Originalität und einen persönlichen Stil legt, hauptsächlich Konformität verlangt, u.U. einen Denkwang ausübt – das alles beschwört ein Defizit in bezug auf Phantasie, Kreativität und auch Verarbeitungsfähigkeit herauf. Wer ausschließlich der Logistik vertraut, ist überdies für das Zusammenleben unfähig. Und möglicherweise findet der letzte Rest an Phantasie schließlich für eine Selbsttötung Verwendung.

Folgende Stufen des Abstiegs unterscheidet E. Ringel, wenn einem Menschen seine ungelösten Probleme über den Kopf wachsen und gleichzeitig die „Selbstmordphantasie“ in Aktion tritt: die Vorstellung, tot zu sein, den Gedanken, Hand an sich zu legen, ein Überdenken der Durchführungsmodalitäten. Es sei äußerst gefährlich, mit solchen Gedanken zu spielen, versichert Ringel, aber ebenso, daß es völlig unrichtig ist, wenn angenommen wird, jemand, der seinen Selbstmord ankündigt, dem fehle ohnedies der Mut dazu.

Die statistischen Auskünfte, was die Selbstmordhäufigkeit anlangt, sind erschreckend. Wenn wir Gedan-

kenlesen könnten und uns dann bewußt würden, mit wieviel Schädlichem sich Menschen befassen oder geradezu zwanghaft von solchen Gedanken festgehalten werden, wäre wohl damit zu rechnen, daß viel mehr Energie auf Erhaltung und Entfaltung von Leben aufgewendet würde als dies gemeinhin geschieht. Psychohygiene wäre dann vielleicht kein Fremdwort mehr, das man achtlos beiseite läßt. Gerade einer, der selber völlig antriebslos geworden ist, sollte auf das Entgegenkommen eines anderen nicht vergeblich warten müssen. Zuneigung, Wertschätzung und ein dialogisches Engagement erweisen sich allemal als Selbstmord-Hindernisse. Besser noch wäre es freilich, wenn solche mitmenschlichen Qualitäten bereits auf dem Weg ins Leben verspürt werden könnten.

Absichtlich sprechen wir hier nicht von „Selbstmorden“ – in der Mehrzahl, obwohl die zunehmende Häufigkeit dieser Todesart gerade bei Jugendlichen zu höchster Besorgnis Anlaß gibt. Ganz wichtig ist es, dem konkreten Menschen, der Person in ihrer Einmaligkeit, Aufmerksamkeit zu schenken, diese eine bedingungslose Bejahung spüren zu lassen. Damit wäre – in qualitativer Hinsicht – viel mehr zur Anwendung gebracht als ein bloßes Selbstmord-„Verhütungsmittel“.

Literatur

- Brandl G (1983) Damit Leben nicht verloren geht. Alternativen zur Selbstschädigung des Menschen in der Gegenwart. Pustet, Salzburg, S 42–54
- Brandl G (1995) Wohin die Angst und Depression? Eine aktive Lebenshilfe. Ennsthaler, Steyr, S 72–99
- Fromm E (1964/1979) Die Seele der Menschen. Ihre Fähigkeit zum Guten und zum Bösen. Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart, S 61–118
- Ringel E (1973/1978) Selbstschädigung durch Neurose. Psychotherapeutische Wege zur Selbstverwirklichung. Herder, Wien, S 151–184
- Ringel E (1978) Das Leben wegwerfen? Reflexionen über Selbstmord. Herder, Wien, S 13–96
- Ringel E (1994) Fliehen hilft nicht. Vom richtigen Umgang mit Problemen, 2. Aufl. Herder, Freiburg

*DDr. Gerhard Brandl
Psychotherapeut
Guertelweg 20a, A-5020 Salzburg
Tel. 83 0610*

Steuerseminar

(Dieses Seminar wird nur für Mitglieder des ÖBVP angeboten!)

Zeit: Samstag, 12. Oktober 1996,
10.15–18.00 Uhr

Ort: Afro-Asiatisches Institut, 1090
Wien, Türkenstraße 3, 2. Stock, Klei-
ner Saal

Referent: Mag. Friedrich Baldinger
(beeid. Wirtschaftsprüfer und Steuer-
berater)

Kosten: S 1.300,- + S 260,- MwSt

Ein Überblick über die geplanten The-
men:

- Bestmögliche Nutzung von gesetz-
lichen Steuersparmöglichkeiten
- Werkverträge, freie Dienstverträ-
ge
- Umsatzsteuerregelung ab 1.1.1997
- Praxis in der Wohnung (steuerliche
Nutzung)
- Formen der Zusammenarbeit mit
Kollegen/innen (Praxisgemein-
schaften)
- Schilderordnung
- Versicherungsbedarf der freiberuf-
lich Tätigen
- Und natürlich *Ihre Fragen*

Die Anmeldung ist fix und der
Seminarplatz reserviert, wenn der
Seminarbeitrag in der Höhe von
öS 1.560,- auf unserem Konto: DIE
ERSTE österr. Spar-Casse-Bank 076-
06605 eingelangt ist. Begrenzte Teil-

nehmer/innenzahl. Die Anmeldun-
gen werden nach dem Datum der
Zahlungseingänge gereiht. Anmelde-
schluß ist jeweils 7 Tage vor dem
Seminartermin. Zu diesem Zeitpunkt
muß die Seminargebühr auf unserem
Konto eingegangen sein. Bei Stornie-
rung der Anmeldung von Ihrer Seite
bis 7 Tage vor Seminarbeginn müssen
wir eine Bearbeitungsgebühr von
öS 300,- einbehalten. Nach Anmelde-
schluß kann der Seminarbeitrag nur
dann refundiert werden, wenn aus
der Warteliste besetzt werden kann.

Bei Überbuchung oder Absage des
Seminars von unserer Seite werden
Sie von uns verständigt und erhalten
den vollen Betrag zurück. Wir bitten
Sie daher, uns auf dem Einzahlungs-
beleg Ihre Bankverbindung bekannt-
zugeben und als Verwendungszweck
den Seminartitel anzuführen.

Da mit der Bezahlung der Seminar-
gebühr Ihre Teilnahme gesichert ist,
erhalten Sie vom ÖBVP keine weitere
schriftliche oder telefonische Verständ-
igung (außer im Falle der Überbu-
chung oder Absage wie o.e.).

Information:

ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/3/7,
A-1010 Wien, Tel. 513 17 301

Paracelsusring an Rotraud Perner

Vorschlag des Kuratoriums in Villach

Der Paracelsusring, die höchste kultu-
relle Auszeichnung der Stadt Villach,
soll heuer erstmals an eine Frau verge-
ben werden: Das Kuratorium unter
Vorsitz von Bürgermeister Helmut
Manzenreiter hat dem Gemeinderat
einstimmig die bekannte Wiener Psy-
chotherapeutin Rotraud Perner vor-
geschlagen.

Ihre Arbeit und ihr Lebenswerk stün-
den für eine Geisteshaltung, die im
besten Sinn als „paracelsisch“ genannt

werden kann, heißt es in der Begrün-
dung. Vom Kuratorium wurde insbe-
sondere Perner's langjähriges Engage-
ment und ihre Arbeit zur Erforschung
und Bekämpfung von Gewalt in der
Familie und vor allem gegenüber Frau-
en hervorgehoben. Ihre Leistungen im
Bereich der Sexualberatung und The-
rapie sowie in der therapeutischen
Kommunikation waren ebenfalls Kri-
terien für die Nominierung Perner's.
Der ÖBVP gratuliert herzlich.

Aus dem Psychotherapiebeirat – Gesundheitsministerium

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.

N. Amendt-Lyon, L. Korbei, R. Hutterer-Krisch, G. Pawlowsky,
B. Rauscher-Gföhler und S. Wiesnagrotzki

Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie und im Ausbildungsverhältnis

Um uns mit sexuellem Mißbrauch im Ausbildungsverhältnis auseinanderzusetzen, gehen wir vorerst auf einige wesentliche Aspekte des sexuellen Mißbrauchs in der Psychotherapie ein. Anschließend stellen wir einige vergleichbare nationale Regelungen für Psychologen und Psychotherapeuten sowie Beispiele europäischer und internationaler Regelungen dar. Im Anschluß daran werden Fragen der Sexualität im Ausbildungsverhältnis diskutiert und die Notwendigkeit der Stellungnahme zu expliziten berufsethischen Standards sowie der Sensibilisierung für der psychotherapeutischen Praxis angemessenen berufsethischen Standards herausgearbeitet.

1. Sexueller Mißbrauch als Post-traumatisches Streß-Syndrom

Sexualität zwischen einem Psychotherapeuten und einer Patientin stellt

einen gravierenden Behandlungsfehler dar, zu dem mehr und mehr nicht nur im englischsprachigen (z.B. Bates und Brodsky, 1989; Gabbard, 1989; Gartrell, 1988; Gartrell et al., 1987; Pope et al., 1979, 1986; Pokorny, 1996), sondern auch im deutschsprachigen Raum (Anonyma, 1988; Krutzenbichler, 1991; Heyne, 1991; Wirtz, 1989, 1991, 1996; Bachmann und Böcker, 1994; Fischer und Becker-Fischer, 1994; Becker-Fischer und Fischer, 1996; Vogt und Arnold, 1993; Schopper, 1996; Wladika, 1996) publiziert wird. Es ist „der“ Behandlungsfehler, zu dem es am meisten Literatur gibt. Wesentliche Tabubrecher waren in diesem Zusammenhang die New Yorker Psychoanalytiker Charles Clay Dahlberg und Martin Shepard. Dahlberg war es 1970 nicht gelungen, einen Artikel zu diesem Thema in Zeitschriften bei größeren Organisa-

tionen zu publizieren, was er als Schmach empfand: „Man sagte mir, das Thema sei viel zu umstritten. Was für ein Wort für einen Beruf, der im viktorianischen Zeitalter über infantile Sexualität und Inzest zu sprechen wagte!“ (Dahlberg, 1970, zit. n. Shepard, 1971, 17). Damit rief er die Psychotherapeuten auf, sich auch „umstrittenen“ Themen oder „heißen Eisen“ zuzuwenden und sie nicht weiter aus der Fachliteratur zu verbannen. In die gleiche Kerbe schlug Shepard, der in einer enttabuisierten Diskussion über Psychotherapeuten-Patienten-Sex einen besseren Schutz für den Patienten sah „als die Sache totzuschweigen ... Die Frage ... stellt das letzte Tabu auf einem Sektor dar, der sonst seinen Stolz darin sieht, Licht in dunkle Bereiche zu bringen“ (12 f).

Fischer und Becker-Fischer untersuchen seit einigen Jahren im deutschsprachigen Raum sexuellen Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie u.a. mit einem von ihnen aufgrund der einschlägigen Fachliteratur und klinischer Beobachtung entwickelten Fragebogen (Fischer und Becker-Fischer, 1994). In der Regel waren Frauen die Opfer und Männer die Täter, die Frauen waren durchschnittlich 27 Jahre, die Männer 42 Jahre alt, die sexuellen Kontakte fanden überwiegend im Rahmen von Einzeltherapien statt. Die durchschnittliche Altersdifferenz und die Geschlechtsverteilung stimmen mit den meisten in der Zwischenzeit durchgeführten internationalen Studien überein. Sexuelle Übergriffe kommen bei Psychotherapeuten aller Psychotherapierichtungen vor; es gibt bis jetzt keine Hinweise, die einen Zusammenhang mit einer oder mehreren Psychotherapierichtungen belegen (ebda).

Gartrell et al. führten 1986 die bisher umfangreichste repräsentative Umfrage zu dieser Thematik durch; auch sie bestätigten den hochsignifi-

kanten Unterschied zwischen Männern und Frauen, fanden aber darüber hinaus, daß signifikant mehr Therapeuten in eigener Praxis sexuelle Kontakte mit ihren Patientinnen eingehen.

Während des sexuellen Verhältnisses haben die betreffenden Patientinnen/Klientinnen noch keine Vorstellung davon, wie tiefgreifend dieses Erlebnis ihre psychische Gesundheit beeinträchtigen kann. Selbst wenn die Betroffenen das Ausmaß ihrer seelischen gesundheitlichen Beeinträchtigung voll erkennen und darunter leiden, dauert es oft noch lange, bis sie fähig sind, darüber zu sprechen. Oft ist dabei eine Folgetherapie hilfreich. Während etwa bei einer Körperverletzung oder einer Vergewaltigung die Verletzung oder der Schaden *unmittelbar während der Tat* einsetzt und *körperlicher und seelischer* Natur ist, scheint beim Psychotherapeuten-Patienten-Sex-Syndrom der Schaden in der Regel erst mit *erheblicher Verzögerung* nach der Tat in vollem Ausmaß „erleb- und erleidbar“ zu sein und vorwiegend *seelischer Natur* zu sein (Bates und Brodsky, 1989).

Darüber hinaus gibt es in der Zwischenzeit ausreichend Hinweise, daß etwa in der Hälfte aller Fälle Frauen betroffen sind, die bereits in der Kindheit Opfer sexuellen Mißbrauchs durch Erwachsene waren, und die somit in der Psychotherapie in Situationen der „Wiederholung“ bzw. „Wiederbelebung“ geraten (Fischer und Becker-Fischer, 1994). Das Psychotherapeuten-Patienten-Sex-Syndrom kann – wegen vieler Ähnlichkeiten – daher auch als posttraumatisches Streß-Syndrom verstanden werden. Die dazugehörigen Symptome sind: sehr hohe Ambivalenz, Schuldgefühle, Isolation, Leere, kognitive Störungen in bezug auf Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, Flashbacks, Alpträume, Bedrängtwerden von Gedanken und Bildern, Identitäts- und Grenzfindungsstörungen, die Unfähigkeit, vertrauen zu können, Konflikte im Bereich von Abhängigkeit, Kontrolle und Macht, Verunsicherung in der Sexualität, Stimmungs labilität, schwere Depression, unterdrückte Wut und erhöhte Suizidgefahr.

Es liegen weiters eine Reihe von Untersuchungen vor, die sich mit der

Analyse der soziologischen Daten, mit der Persönlichkeitsstruktur und der Psychodynamik der Frauen, die dem sexuellen Mißbrauch ausgesetzt waren, beschäftigen (Fischer und Becker-Fischer, 1994; Pope et al., 1979; Gattrell et al., 1986). Ebenso liegen mehrere Studien vor, die sich mit den männlichen Psychotherapeuten, die den Mißbrauch verübten, auseinandersetzen. Es werden dabei spezifische Persönlichkeitsmerkmale, Charakteristika der psychischen Situation des Psychotherapeuten und habituelle Charaktereigenschaften herausgearbeitet (Taylor und Wagner, 1976; Butler und Zelen 1977, Fischer und Becker-Fischer, 1994). Weniger als die Hälfte der Therapeuten, die wiederholt sexuelle Kontakte mit Patientinnen/Klientinnen hatten, bemüht sich um therapeutische Hilfe oder Supervision. Der sexuelle Kontakt mit Patientinnen hatte für diese Therapeuten – um nur eine charakteristische Stimme aus den Studien zu nennen – die Funktion einer erheblichen Aufwertung eines beschädigten Selbstwertgefühls und eines Erlebnisses subjektiv wertvoller emotionaler Erfahrung (Hermann, 1977). Mehrere Therapeuten sahen die sexuellen Kontakte nicht als Übergriffe an, sondern rechtfertigten sie mit dem Hinweis auf die – für Therapeuten und Patientinnen – angestrebte Befriedigung, oder sie machten die Patientin dafür verantwortlich (Fischer und Becker-Fischer, 1994, 94). Es gibt dabei Hinweise, daß neben individueller Persönlichkeitsfaktoren der Psychotherapeuten auch Gruppennormen innerhalb von Ausbildungsinstitutionen („Mißbrauchstraditionen“ während der Therapieausbildung) eine Rolle spielen (ebda, 95; Pope et al., 1979; Gattrell et al., 1986).

Es liegt also aus den vorliegenden Befunden der Gedanke nahe, daß die betroffenen Therapeuten mangelhaft psychotherapeutisch aus- und weitergebildet waren, und daß sie sich nicht im kollegialen Diskurs mit ihren Kollegen befanden.

Es geht bei der Formulierung berufsethischer Richtlinien um das Sichtbarmachen berufsethischer Standards, um Absichtserklärungen gegenüber den Psychotherapeuten/Berufskollegen und der Öffentlichkeit, um die Sensibilisierung für ethische Fragen, um Ent-Tabuisierung der Dis-

kussion von Kunstfehlern in der Psychotherapie, um Fragen der Angemessenheit für die Berufspraxis usw. Nicht zuletzt kann es auch um die Frage gehen, inwieweit explizite Verbote helfen können, Folgeschäden vorzubeugen, bzw. die Zahl der Geschädigten zu reduzieren.

2. Vergleichbare nationale Regelungen (Deutschland, USA, Schweiz, Österreich) für Psychologen und Psychotherapeuten

„Sexuelle Übergriffe in Therapien sind auch ein Problem mangelnder Professionalität in der Berufsausübung. Zu den Voraussetzungen für eine angemessene Berufspraxis gehört neben theoretischen Kenntnissen und praktisch-therapeutischen Fertigkeiten eine ethische Grundhaltung, die auf Verantwortung beruht und auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse – einschließlich der sexuellen – verzichtet. Diese Grundhaltung muß in der Aus- und Weiterbildung erworben und durch regelmäßige Supervision aufrechterhalten werden.“ (Vogt und Arnold, 1993, Kap. 2: Professionalität, Berufsethik, Berufsrecht, S. 10).

Berufsordnung für Psychologen des Berufsverbands Deutscher Psychologen e.V. (BDP). Zur Wahrung der Unabhängigkeit: „Der heilkundlich tätige Psychologe darf keine persönlichen Bindungen zu seinen Patienten eingehen, z.B. sind sexuelle Beziehungen zu Patienten unzulässig“ („Berufsordnung für Psychologen“ [BDP 1986], zit. n. Vogt und Arnold, 1993), heißt es z.B. im Abschnitt III.3 der berufsethischen Richtlinien des BDP in Deutschland.

Auch die Regel, wenn ein Psychotherapeut die Psychotherapie abbricht, um eine sexuelle Beziehung eingehen zu können, erwies sich als nicht ausreichend. Vogt und Arnold (1993) kritisieren z.B. das Fehlen von Aussagen über ehemalige Klientinnen und Klienten in der Berufsordnung für Psychologen in Deutschland. „Die Erfahrungen zeigen jedoch, daß manche Therapeuten/Therapeutinnen eine laufende Therapie abbrechen, um eine sexuelle Beziehung zur Klientin/zum Klienten beginnen zu können. Das Machtgefälle bleibt erhalten, die (ehemaligen) Klientinnen

oder Klienten bleiben besonders verletzlich (Gabbard und Pope, 1989).

Ethische Richtlinien und Verhaltenskodex für Psychologinnen (Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct) der American Psychological Association (APA). Die APA verbietet in der neuesten Fassung der Richtlinien sexuelle Intimitäten zwischen Therapeuten/Therapeutinnen und ihren ehemaligen Klientinnen bzw. Klienten auch nach Abschluß der Therapie. Nur unter den „außergewöhnlichsten Umständen“ kann eine sexuelle Beziehung zulässig sein, wenn seit Abschluß der Therapie mindestens zwei Jahre vergangen sind. Der Therapeut bzw. die Therapeutin muß aber auch dann noch glaubhaft machen können, daß er/sie nicht Abhängigkeiten ausnutzt, die während der Therapie entstanden sind. Sexuelle Beziehungen schließen die Möglichkeit von therapeutischer Arbeit aus; Mitglieder der APA dürfen auch keine Personen als Klientinnen oder Patienten akzeptieren, mit denen sie zu einem früheren Zeitpunkt sexuelle Kontakte hatten (APA, 1992). („Ethische Richtlinien und Verhaltenskodex für Psychologinnen“ [APA 1992], zit. n. Vogt und Arnold 1993, S. 12).

Der Schweizer Psychotherapeuten-Verband (SPV/ASP) vertritt in seinen Ständeregeln unter Punkt 7 „Schutz von PatientInnen“ folgenden Standpunkt: „SPV/ASP-PsychotherapeutInnen dürfen das aus der therapeutischen Beziehung sich ergebende Abhängigkeitsverhältnis nicht mißbrauchen. Mißbrauch in diesem Sinne beginnt, wo PsychotherapeutInnen ihre Aufgabe und Verantwortung gegenüber PatientInnen untreu werden, um ihre persönlichen, z.B. sexuellen, wirtschaftlichen oder sozialen Interessen zu befriedigen, auch wenn das von PatientInnen gewünscht wird. Die Verantwortung dafür liegt ausschließlich bei den PsychotherapeutInnen. Zwischen PatientInnen und AusbildungskandidatInnen kann in dieser Hinsicht kein Unterschied gemacht werden. Nicht erlaubt sind insbesondere jede Nötigung, politische Indoktrination, religiöse Missionierung sowie sexuelle Beziehungen. Mit Ende der Therapie gelten die ethischen Richtlinien nach ethischem und menschlichem Ermessen weiter. Schwere Mißbräuche durch Berufs-

kollegInnen sollten von SPV/ASP-PsychotherapeutInnen unter Einwilligung der PatientInnen bei der Ständekommission unter Wahrung der Interessen der PatientInnen zur Abklärung gemeldet werden. SPV/ASP-PsychotherapeutInnen haben die Pflicht, die Therapie zu beenden, wenn nach aller Voraussicht Patientinnen davon nicht weiter profitieren.“ (Ständeregeln des SPV/ASP, zit. aus Hutterer-Krisch, 1996, S. 633).

In Großbritannien findet sich in den *Standespflichten des United Kingdom Council for Psychotherapy* in Punkt 2.6 „Beziehung zum Klienten“ folgende Formulierung: „Psychotherapeuten müssen eine angemessene persönliche Distanz zu ihren Klienten bewahren und dürfen keine ihrer gegenwärtigen oder ehemaligen Klienten auf irgendeine Art finanziell, sexuell oder emotional ausnützen.“ (Standespflichten des United Kingdom Council for Psychotherapy, zit. aus Hutterer-Krisch 1996, S. 640).

In Österreich hat beispielsweise die Weiter- und AusbildungsleiterInnenkonferenz (WALK) des ÖAGG folgende Feststellung im FEEDBACK 2/95 publiziert: „Betrifft: sexuellen Mißbrauch in Ausbildungszusammenhängen. Es wird festgestellt, daß sexuelle Kontakte zwischen AusbilderInnen und TeilnehmerInnen bei allen Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen, also auch Theorieveranstaltungen, ausnahmslos als Mißbrauch zu werten und daher untersagt sind.“

Im österreichischen *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates im Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz)* wurde unter Punkt III. Vertrauensverhältnis, Aufklärungs- und besondere Sorgfaltspflichten in der psychotherapeutischen Beziehung 1992 (Berufskodex, 1993, 1996) unter 7. folgendes formuliert: „Solche, den Behandlungsvertrag im engeren Sinn betreffende Verpflichtungen und Rechte sind insbesondere: ... 7. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientin oder des Patienten auf einen verantwortlichen Umgang mit dem besonderen Vertrauens- und Abhängigkeitsverhältnis in der psychotherapeutischen Be-

ziehung; jeglicher Mißbrauch dieses Vertrauensverhältnisses und der im Psychotherapieverlauf bestehenden, vorübergehenden vielleicht sogar verstärkten Abhängigkeit der Patientin oder des Patienten von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten stellt einen schwerwiegenden Verstoß gegen die ethischen Verpflichtungen der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes dar; Mißbrauch liegt dann vor, wenn Angehörige des psychotherapeutischen Berufes ihren Aufgaben gegenüber der Patientin oder dem Patienten untreu werden, um ihre persönlichen, z.B. wirtschaftlichen, sozialen oder sexuellen Interessen zu befriedigen; daraus ergibt sich auch die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes, alle dem psychotherapeutischen Verhältnis fremden persönlichen, wirtschaftlichen und sozialen Verstrickungen mit der Patientin oder dem Patienten zu meiden.“ (Berufskodex, 1996, zit. aus Hutterer-Krisch, 1996, S. 620 ff, vgl. dazu auch Hutterer-Krisch und Stemberger, 1996).

Im Punkt VI. „Anwendung des Berufskodex im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung“ wurde nach dem 1. Absatz folgender Einschub formuliert und in der Vollsitzung des Psychotherapiebeirates des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz beschlossen (Vollsitzung vom 4. Juni 1996)¹: „Die Ausbildungsvereine und die Ausbilder übernehmen mit dem Ausbildungsvertrag, den sie mit dem oder der Auszubildenden schließen, die Aufgabe, Verantwortung und Verpflichtung, einen optimalen Beitrag zur Erreichung des Ausbildungszieles für den Auszubildenden bzw. die Auszubildende zu leisten. Diese eingegangene Verpflichtung hat mit der besonderen Situation des Auszubildenden oder der Auszubildenden in einer psychotherapeutischen Ausbildung zu tun. Diese besondere Situation ergibt sich aus dem spezifischen Abhängigkeits- und Vertrauensverhältnis, der psychotherapeutischen

¹ Die endgültige Version dieser Ergänzung des Berufskodex, die das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz nach Beratung durch den Psychotherapiebeirat akzeptiert, wird im Psychotherapie Forum publiziert werden.

Ausbildungsaufgabe und aus dem evaluativen Charakter dieser Beziehung. Die Auszubildenden unterziehen sich einem Ausbildungsverfahren, das in seinem Verlauf eine Beurteilung der ganzen Person beinhaltet, in der es mindestens temporäre Abhängigkeiten gibt, und das in der Regel eine Reorganisation der Persönlichkeit zum Ziel hat. Die Verpflichtung erfordert vom Ausbilder eine besondere Sorgfalt im Umgang mit der Person des Auszubildenden im Zuge der Zulassung und der Ausbildung. Alle Verhaltensweisen von Ausbildern, in denen ausbildungsfremde Erwägungen oder auch Eigeninteressen der psychotherapeutischen Ausbildungsaufgabe vorgezogen werden, seien sie nun etwa wirtschaftlicher, sozialer, emotionaler, politischer, religiöser oder insbesondere sexueller Natur (vgl. auch Abschnitt III), sind daher als Mißbrauch anzusehen, auch wenn dies von den Auszubildenden gewünscht wird. Solche Verstöße gegen die Berufsethik sind geeignet, die Vertrauenswürdigkeit des Ausbilders ernsthaft in Frage zu stellen. Die Verantwortung dafür liegt allein beim Ausbilder und kann nicht den Auszubildenden zugeordnet werden.

Von den Ausbildungseinrichtungen und den Ausbildern ist im einzelnen eigene Sorgfalt im Umgang mit dem Ausbildungsverhältnis gefordert, das der Ausbildungsvertrag begründet ... Auch nach Ende der Ausbildung sind diese Richtlinien zumindest nach ethischen Gesichtspunkten weiter zu beachten."

Beispiele europäischer und internationaler Regelungen

Die ethischen Richtlinien des Europäischen Verbands für Psychotherapie (Ethical Guidelines of the European Association for Psychotherapy-EAP) – Version 1995 – haben im Bereich der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht (Punkt 5) folgende Formulierung: „PsychotherapeutInnen haben die Verpflichtung, verantwortlich mit dem besonderen Vertrauens- und Abhängigkeitsverhältnis in der psychotherapeutischen Beziehung umzugehen. Mißbrauch dieses Vertrauensverhältnisses liegt dann vor, wenn PsychotherapeutInnen ihrer Aufgabe und Verantwortung gegenüber Pati-

enten untreu werden, um ihre persönlichen, z.B. sexuellen, emotionalen, sozialen oder wirtschaftlichen Interessen zu befriedigen. Jede Form des Machtmißbrauchs stellt einen Verstoß gegen die berufsethischen psychotherapiespezifischen Richtlinien dar. Die Verantwortung dafür liegt ausschließlich bei den PsychotherapeutInnen. Mangelnde Verantwortung im Umgang mit dem Vertrauens- und Abhängigkeitsverhältnis in der Psychotherapie ist ein schwerwiegender Behandlungsfehler.“ (Ethical Guidelines of the European Association for Psychotherapy – EAP, Version 1995, zit. aus Hutterer-Krisch, 1996, S. 645).

Die *Europäische Vereinigung für Gestalttherapie (European Association for Gestalt Therapy)* formuliert in ihrem *Code of Ethics (March 1995)* explizit für Ausbilder: „Gestalttherapieausbilder sollten sich an diesen Ethikkodex in ihren Beziehungen mit Ausbildungskandidaten halten.“ („Gestalt therapy trainers are expected to abide by this code of ethics in their relations with trainees.“)

Für Psychoanalytiker, die der *Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV)* angehören (und auch für Kandidaten der Tochterorganisationen), folgender Standard: Die Internationale Psychoanalytische Vereinigung (IPV) nimmt in zwei Unterpunkten (9. „Ausbeutung einer Behandlung“ und 10. „Mißbrauch einer Übertragung“) zur „Verantwortung gegenüber den PatientInnen“ wie folgt Stellung: „9. Ausbeutung einer Behandlung: Der Analytiker darf in keiner Weise die Behandlung eines Patienten ausnutzen. Der Analytiker sollte beispielsweise die Behandlung nicht zum Zwecke eines finanziellen Gewinns oder zur Erlangung eines persönlichen Vorteils verlängern. Der Patient / die Patientin setzt sein / ihr Vertrauen in die Psychoanalyse, in der Erwartung, daß die Ethik und die beruflichen Verpflichtungen des Psychoanalytikers diesen davon abhalten werden, persönliche Bedürfnisse zu befriedigen, indem der Patient / die Patientin ausgenutzt wird. 10. Mißbrauch der Übertragung: Der Psychoanalytiker sollte die Informationen, die der Patient gegeben hat, nicht auf eine mißbräuchliche Art verwenden und die einzigartige Machtposition, die die psychoanalytische Situation

und die Übertragung des Patienten einräumt, nicht einsetzen, um den Patienten auf irgendeine Weise zu beeinflussen, die nicht direkt mit dem Behandlungsziel in Zusammenhang steht. Ob eine Aktion moralisch und professionell angemessen ist, wird nicht dadurch bestimmt, welche Folgen sich einstellen, sondern welche die wahrscheinlichen Konsequenzen sein könnten. Der Psychoanalytiker ist verpflichtet, sich zu enthalten, aufgrund seiner Übertragung und seiner Rolle im allgemeinen, persönliche Befriedigung oder andere Vorteile zu ziehen. Z.B. darf ein Psychoanalytiker eine abhängige Übertragungsbeziehung zu persönlichen Vorteilen, politischer Macht oder finanzieller Begünstigung nicht mißbrauchen. Noch sollte ein Psychoanalytiker auf eine negative Übertragung eines Patienten mit Vergeltungsmaßnahmen reagieren. Wenn der / die Analytiker/in sich als in eine/n Patient/in verliebt betrachtet, sollte er / sie Beratung in Anspruch nehmen und den Patienten überweisen, wenn die Übertragung des Analytikers nicht unverzüglich auflösbar ist. Dieselben Prinzipien gelten für frühere Patienten. Sich mit einem früheren Patienten sexuell einzulassen, bedeutet in erheblichem Ausmaße Risiken, Gefühle auszubeuten, die von der Behandlung herrühren, und ist daher nicht professionell.“

Weiters nimmt die Internationale Psychoanalytische Vereinigung (IPV) unter dem Punkt „Verantwortlichkeit gegenüber Studenten der Psychoanalyse“ wie folgt Stellung: „In der Erfüllung erzieherischer oder ausbildnerischer Verantwortlichkeiten wirken starke Übertragungen, die dieselben ethischen Richtlinien verlangen wie die für Patienten vorgeschriebenen. 1. Sexuelles Fehlverhalten: Sexuelle Beziehungen zwischen einem Fakultätsmitglied, das in einem bewertenden Verhältnis (Fortschritt, Graduierung) zu einem Auszubildenden oder Studenten steht, ist unprofessionell. Fakultätsmitglieder sind wichtige professionelle Erzieher und Vorbilder für die Auszubildenden und ein solches Verhalten kann die Zukunft, das professionelle Verhalten und die supervidierte Behandlung eines Auszubildenden ungünstig beeinflussen. 2. Soziale Kontakte: Da Studenten zukünftige Kollegen sind, kann be-

züglich sozialer Kontakte größere Flexibilität erlaubt werden. Der Psychoanalytiker als Lehrer hat sich allerdings auch daran zu erinnern, daß er oder sie nach wie vor in einem professionellen Verhältnis zum Studenten steht und hat sich entsprechend zu verhalten.“ (IPV-Ethischer und beruflicher Verhaltenskodex-Entwurf)²

3. Sexueller Mißbrauch im Ausbildungsverhältnis

3.1 Aufforderung zur Stellungnahme

Der Berufskodex betont die Eigenverantwortung und nicht eine reine Verbotsmoral (vgl. dazu Hutterer-Krisch und Stemberger, 1996). Es gibt jedoch Psychotherapeuten/Lehrtherapeuten, die gegen grundlegende psychotherapeutische Standards verstoßen und dies mit der Argumentation rechtfertigen, dies würde ausschließlich ihrer eigenen Verantwortung unterliegen und ginge niemanden etwas an. Es ist richtig: Vieles unterliegt der ethischen Einschätzung des einzelnen und ist rechtlich nicht normiert. Es gibt aber auch Vergehen, die zivilrechtliche oder auch strafrechtliche Tatbestände darstellen. Dazu müssen wir als Berufskollegen Stellung beziehen, denn auch die Entscheidung, dazu keinen Standpunkt einzunehmen, ist als eine Entscheidung anzusehen.

Darüber hinaus sieht es der Psychotherapiebeirat als seine Aufgabe an, zu einschlägigen ethischen Normen zu gelangen und zu Verletzungen des Berufskodex explizit Stellung zu nehmen (vgl. dazu auch Hutterer-Krisch und Kierein, 1996). Denn die einlangenden Beschwerden und die Ergebnisse heute vorliegender Untersuchungen zu den Folgen sexueller Übergriffe in der Psychotherapie und in der Ausbildung erfordern die eindeutige Benennung von Berufspflichtverstößen und die Deklaration unethischen Berufsverhaltens.

² Ich danke Univ.-Doz. Dr. H. Leupold-Löwenthal dafür, daß er uns den ethischen und beruflichen Verhaltenskodex der International Psychoanalytical Association zur Verfügung gestellt hat und B. Rauscher-Gföhler sowie Peter Lautischer für die Übersetzung des Verhaltenskodex aus dem Englischen ins Deutsche.

3.2 Ausbildungsverhältnis und Psychotherapie

Die Lehrtherapeuten der Ausbildungseinrichtungen haben über die berufsethischen Richtlinien im Psychotherapeuten-Patienten-Verhältnis hinaus eine erhöhte Verantwortung im Ausbildungsverhältnis übernommen. Diese Verantwortung beruht

- auf der Übernahme einer umfassenden psychotherapeutischen Ausbildungsaufgabe, die vereinbarungsgemäß in der Weise einer bewertenden (evaluativen) Beziehung ausgeübt wird, und daher nur in Respekt und Achtung vor dem Auszubildenden und in der Vermeidung jeglicher Art des Mißbrauchs stattfinden kann,
- auf der im Zuge dieses Ausbildungsverhältnisses mindestens temporär, oft aber über lange Zeit auftretenden Idealisierung und darüber hinaus real gegebenen Abhängigkeit des Auszubildenden, der nur mit dem psychotherapeutischen Einfühlen und Verstehen und nicht mit dem Mittel der Erfüllung begegnet werden kann, und
- auf dem Bewußtsein über die starke Vorbildwirkung des Verhaltens des Lehrtherapeuten, der die Verantwortung für das psychotherapeutische Geschehen und für die professionellen Standards trägt, die er an die Schüler weitergibt.

3.3 Mißbrauch als Überordnung der Eigeninteressen über das psychotherapeutische Ausbildungsinteresse

Der Berufskodex definiert „Mißbrauch“ in der Psychotherapie ausdrücklich als „der psychotherapeutischen Aufgabe untreu werden, um seine eigenen Interessen zu befriedigen“ (Berufskodex, Abschn. III, Lit. 7). Im Ausbildungsverhältnis stellt sich die Frage, ob es möglich ist, die psychotherapeutische Ausbildungsaufgabe zu erfüllen, wenn es persönliche Verwicklungen bis hin zur Sexualität gibt. Hier ist anzumerken, daß es viele Untersuchungen über Schäden nach sexuellen Übergriffen gibt (vgl. die im Abschnitt 1 angeführte Literatur). Diese Schäden wurden auch dann festgestellt, wenn es der Psychothera-

peut „gut“ meinte, der Psychotherapekandidatin zur Weiterentwicklung verhelfen wollte usw. Mißbrauch wird hier also auch als Ausnützung des „Heimvorteils“ des Lehrtherapeuten, etwa der Macht seiner Autorität, verstanden. Sexuelle Beziehungen in Ausbildungsverhältnissen können ebenso wie in anderen psychotherapeutischen Beziehungen nicht ohne den Aspekt der Machtverhältnisse, Abhängigkeiten und Hierarchien gesehen werden. Die Sexualität in Ausbildungsbeziehungen ist somit nie ein Therapeutikum, sondern Lebenspraxis. Dies gilt für Ausbildungsbeziehungen in Seminaren mit Selbsterfahrungscharakter, ebenso für die Supervision, die Reflexion der praktischen Patientenarbeit, aber insgesamt für alle Veranstaltungen, die evaluativen Charakter tragen. Eine Verwechslung der privaten und professionellen (Ausbildungs-)Ebene kann nicht als förderlich für die Psychotherapieausbildung angesehen werden. Die umfassende Macht, die Lehrtherapeuten aus ihrer Position erhalten, muß daher mit größtem Respekt verwaltet werden.

3.4 Zur Bedeutung der expliziten Stellungnahme zu unethischem Verhalten

Für den Psychotherapiebeirat geht es darum, prinzipiell zum Thema des sexuellen Mißbrauchs Stellung zu beziehen und damit einen Standard berufsethischen Verhaltens festzulegen, und ebenso die Prüfung konkreter Sachverhalte korrekt durchzuführen. Die größte Hilfe für den Patienten wird als „last state of the art“ an den Auszubildenden vermittelt.

In diesem Sinne regt der Psychotherapiebeirat des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz die Diskussionen in den Vereinen an:

1. *Hinsichtlich der Psychotherapieausbildung und -weiterbildung:* In diesem Zusammenhang wird den fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen empfohlen, mehrere Überlegungen mit den Auszubildenden zu klären (z.B.: Darf eine sexuelle Beziehung nach Beendigung des Ausbildungsverhältnisses aufgenommen werden? Wann ist nicht mehr von Idealisierungen und Abhängigkeiten zu sprechen? Welche möglichen Kon-

sequenzen sind im Falle sexueller Kontakte im Ausbildungsverhältnis zu ziehen? Welche Unterstützung für die Betroffenen oder welche Bearbeitungsform ist im Falle einer solchen Berufspflichtverletzung angemessen? Welche Form der Offenlegung im Lehrtherapeutenkreis oder Besprechung vor / mit / in einem dafür eingerichteten Gremium scheint angemessen?)

2. *Hinsichtlich der berufsethischen Richtlinien der fachspezifischen psychotherapeutischen Ausbildungsvereine:* Zu den Fragen des sexuellen Mißbrauchs in der psychotherapeutischen Behandlung und im Ausbildungsverhältnis explizit in den berufsethischen Richtlinien Stellung zu beziehen.

3. *Hinsichtlich vereinsinterner Bestimmungen:* Bestimmungen zu entwerfen, die jeden Verdacht des Verstoßes gegen berufsethische Normen und jede Form des Mißbrauchs in angemessener (und diskreter) Weise zu klären versuchen und der Ausbildungskommission (oder einem entsprechenden Gremium) Konsequenzen vorschlagen können. Es sollten – im besonderen Fall des sexuellen Mißbrauchs – Hinweise auf Konsequenzen für Ausbilder und Auszubildende, aber auch Unterstützungsmöglichkeiten enthalten sein. Zu den möglichen Konsequenzen für Ausbilder kann z.B. die Suspendierung als Lehrtherapeut zählen, als mögliche Konsequenz für Auszubildende kann z.B. die Empfehlung, die Ausbildung in einem anderen Verein zu machen, zählen. Als mögliche Unterstützungsmaßnahmen für die AusbilderInnen sind z.B. eine weitere Eigentherapie oder Supervision (evtl. Empfehlung der Dauer, Reflexion der Wahl eines methodenfremden oder vereinsfremden Supervisors/in oder Psychotherapeuten/in, Vereinbarungen hinsichtlich der Bewährungszeit / Rehabilitationsphase u.a.) zu nennen³.

³ Nur wenn die berufsethische Selbstbeschränkung spezifischer und auch strenger als das geltende staatliche Recht ist, werden berufsethische Normenkataloge auf die Dauer staatliches Reglement in Grenzen halten können ... „Spezifischer“ bedeutet, daß Bereiche professionellen Handelns *sachgerecht erfaßt werden müßten, die allgemeiner rechtlicher Regelung kaum zugänglich oder gar rechtlich irrelevant sind.* „Strenger“ heißt, daß berufs-

Gerade im sensiblen Bereich der Psychotherapie und besonders der Psychotherapieausbildung greifen rechtliche Räder schlecht, die Nachweisbarkeit ist erschwert und die Zahl der Geschädigten, die sich alleine im Regen stehen gelassen fühlen, ist nicht zu klein. Es geht aber nicht primär um die Vorverurteilung oder Verächtlichmachung von Tätern, sondern um die Diskussion ethischer Fragen, um die Enttabuisierung der Diskussion von Kunstfehlern in der Psychotherapie und um die Festlegung berufsethischer Standards.

„Berufsethische Richtlinien sind verbandsinterne Absichtserklärungen

ethische Richtlinien auch eine Kontroll- und Steuerungsfunktion ... für rechtlich nicht geregelte Bereiche vorsehen müssen, d.h. Sanktionen, die bei Mißachtung berufsethischer Normen gegenüber allen Mitgliedern (allerdings nur gegen diese) der berufsständischen Organisation durchsetzbar sind und wirken. Und: „Ohne Sanktionen ... bleiben berufsethische ‚Verpflichtungen‘ jedoch faktisch unwirksame, letztlich unverbindliche Proklamationen.“ (Wienand, 1982, S. 44 f, zit. n. Hutterer-Krisch und Kierein, 1996, S. 528).

Z.B. ist es Ziel der Schweizer Standeskommission, bei Konflikten zu schlichten. Kommt es zu einer Klage, verfügt die Standeskommission über Sanktionen, die – je nach Schweregrad des Verschuldens – unterschiedliches Ausmaß annehmen kann: Ermahnung, Verpflichtung zu einer Entschädigung des Geschädigten, Buße zwischen 200,- und 1.000,- Franken (ca. öS 1.600,- bis ca. öS 8.000,-), Ausschluss aus dem SPV/ASP und Streichung von der Liste der Kassen- resp. IV-Leistungsberechtigten. Im Falle eines Ausschlusses oder einer Streichung steht dem Betroffenen das Rekursrecht an die Mitgliederversammlung zu (zit. n. Hutterer-Krisch und Kierein, 1996, S. 525 f).

Die Kodifikation berufsethischer Prinzipien der American Psychological Association, die induktiv an realen Problemfällen entwickelten „Ethical Standards of Psychologists“ (APA, in der revidierten Fassung von 1981), sehen z.B. folgende Sanktionen vor: „*Rules and Procedures*“ des APA-Committee on Scientific and Professional Ethics and Conduct (CSPEC, 1972, 1974/1981, S. 20 f.; zit. n. Wienand, 1982, 45): 1. Verlust der Mitgliedschaft, 2. Suspension der Mitgliedschaft, 3. Verweis oder Verwarnung, 4. Supervision der Berufsausübung, Psychotherapie (ergänzende Einzeltherapie, Anm. d. Verf.), 5. Bewährungszeit, Rehabilitationsphase, 6. Ausdrückliche Bewährung oder 7. Jede andere Maßnahme, die dem CSPEC als angemessen erscheint (zit. n. Hutterer-Krisch und Kierein, 1996, S. 528).

gen gegenüber den Mitgliedern und der Öffentlichkeit. Sie können eine ethisch einwandfreie Praxis nicht garantieren, sind aber Voraussetzung dafür, daß berufsethische Standards sichtbar werden. Die Diskussion von Richtlinien, die den Erfordernissen der Praxis angemessen sind, trägt zur Sensibilisierung für ethische Fragen bei. Zusätzlich können explizite Verbote die Hemmschwelle gegenüber Grenzverletzungen erhöhen.“ (Vogt und Arnold, 1993, S 12 f).

Literatur

- Anonyma (1988) *Verführung auf der Couch*. Kore, Freiburg/Br
- Bachmann KM, Böke, W (1994) *Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie*. Einleitung. Huber, Bern
- Bates C, Brodsky AM (1989) *Sex in the therapy hour*. Guilford, New York London
- Becker-Fischer M, Fischer G (1996) *Sexuelle Übergriffe in Psychiatrie und Psychotherapie*. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Springer, Wien New York, S 447–459
- Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Auf der Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates im Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz. (1996) In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Springer, Wien New York, S 617–629
- Butler S, Zelen S (1977) *Sexual intimacies between therapists and patients*. *Psychother Research and Practice* 2: 139–145
- Ethische Richtlinien des Europäischen Verbands für Psychotherapie (EVP/EAP). In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Springer, Wien New York, S 643–648
- Fischer G, Becker-Fischer M (1994) *Gibt es „Täterprofile“?* In: Bachmann KM, Böker W (Hrsg) *Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie*. Huber, Bern
- Feedback (1995) *Zeitschrift des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik*. 13/2
- Gabbard GO (ed) (1989) *Sexual exploitation in professional relationships*. American Press, Washington
- Gabbard G, Pope K (1989) *Sexual intimacies after termination: clinical, ethical and legal aspects*. In: Gabbard GO (ed) *Sexual exploitation in professional relationships*. American Press, Washington, pp 115–127
- Gartrell N (1988) *Sexually exploitive therapists*. *Hospital and Community Psychiatry* 9/10: 1070–1074
- Gartrell N, Hermann J, Olarte S (1986) *Psychiatrist-patient sexual contact: re-*

- sults of a national survey. I: Prevalence. Am J Psychiatry 143: 1126–1131
- Gartrell N, Hermann J, Olarte S (1987) Reporting practices of psychiatrists who knew of sexual misconduct by colleagues. Am J Psychiatry 57: 287–295
- Herman J, Gartrell N, Olarte S (1987) Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey. II: Psychiatrists' attitudes. Am J Psychiatry 144: 164–169
- Herman JL, Schatzow E (1984) Time-limited group therapy for women with a history of incest. Int J Group Psychotherapy 34: 605–616
- Heyne C (1991) Tatort Couch. Kreuz, Zürich
- Hutterer-Krisch R (Hrsg) (1996) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York
- Hutterer-Krisch R (1996) Behandlungsfehler in der Psychotherapie. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 133–156
- Hutterer-Krisch R (1996) Werte in den Psychotherapiemethoden. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 74–108
- Hutterer-Krisch R (1996) Fragen der Ethik. In: Sonneck G (Hrsg) Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik. Bibliothek Psychotherapie. Bd 5. Facultas, Wien, S 208–334
- Hutterer-Krisch R, Kierein M (1996) Professionalisierung der Psychotherapie und Umgang mit Beschwerdefällen. Zwei Seiten der gleichen Medaille. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 517–534
- Hutterer-Krisch R, Stemberger G (1996) Entstehung und Charakter des Berufskodex. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 613–616
- Hutterer-Krisch R (1996) Verlust der Vertrauenswürdigkeit als Folge schwerer Berufspflichtverletzungen. Vorgangsweise in Beschwerde- bzw. Verdachtsfällen. Und: Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz. Psychother Forum 4 [Suppl]: 570–572
- IPV – Ethischer und beruflicher Verhaltenskodex-Entwurf
- Krutzenbichler HS (1991) Die Übertragungsliebe. Recherchen und Bemerkungen zu einem „obszönen“ Thema der Psychoanalyse. Forum der Psychoanalyse 7: 291–303
- Pokorny MR (1996) Wie ist mit Mißbrauch durch Psychotherapeuten umzugehen? In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 460–466
- Pope K, Bouhoutsos C (1986) Sexual intimacy between therapists and patients. Praeger, New York
- Pope KS, Bouhoutsos JC. (1986/1992) Als hätte ich mit einem Gott geschlafen. Sexuelle Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten. Hoffmann & Campe, Hamburg
- Pope KS, Levenson H, Schover LR (1979) Sexual intimacy in psychology training: results and implications of a national survey. Am Psychol 44: 682–689
- Psychotherapiegesetz (PthG) Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie, BGBl Nr 361/1990, In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 595–612
- Schopper J (1996) Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie aus rechtlicher Sicht. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 467–480
- Shepard M (1971) Sex als Therapie. Sexuelle Intimität zwischen Patienten und Psychotherapeuten. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Sonneck G (Hrsg) (1996) Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik. Bibliothek Psychotherapie. Bd 5. Facultas, Wien
- Standespflichten: United Kingdom Council for Psychotherapy (UKCP). In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 639–642
- Standesregeln: Schweizer Psychotherapeuten-Verband (SPV/ASP). In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 630–635
- Taylor B, Wagner N (1976) Sex between therapists and clients: a review and analysis. Prof Psychol 7: 593–601
- Vogt I, Arnold E (1993) Sexuelle Übergriffe in der Therapie. Anleitungen zur Selbsterfahrung und zum Selbstmanagement. Ausbildungsmanual 1. dgvt, Tübingen
- Wirtz U (1989) Seelenmord. Inzest und Therapie. Kreuz, Zürich
- Wirtz U (1991) Zentrale Begriffe für das Verständnis des Problems. In: Heyne C (Hrsg) Tatort Couch. Sexueller Mißbrauch in der Therapie. Kreuz, Zürich, S 29–51
- Wirtz U (1996) Feministische Ethik und Psychotherapie. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 328–336
- Wladika W (1996) Zur Konkretisierung des Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Ausbildungsbereich – Übergriff und Mißbrauch in der fachspezifischen Psychotherapieausbildung. In: Hutterer-Krisch R (Hrsg) Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 409–417

Dr. Nancy Amendt-Lyon, Psychologin und Psychotherapeutin
DSA Lore Korbei, Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin
Dr. Renate Hutterer-Krisch, Psychologin und Psychotherapeutin
Dr. Gerhard Pawlowsky, Psychologe und Psychotherapeut
DSA Billie Rauscher-Gföhler, Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin
Dr. Stefan Wiesnagrotzki, Psychiater und Psychotherapeut

Alle: Mitglieder des Ausschusses für Ethik und Konsumentenschutz des Psychotherapiebeirates im Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (Vorsitzende: Dr. Renate Hutterer-Krisch, stellvertretende Vorsitzende: DSA Billie Rauscher-Gföhler)

Leserbrief

Im Psychotherapie Forum 3/4/1995 erschienen Leserbrief von Dr. Paulitsch zum Thema „Übergriff und Mißbrauch in der fachspezifischen Psychotherapieausbildung“ wird von einem Lehrtherapeuten berichtet, der seine Machtposition mißbrauchte und u.a. sexuelle Kontakte zu einigen Ausbildungskandidatinnen während der Ausbildungszeit unterhielt. Mich interessiert, ob es irgendein Psy-

chotherapiegremium gibt, das für solche Übergriffe und letztlich therapeutische Kunstfehler zuständig ist, und ob ein solches Fehlverhalten von Lehrtherapeuten irgendeine disziplinarrechtlichen oder standespolitischen Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Gerald Nobis
 Krebsengarteng. 3–5/2/8, A–1 150 Wien

Editorial

Ihre Meinung ist gefragt!

Mit dieser Nummer des Psychotherapie Forums halten Sie bereits das siebte Heft in Ihren Händen. Nach diesen fast zwei Jahren mit unserer neuen Verbandszeitschrift möchten wir Sie auffordern, uns mitzuteilen, wie sie von Ihnen aufgenommen wird. Besonders interessiert uns Ihre Meinung zum wissenschaftlichen Teil. Profitieren Sie von der Lektüre, warum ja oder warum nicht? Gibt es eine Art von Arbeiten, die zu wenig oder überhaupt nicht vorkommen? Ergibt sich bis jetzt eine Relevanz für die Praxis?

Ihre Meinung und Ihre Anregungen interessieren uns vor allem, weil das Psychotherapie Forum dem Aufbau einer praxisbezogenen, schulenübergreifenden Wissenschafts- und Forschungskultur dienen soll. Dies kann aber nur dann geschehen, wenn die PraktikerInnen sich angesprochen fühlen und sich dadurch ein kultureller Prozess entwickeln und verbreiten kann.

Der aktuelle Anlass für unsere Fragen besteht im Thema dieser Ausgabe. Sie enthält Antworten auf die Fragen unseres Charta-Kongresses, an welchem ForscherInnen und PraktikerInnen im Gespräch waren. Diese Umfrage soll ein Teil dieses Diskurses sein und bestimmt die Richtung mit, in welche sich diese Kultur entwickeln wird.

Schicken Sie Ihre Antworten bitte an den Vorstand des SPV.

Ebenfalls im Zusammenhang mit dem Aufbau dieser schulenübergreifenden Kultur steht die in diesem Heft angekündigte Werkstatttagung. Qualitätsmanagement in der Psychotherapie ist dieses Jahr ein internes Schwerpunktthema des SPV. Es gibt dazu eine Arbeitsgruppe, die sich aus VertreterInnen verschiedener Richtungen zusammensetzt. Wir hoffen auf Ihr zahlreiches Erscheinen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mario Schlegel

Votre opinion nous intéresse!

Le présent numéro du Psychotherapie Forum est déjà le septième. Le numéro 1 a paru il y a deux ans et il est temps que nous vous demandions votre avis. Votre opinion au sujet du cahier scientifique nous intéresse tout particulièrement. Avez-vous l'impression que sa lecture vous apporte quelque chose? Pourquoi / pourquoi pas? Pensez-vous qu'une catégorie de travaux est trop peu souvent présentée ou manque? Les articles que vous avez lus jusqu' à maintenant vous semblent-ils pertinents par rapport à la pratique?

C'est surtout parce que le Psychotherapie Forum doit contribuer à établir une culture de la science et de la recherche indépendante des différentes écoles que nous aimerions connaître votre opinion et vos propositions. Cette culture ne peut se développer que si les praticien/nés se sentent concernés/es et accompagnent l'évolution et la diffusion d'un processus.

A un niveau d'actualité nos questions se réfèrent également au thème du présent numéro: des réponses aux questions posées par le congrès de la CHARTE, dans le sens du dialogue qui s'y est établi entre chercheurs et praticiens. Notre enquête vient s'insérer dans ce discours et doit contribuer à définir la manière dont la culture en question va évoluer.

Veillez faire parvenir vos réponses au comité de l'ASP.

A propos de l'élaboration d'une culture de la recherche, la rencontre-atelier „gestion de qualité en psychothérapie“ doit elle aussi permettre de poser des priorités au sein de l'ASP. Une commission a été formée, dont sont membres des représentants des différentes écoles. Nous espérons que vous serez nombreux à participer à la rencontre.

Merci d'avance de votre collaboration.

Mario Schlegel

KVG: Verordnung über die nicht-ärztliche Psychotherapie rückt näher!

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) legte im Sommer 1996 einen Entwurf für eine PsychotherapeutInnen-Verordnung vor, der zur Zeit noch durch zwei Experten begutachtet wird. Die Anhörung von zwei Experten zu einem Entwurf ist unüblich und verzögert die Inkraftsetzung der Verordnung. Im Herbst 1996 sollen konkrete Anerkennungsverhandlungen zwischen den Berufsverbänden über die Methoden und Curricula geführt und ein Vernehmlassungsverfahren eröffnet werden.

Die Situation für die Patientinnen und Patienten ist seit 1. 1. 1996 (Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes KVG) schlechter denn je, sodass eine rasche Lösung für den Einbezug der Psychotherapie

durch nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen dringend wäre.

Der uns zur Zeit vorliegende Entwurf bietet eine im Grundsatz akzeptable Grundlage zu einer befriedigenden Lösung, sind doch darin die hohen Standards für die Spezialausbildung in anerkannten Psychotherapiemethoden verankert. Zudem ist der Zugang zur Spezialausbildung über den Abschluss in Psychologie (mit vorgegebener Fächerkombination) und interdisziplinär über ein Hochschulstudium mit dem zusätzlichen Nachweis der psychotherapie-relevanten Grundlagenfächer (Ergänzungsstudium) vorgesehen.

Der Zeitplan des BSV für die Vernehmlassung „bei allen interessierten Kreisen“ ist allerdings viel zu langsam,

und wir setzen alles daran, die vorgegebenen Fristen zu verkürzen, indem wir die Föderation der Schweizer PsychologInnen (FSP) zu einer gemeinsamen Vorbereitung der Anerkennungsrunde eingeladen haben und bei Krankenkassen und Behörden versuchen, die Akzeptanz der Verordnung im Sinn des vorliegenden Entwurfs zu erreichen.

Sollte das gelingen, so hat unsere zähe und beharrliche Arbeit zu einer sachadäquaten Regelung im Berufsfeld der Psychotherapie geführt und wird auch auf die Ausbildungsregelung der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten Einfluss haben. Bessere Versicherungsleistungen für die Patienten werden folgen.

*Dr. phil. Markus Fäh-Barwinski,
lic. phil. Ursula Walter,
Co-PräsidentInnen SPV
lic. phil. Walter Franzetti,
Vorstandsmitglied Ressort
Versicherungspolitik*

LAMAL: la réglementation de la psychothérapie non-médicale se rapproche!

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a présenté au début de l'été un projet de réglementation qui, pour l'instant, doit encore être soumis à l'évaluation de deux experts. Cette manière de procéder est peu habituelle et contribue à créer un délai avant la mise en application de la réglementation. Il est prévu d'engager en automne 96 des négociations durant lesquelles les associations professionnelles auront à se mettre d'accord sur la manière dont elles reconnaissent leurs méthodes et curricula respectifs. Ensuite, une procédure de consultation sera lancée.

Depuis le 1er janvier 1996 (mise en vigueur de la nouvelle loi sur la LAMAL), la situation des patients/patientes n'a fait qu'empirer. Il serait donc urgent de trouver une solution rapide concernant l'inclusion des psychothérapies menées par des non-médecins.

Le projet qui nous a été présenté

offre en principe une base acceptable, permettant de trouver une solution satisfaisante. Il tient compte en effet des hauts standards définis pour la formation spécialisée dans une méthode reconnue de psychothérapie. Il prévoit en outre que l'accès à la formation spécialisée puisse se faire à partir d'un diplôme de psychologie (incluant une combinaison spécifique d'options) ou, de manière interdisciplinaire, à partir d'un diplôme universitaire auquel s'ajouterait une formation complémentaire dans les branches de base qui jouent un rôle par rapport à la psychothérapie (filière complémentaire).

Il reste que le calendrier prévu par l'OFAS pour la procédure de consultation "auprès de tous les milieux intéressés" inclut des délais beaucoup trop longs. Nous faisons tout ce que nous pouvons pour l'accélérer et avons invité la Fédération Suisse des Psychologues (FSP) à

participer à des séances de préparation aux négociations. Nous tentons également d'obtenir que les caisses maladie et les autorités compétentes acceptent la réglementation telle qu'elle est prévue par le projet.

Si nous atteignons ces objectifs, nous pourrions considérer que tout le travail que nous avons accompli avec beaucoup d'entêtement a finalement abouti à une réglementation adéquate de la psychothérapie; celle-ci devrait en outre influencer la manière dont la formation des thérapeutes non-médecins est réglementée. De plus, les caisses devraient accorder de meilleures prestations aux patients.

*Markus Fäh-Barwinski, dr. phil., et
Ursula Walter, lic. phil.,
coprésidents de l'ASP,
Walter Franzetti, lic. phil.,
membre du comité, ressort politique
concernant les assurances*

Qualitätsmanagement (QM) in der Psychotherapie – wie anpacken?

Eine Werkstatt-Tagung, organisiert vom Schweizer Psychotherapeuten-Verband

Samstag, 26. Oktober 1996, 9.00 bis 17.30 Uhr im Hotel Kreuz, Bern

mit einer Einführung von Markus Fäh-Barwinski, Zürich, und Referaten von Rainer Richter, Hamburg; Karl Koller, Mutschellen

Mitwirkende u.a.: Urs Weibel, Ursula Suter, Henri Schneider, Rosmarie Barwinski, Mario Schlegel, Gisela Zeller-Steinbrich

Das Thema QM ist in aller Munde. Zu Recht. Denn die ErbringerInnen von Pflichtleistungen nach dem neuen Krankenversicherungsgesetz, d.h. in absehbarer Zeit auch die PsychotherapeutInnen, sind verpflichtet, Qualitätssicherung zu betreiben.

Was aber ist Qualitätsmanagement? Eine Mode-Erscheinung? Eine Bedrohung der Psychotherapie? Ein Versuch, die Psychotherapie den Kriterien von Effizienz und Ökonomie zu unterwerfen? Oder eine Chance, unsere Arbeit zu verbessern und dies nach aussen transparent zu machen?

Wie soll ein Qualitätsmanagement aussehen, welches der psychotherapeutischen Praxis gerecht wird und ihr nützt? Wie packen psychotherapeutische PraktikerInnen diese Aufgabe an?

Auf vielseitigen Wunsch führen wir diesen Herbst deshalb eine Tagung zu diesem Thema durch. Ziel der Tagung ist:

1. **Inhaltliche Einführung** durch Referate ausgewiesener Experten
2. Eine **Werkstatt-Atmosphäre** zu schaffen, in der grundsätzliche Fragen des QM, das Unbehagen gegenüber diesem Thema, die Besonderheiten der eigenen therapeutischen Orientierung, Ideen und Vorschläge diskutiert werden können. Werkstatt-Atmosphäre heisst auch, dass nichts „Fertiges“, sondern Vorläufiges, Unausgeglichenes eingebracht werden kann
3. **Lust** am „Qualitätsgedanken“ und der „permanenten Revolution“ der Qualitätsentwicklung zu vermitteln

Qualitätsmanagement, Qualitätsentwicklung und -förderung im Psychotherapie-Feld kann nur von den PraktikerInnen selber, von „unten“, und von „innen“ her, entstehen. Eine Tagung also für neugierige, aufgeschlossene, scheuklappenfreie, aber auch skeptische PraktikerInnen, die sich neuen Entwicklungen nicht einfach unterwerfen oder verschliessen wollen, sondern sich mit Ihnen auseinandersetzen.

Anmeldung und Programme bei:

Schweizer Psychotherapeuten-Verband, Weinbergstrasse 31, 8006 Zürich, Tel. 01 266 64 00, Fax 01 262 29 96

Gestion de qualité (GQ) en psychothérapie – quelle approche?

Une rencontre-atelier organisée par l'Association Suisse des Psychothérapeutes

le samedi 26 octobre 1996, de 9h à 17h30, à l'Hôtel Kreuz, Berne

avec une introduction présentée par Markus Fäh-Barwinski, Zurich, et des contributions de Rainer Richter, Hamburg, et Karl Koller, Mutschellen

Autres participants: Urs Weibel, Ursula Suter, Henri Schneider, Rosmarie Barwinski, Mario Schlegel, Gisela Zeller-Steinbrich etc.

Tout le monde parle de gestion de qualité – à raison! Car selon la nouvelle loi sur l'assurance maladie, les fournisseurs de prestations – donc bientôt les psychothérapeutes – sont dans l'obligation de pratiquer des contrôles de qualité.

Mais de quoi s'agit-il? D'un phénomène à la mode? D'une menace pour la psychothérapie? D'une tentative faite pour soumettre cette dernière à des critères d'efficacité et d'économie? Ou d'une chance qui nous est offerte d'améliorer notre travail et de le rendre plus transparent envers l'extérieur?

Comment la gestion de qualité doit-elle se présenter pour qu'elle puisse être qualifiée d'adéquate et utile par rapport à la pratique? Comment les praticiens de la psychothérapie vont-ils aborder cette tâche?

A la demande de nombreuses personnes, nous organisons à l'automne une rencontre sur ce thème. Objectifs:

1. **Introduire au thème**, des experts présentant des contributions
2. **Créer une atmosphère d'atelier** rendant possible un débat concernant: questions centrales à la GQ, malaise exprimé par rapport à ce thème, particularités des différentes écoles de thérapie, idées et propositions. "Atelier" signifie aussi que la démarche ne se fondera pas sur un "produit fini", mais sur des éléments provisoires, encore en gestation.
3. Transmettre un **enthousiasme** concernant la "notion de qualité" et la "révolution permanente" accompagnant son élaboration.

Gestion de qualité, quality management, développement et promotion – tous ces aspects ne peuvent être mis en oeuvre que par les praticiens, à partir "du bas" et "de l'intérieur". Une rencontre s'adressant aux praticiens et praticiennes curieux, ouverts, sans préjugés, mais aussi aux sceptiques, à ceux qui refusent de se soumettre simplement à l'évolution ou de la rejeter et souhaitent s'y affronter de manière active.

Inscription et programme:

Association Suisse des Psychothérapeutes, secrétariat, Weinbergstr. 31, 8006 Zurich, tél. 01 266 64 00, fax 01 262 29 96

„Wie wenn man sich nach 50 Jahren wieder einmal trifft“

Mit diesen Worten beschrieb Alex Moser, Dr. med., Psychoanalytiker, die lebendige und fruchtbare Diskussionskultur, welche am ersten Charta-Kongress über die verschiedenen Methodenorientierungen hinweg vorhanden war.

Eine Befragung mittels Fragebogen hat ergeben, dass die grosse Mehrheit die Workshops, Referate und Paneldiskussionen als fachliche und wissenschaftliche Bereicherung erlebt hat. Besonders die Themen Forschung und Qualitätsmanagement, denen die psychotherapeutischen PraktikerInnen zunächst mit Skepsis begegneten, wurde mit grossem Interesse aufgenommen. Gemäss dem Wunsch der TeilnehmerInnen werden diesem noch weitere Kongresse folgen. Einige Kommentare von Teilnehmern sollen etwas von der Stimmung und den Erfahrungen am Kongress vermitteln, ebenso die Fotos der Referentinnen, deren Beiträge im Forum abgedruckt sind.

„Mir gefiel das Engagement der hier versammelten praktizierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die Entschlossenheit, mit der sie über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede ihrer Verfahren und über deren wissenschaftliche Erforschbarkeit und gesellschaftliche Einbindung diskutierten. Dabei hat mich vor allem die Diskussionskultur im Umgang der unterschiedlichen Gruppen und das konstruktive Su-

chen nach gemeinsamen Lösungen beeindruckt.“

Gerd Rudolf, Prof. Dr. med., Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg

„Ein aussergewöhnlicher Kongress, ein wirklich dialogisches Klima, viele interessante Perspektiven! Es ist sehr zu hoffen, dass in dieser Weise therapeutische Verfahren weiter miteinander arbeiten werden.“

Hilarion Petzold, Prof. Dr., Universität Amsterdam

„Der Kongress zeigte die Möglichkeit, in einer würdevollen Begegnung zwischen kontroversen Konzepten die unterschiedlichen Positionen in Austausch treten zu lassen.“

Jürgen Kriz, Prof. Dr., Universität Osnaabrück

„Der Kongress hat dazu beigetragen, Interesse an den Positionen anderer Therapeuten und Richtungen zu wecken, Wissen zu fördern und damit Vorurteile abzubauen. Das heisst nicht unbedingt, dass jemand seine Meinung geändert hat, in vielen Fällen verbessert sich sogar die eigene Identität. Folgende Einschätzung habe ich gewonnen: Allgemein wurde der grosse Einfluss des Beziehungsaspektes in der Psychotherapie anerkannt, die Zeit einer bloss ‚objektiven‘ Sicht von Behandlung und Behandelbarkeit ist vorbei. In einzelnen Behandlungsfällen scheint es notwen-

dig, verschiedene therapeutische Ansätze zu verbinden. Die Berechtigung, eine ‚Allgemeine Psychotherapie‘ oder eine ‚Integrative Psychotherapie‘ zu fordern, ergibt sich meines Erachtens dadurch nicht. Das leistet nur eine gute Aus- und Weiterbildung.“

Kurt Höhfeld, Dr. med., Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

„I think the Congress represented a most worthwhile effort on the part of practicing psychotherapists to become involved in research and to make greater use of the research literature. As practitioners and researchers we can learn a great deal from each other.“

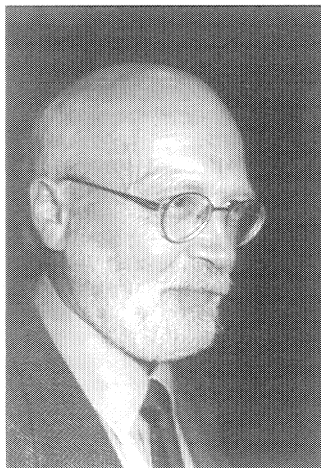
Prof. Hans H. Strupp, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, USA

„Die Atmosphäre war sehr kommunikationsfördernd. Bei den derzeitigen Umbrüchen im Bereich der Gesundheitsversorgung und hier speziell bei der Einbindung der Psychotherapie erscheint es wichtig, verschiedene Perspektiven gemeinsam zu diskutieren.“

Prof. Dr. Michael Linden, Freie Universität Berlin

„Ich war beeindruckt vom Interesse unserer Kollegen, der herzlichen Atmosphäre und dem Enthusiasmus. Ich gratuliere Ihnen von ganzem Herzen!“

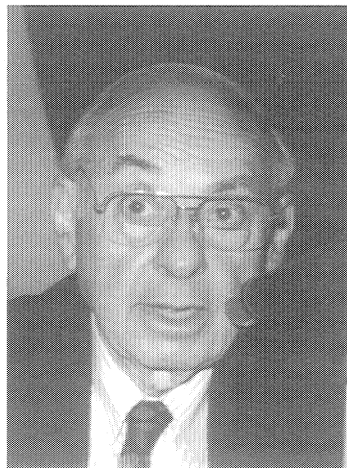
Prof. Dr. med. André Haynal, Universität Genf



G. Rudolf



I. Stengers



H. Strupp



N. Duruz

“Comme si l’on se retrouvait 50 ans plus tard”

C'est en ces termes que le docteur Alex Moser, psychanalyste, décrit les débats animés et fructueux qui se déroulèrent durant le premier congrès de la CHARTE, avec la participation de représentants de toutes les différentes méthodes.

Les réponses au questionnaire que nous avons distribué aux participants ont montré que la plupart d'entre eux ont vécu comme un enrichissement les ateliers, contributions et panels, que ce soit au niveau professionnel ou au niveau scientifique. Un grand intérêt a accueilli en particulier les thèmes de la recherche et de la gestion de qualité, au sujet desquels les praticien/nes avaient d'abord manifesté un certain scepticisme. Les participant/es ont demandé que d'autres congrès soient organisés – ils le seront. Nous publions la photo des intervenants dont la contribution est reproduite dans le présent numéro; avec les quelques commentaires de participants qui suivent, elles doivent donner une idée de l'atmosphère et des expériences qui ont dominé le congrès.

“J'ai apprécié l'engagement manifesté par les psychothérapeutes praticien/nes et la manière décidée dont ils/elles ont débattu des points communs et des différences entre leurs méthodes, du degré auquel celles-ci peuvent être étudiées scientifiquement et de leur place dans la société. La culture du débat exprimée dans les rapports entre les différents groupes et la recherche constructive de solutions communes m'ont particulièrement impressionné.”

Gerd Rudolf, prof. dr. en médecine, directeur de la Clinique psychosomatique de l'Université de Heidelberg

“Un congrès peu ordinaire, une atmosphère de dialogue authentique, de nombreuses perspectives intéressantes! Il reste à espérer que les différentes écoles vont continuer à collaborer de cette manière.”

Hilarion Petzold, prof. dr., Université d'Amsterdam

“Le congrès a montré qu'il est possible d'aborder de manière digne des

concepts controversés et de pratiquer les échanges entre différentes positions.”

Jürgen Kriz, prof. dr., Université d'Osnabrück

“Le congrès a contribué à éveiller l'intérêt pour les positions d'autres thérapeutes et d'autres écoles, en transmettant un savoir qui permette de réduire les préjugés. Ceci ne veut pas forcément dire que les différents participants ont changé d'avis, car dans de nombreux cas les échanges permettent d'affirmer une identité propre. A mon avis on reconnaît maintenant que l'aspect relationnel influence énormément la psychothérapie et que l'époque d'une perception simplement 'objective' du traitement et de ses potentiels est révolue. Dans le cas de certains troubles il semble indispensable de combiner plusieurs approches thérapeutiques. Ceci n'implique pas forcément qu'il faille accepter la notion d'une 'psychothérapie générale' ou d'une 'psychothérapie intégrante'. Seule une bonne formation peut permettre de combiner les méthodes.”

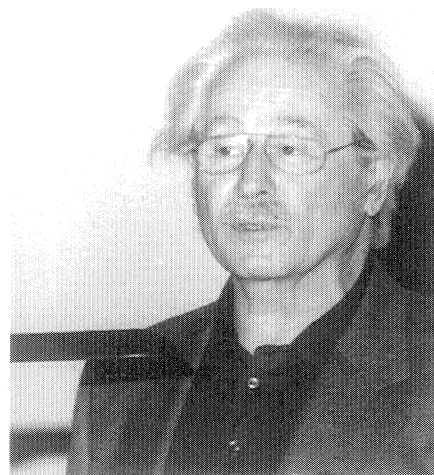
Kurt Höhfeld, dr. med., président de la Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

“Je pense que le congrès a représenté un effort de valeur, entrepris par les praticiens de la psychothérapie pour s'engager au niveau de la recherche et pour mieux utiliser les publications existant dans ce domaine. En tant que praticiens et que chercheurs, nous pouvons beaucoup apprendre les uns des autres.”

Hans H. Strupp, prof., Université Vanderbilt, Nashville, Tennessee, USA

“L'atmosphère a contribué à encourager les échanges. Compte tenu des mutations que subit actuellement l'offre en santé – et en particulier la place qu'occupe la psychothérapie – il semble important d'engager un débat commun au sujet des différentes perspectives.”

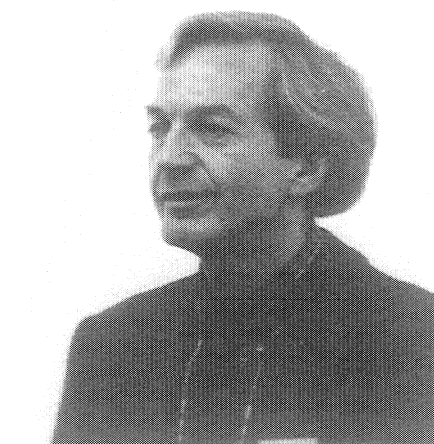
Michael Linden, prof., Université libre de Berlin



R. Klüwer



J. Kriz



B. Rüger

“L'intérêt et l'enthousiasme manifestés par nos collègues et l'atmosphère chaleureuse m'ont beaucoup impressionné. Je vous félicite très chaleureusement.”

André Haynal, prof. dr. med., Université de Genève

I. Stengers

Die Verwendung wissenschaftlicher Modelle durch den Psychotherapeuten*

Die Frage, welche Modelle die Psychotherapie braucht, kann mehrere Bedeutungen annehmen. Um deren Anzahl zu begrenzen, werde ich mich im folgenden auf die Frage der „wissenschaftlichen Modelle“ beschränken. Dann bleiben noch mindestens zwei Bedeutungen. Unter Modell kann man einerseits das Modell einer wissenschaftlichen Vorgehensweise verstehen – man weiss beispielsweise, wie wichtig das Modell der archäologischen Vorgehensweise für Freud war. Andererseits kann man darunter ein Modell verstehen, das aus einer Wissenschaft hervorgegangen ist, also eine von einer Wissenschaft entwickelte Repräsentation, die auf die Psychotherapie übertragen wird.

Es ist wichtig, diese zwei Bedeutungen auseinanderzuhalten, da das Übertragen eines in einer Wissenschaft entwickelten Modells auf eine andere Wissenschaft – wenn sich darin nicht eine Gemeinsamkeit der Vorgehensweise ausdrückt – die Bedeutung des übertragenen Modells verändert. Insbesondere kann dieses die Überzeugungskraft verlieren, über die es in seinem ursprünglichen wissenschaftlichen Bereich verfügt. Ich möchte betonen, dass genau dies auf alle aus anderen Wissenschaften stammenden Modelle zutrifft, die der Psychotherapeut als notwendig erachten könnte. Ich unterscheide daher zwischen Psychotherapeut und Psychotherapie. Auch wenn nämlich ein solches Modell für den Therapeuten ein „Denkwerkzeug“ (*tool for thought*) oder eine Unterstützung in der therapeutischen Beziehung darstellen kann, kann dieses Modell nicht zugleich ein *Urteil* im wissenschaftlichen Sinn begründen, also nicht Teil einer Beweisführung bezüglich der psychotherapeutischen Praxis als solches sein.

Bekanntlich ist nichts einfacher, als zu urteilen. Der Gebrauch eines beliebigen Wortes schliesst ein Urteil mit

ein. Im Gegensatz dazu ist die Möglichkeit, im wissenschaftlichen Sinn zu urteilen, viel seltener gegeben, da sie voraussetzt, dass das zu beurteilende Phänomen als Objekt konstituiert werden kann, das die Kategorien des Urteils bestätigen oder zumindest in Frage stellen kann. Die Möglichkeit, von einem Urteil im wissenschaftlichen Sinn zu sprechen, hängt demzufolge eng zusammen mit der Frage der wissenschaftlichen Vorgehensweise, und insbesondere mit der Vorgehensweise der experimentellen Wissenschaften. Auf die Notwendigkeit, sich dem Modell dieser Vorgehensweise zu widersetzen, werde ich im folgenden zuerst eingehen.

Die Grenzen des experimentellen Ansatzes

Das Experimentieren ist eine aktive, erfinderische und vor allem *selektive* Praxis. Sie vermutet und aktualisiert die Möglichkeit, ein Phänomen zu inszenieren, es zu kontrollieren und zu reinigen, sodass es wird, was es nicht war – und was ein Phänomen „natürlicherweise“, also ausserhalb des Labors, nie ist: ein *Zeuge*, der die Frage des Versuchsleiters *verlässlich beantwortet* und diesen autorisiert, sich in einer Beweisführung auf ihn zu beziehen. Diese Möglichkeit jedoch, die das Experiment aktualisiert, stellt keinesfalls ein Recht dar, das verallgemeinert werden könnte. Man kann ein Phänomen nicht einem Experiment unterwerfen, indem man einfach das Recht des Stärkeren ausübt, also desjenigen, der die Macht hat zu manipulieren und zu reinigen. Das Phänomen muss die Anforderungen des Experiments auch erfüllen können, d.h. man muss zeigen können, dass die experimentelle Manipulation nur ermöglicht hat, das Phänomen zu verstehen, und nicht einen „Machtmissbrauch“ darstellt, dass also diese Manipulation ein verlässliches Zeugnis hervorgebracht und nicht einen „falschen Zeugen“ hergestellt hat. Bei der experimentellen Vorgehensweise besteht die Grundregel deshalb

darin, zwischen einer experimentellen Tatsache, die fähig ist, als Beweis aufzutreten und ein Urteil zu begründen, und einem Artefakt zu unterscheiden. Man spricht von einem Artefakt, wenn die experimentelle Manipulation nicht mit der Reinigung des zu untersuchenden Phänomens oder der Beseitigung von das gesuchte Zeugnis verfälschenden Nebeneinflüssen gleichgesetzt werden kann, sondern wenn erwiesen ist, dass diese Manipulation das Phänomen erst erzeugt.

Die Vorgehensweise des Labors übt auf die anderen wissenschaftlichen Gebiete eine starke Faszination aus, da das Versuchslabor der Ort ist, wo ein Phänomen in einer Weise inszeniert und neu erfunden wird, dass der Versuchsleiter die *Initiative der Frage* haben kann. Das Labor ist der Ort eines Gegenüber, bei dem der Wissenschaftler die Möglichkeit hat, aktiv zu erfinden, indem er die Situationen herstellt, in denen das Phänomen, das er befragt, auf die Fragen antworten kann, die ihn interessieren, und in denen das Phänomen als den Kategorien, die es verständlich machen, unterworfen – diesen gehorchend – erscheinen kann. Ich möchte zuerst aufzeigen, dass dieses Modell ausserordentlich schädlich ist, sobald man versucht, es zu verallgemeinern, d.h. den Unterschied zwischen zwei Bedeutungen des Begriffs „Verhalten“ zu vergessen: die eine, die sich auf ein Wesen bezieht, zum Beispiel einen radioaktiven Kern, der gegenüber der Bedeutung indifferent ist, die das Labor seinem Verhalten verleiht, und die andere, die ein Wesen kennzeichnet, zum Beispiel einen Menschen, der fähig ist, sich darüber Gedanken zu machen, was mit ihm geschieht.

Dies lässt sich am Beispiel eines Labors für die experimentelle Untersuchung der Hypnose erläutern. Dass sich amerikanische Versuchsleiter seit den fünfziger Jahren für die Hypnose interessierten, geht darauf zurück, dass diese der experimentellen Psychologie die Definition einer Szene zu versprechen schien, in der der Wissenschaftler der Meister sei und er sein Versuchsobjekt wie ein Richter oder ein Versuchsleiter befragen könne. In der Tat wird der hypnotische Zustand gleichzeitig in Begriffen einer erhöhten Suggestibilität beschrieben und

* Originalfassung in französischer Sprache im wissenschaftlichen Teil dieses Psychotherapie Forum, S. 152–157.

danach beurteilt, wie die Versuchsperson die Suggestionen des Versuchsleiters akzeptiert. Wie die hypnotische Induktion selbst wird die Messung der Hypnose anhand eines Protokolls durchgeführt, das die genaue Replikation des Experiments gewährleistet, d.h. die explizite Definition des Phänomens durch im Protokoll festgelegte Variablen. Ob er die Anweisungen jeweils befolgt oder nicht, das Verhalten des Hypnotisierten antwortet in jedem Fall auf die Fragen des Labors.

Heute sieht die Situation in den Labors jedoch ganz anders aus. Eine Gruppe von Versuchspersonen, die für die hypnotische Induktion erwiesenermassen unempfindlich sind, wird gebeten, die Hypnose zu simulieren und das Versuchsprotokoll zu befolgen, während eine andere Gruppe aus – soweit bekannt – tatsächlich hypnotisierten Versuchspersonen besteht. Der Versuchsleiter selbst weiss nicht, ob er eine simulierende oder eine hypnotisierte Versuchsperson vor sich hat. Diese Versuchsanordnung zeigt, dass der Gehorsam der hypnotisierten Versuchsperson nichts zu tun hat mit demjenigen eines Laborobjekts. Man hat erkennen müssen, dass die hypnotisierte Person nicht nur weiss, dass sie hypnotisiert ist, sondern auch, dass sie sich in den Händen von Wissenschaftlern in einem Labor befindet. Und wenn sie gehorcht, also beispielsweise akzeptiert, einer am Versuch beteiligten Person Säure ins Gesicht zu schütten, tut sie dies offensichtlich deshalb, weil sie weiss, dass der Versuchsleiter nicht zulassen wird, dass jemand ernsthaft verletzt wird. Der Vergleich mit einer Gruppe simulierender Versuchspersonen soll deshalb den Unterschied herausarbeiten zwischen der Art und Weise, wie das Protokoll die Versuchsperson darüber informiert, was von ihr erwartet wird – und was die Simulierenden wie die tatsächlich Hypnotisierten ausführen –, und einem Rest, der auf die Hypnose als solche zurückgeführt werden könnte. Dieser Rest war seitdem Gegenstand vieler Kontroversen, und die Definition der Hypnose schwankt heute zwischen einem spezifischen „Zustand“, vergleichbar dem Wachzustand, dem Schlaf oder dem Traum, und der Reduktion auf eine Form der Simulation, auf ein Rollenspiel, bei

dem der Gehorsam gegenüber den Suggestionen lediglich zeigt, dass die Versuchsperson die Rolle des Hypnotisierten akzeptiert.

Ich beschränke mich hier auf die Tatsache, dass die hypnotisierte Versuchsperson weiss, dass sie im Labor befragt wird, und dieses Wissen vollumfänglicher Bestandteil ihres Verhaltens ist. Das Verhalten der hypnotisierten Versuchsperson, die akzeptiert, die Suggestionen zu befolgen, jenes des Versuchsleiters, der nach einem Protokoll hypnotisiert und sich verbietet, sich die Frage zu stellen, ob er es mit einer wirklich hypnotisierten oder mit einer simulierenden Versuchsperson zu tun hat, und jenes der simulierenden Person, die akzeptiert, auf Weisung des Wissenschaftlers zu mogeln, sind nur verständlich, wenn man sich in Erinnerung ruft, dass alle sich damit einverstanden erklärt haben, sich – jede auf ihre Weise – „im Namen der Wissenschaft“ dem Entwickeln wissenschaftlichen Wissens oder dem Erbringen eines Beweises zu unterwerfen. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass mit dem experimentellen Inszenieren der Hypnose „falsche Zeugen“ hergestellt werden: geschaffen wird nicht eine gereinigte, reproduzierbare hypnotische Beziehung, sondern ein *neues* Verhalten, das uns weder über die Hypnose im allgemeinen noch über ihre psychotherapeutische Anwendung etwas lehren kann. Ob sich jemand im Labor – d.h. im Dienste der Wissenschaft – einer hypnotischen Induktion unterzieht, oder ob er es in der Hoffnung auf Heilung tut: in beiden Fällen kann die hypnotisierte Person nichts beweisen in bezug auf die Hypnose im allgemeinen, sie kann nicht verlässlich davon Zeugnis ablegen. Tatsächlich ist der Gehorsam, von dem sie in den beiden Fällen Zeugnis ablegt, nicht der gleiche. In beiden Fällen kann ihr Verhalten nicht *einen Beweis* darstellen, da die Erfahrung für sie in erster Linie *eine Prüfung* ist.

Wie die experimentelle Psychologie versuchen heute auch andere Wissenschaften, „objektive Tatsachen“ zu erheben, die für den Menschen im allgemeinen Gültigkeit haben. Sei es die Kognitionspsychologie, die Neurophysiologie oder die Neurochemie, ich zögere nicht zu sagen, dass diese Wissenschaften ein gemeinsames

Merkmal aufweisen, das sie meines Erachtens in Frage stellt: sie halten ein Erkenntnisideal aufrecht, das die Eigenschaften, die das auszeichnen, womit sie es zu tun haben, als Hindernis darstellt. Wir wissen, dass der Konsum von Stoffen, die wir als Drogen bezeichnen, je nach kulturellem und affektivem Kontext vollkommen unterschiedliche Auswirkungen haben kann. Ebenso beweist der Placebo-Effekt ausreichend, dass schon die blosser Einnahme von dem, was als Medikament vorgestellt wird, Wirkungen zeigt. Und ebenso wissen wir, dass das Gedächtnis sich ganz unterschiedlich verhält, je nachdem, ob eine Liste mit Wörtern oder eine Liste mit Lauten ohne Bedeutung auswendig zu lernen ist. Selbst die Reaktionen von Tauben – ein Zielobjekt anzupicken oder auf eine Stange zu hüpfen – können in einem Experiment zum bedingten Reflex nicht auf identische Weise verstärkt werden: die beiden Verhalten sind aus der Sicht der Taube nicht „gleichwertig“, was sich in unterschiedlichen statistischen Ergebnissen äussert.

Die Definition des untersuchten Verhaltens gemäss dem experimentellen Erkenntnisideal verlangt vom Wissenschaftler, sich als Herr der Frage zu definieren, d.h. die Bedeutung, die das befragte Wesen dieser Frage verleihen könnte, als Störfaktor zu definieren, der unkontrollierbare Effekte hervorbringt, die möglichst eliminiert oder minimiert werden müssen. Ich vertrete deshalb die Ansicht, dass die Untersuchung der menschlichen Verhaltensweisen im Labor die Grundregel der experimentellen Praxis – nämlich zwischen Tatsache und Artefakt zu unterscheiden – missachtet: sie erzeugt systematisch Artefakte. Das Gegenüber zwischen dem Versuchsleiter, der die Initiative zu einer Frage ergreift, und dem Versuchsobjekt, dessen Verhalten möglicherweise zeigen wird, dass es sich in die Kategorien dieser Frage einordnen lässt, wird hier vollkommen pervertiert. Denn in diesem Fall ist die Unterwerfung dessen, was befragt wird, unter die vom Versuchsleiter gestellten Fragen nicht als Erfolg – als erfolgreiche Umwandlung eines Phänomens in einen verlässlichen Zeugen – zu sehen. Es handelt sich dabei im Gegenteil um die eigentliche Bedingung des Vorgehens. Was heisst, dass

die experimentelle Inszenierung eine andere Bedeutung erhalten hat: sie kann nicht mehr geltend machen, eine einfache Inszenierung zu sein, die das Phänomen reinigt, damit es die vom Versuchsleiter gestellten Fragen verlässlich beantwortet werden kann. Sie wird zum Instrument eines richtiggehenden Machtverhältnisses. Was befragt wird, muss in der vom Versuchsleiter festgelegten Weise antworten. Es muss durch List, Unwissenheit oder Zustimmung der Initiative des Versuchsleiters unterworfen werden. Die experimentelle Inszenierung wird so zu einem unreduzierbaren Bestandteil der durch sie erzeugten Antwort. Die Initiative des Forschers, der die Frage stellt und der etwas beweisen will, kollidiert mit der Tatsache, dass sein Gegenüber auch zur Initiative fähig ist. Das experimentelle Vorgehen muss dieses Hindernis also aktiv und entschieden aus dem Weg räumen, d.h., diese Fähigkeit zur Initiative eliminieren oder sie dazu zwingen, sich in einer Weise zu äussern, die gemäss den vorbestimmten Variablen erfassbar ist.

Angesichts der Bedeutung, die heute Therapien mit Medikamenten zukommt, ziehe ich insbesondere den Schluss, dass, unabhängig davon, wie wir den „Geist“ einer Ratte definieren wollen, nur eines sicher ist: Die Versuche, denen die Ratten in den Labors unterworfen werden, in denen „Tiermodelle“ verwendet werden, um „Medikamente“ zu testen, die das psychische Verhalten von Menschen verändern sollen, inszenieren diesen Geist nicht experimentell, sondern verneinen das Problem aktiv. Diese Versuche beweisen nichts, sondern schaffen Artefakte, die nach Beweisen aussehen. *A fortiori* kündigen die unbestrittenen Wirkungen dieser Medikamente also keinesfalls eine endlich wissenschaftliche Theorie des menschlichen Geistes an.

Der archäologische Ansatz als Modell für die Psychotherapie?

Stellt die Vorgehensweise des Archäologen und der Gesamtheit der Wissenschaften, welche die Vergangenheit anhand von Spuren und Indizien rekonstruieren, ein besseres Modell für die Psychotherapie dar? Im folgenden werde ich aufzeigen, dass dieses Modell genauso fragwürdige

Auswirkungen hat wie das experimentelle.

Archäologen oder auch Paläontologen gehen davon aus, dass die von ihnen untersuchten Spuren und Indizien bereits vor ihrer Studie vorhanden waren und auf verlässliche Weise von der Vergangenheit Zeugnis ablegen. Natürlich ist das Zeugnis eines solchen Zeichens nicht vergleichbar mit jenem einer im Labor erzeugten experimentellen Tatsache. Es ist immer mehrdeutig und lässt verschiedene Interpretationen zu. Aber es ist deshalb verlässlich, weil die Frage gestellt werden kann, ob es ein Überrest aus einer vergangenen Epoche ist oder nicht, ob es sich beispielsweise bei einem Stein um ein natürliches Fragment oder um einen Kiesel handelt, der vor Hunderttausenden von Jahren von Menschenhand bearbeitet worden ist. Die Archäologie und die Paläontologie gehen deshalb davon aus – und diese Annahme ist ein integrierender Bestandteil ihres Ansatzes –, dass die Vergangenheit Reste hinterlassen hat, die fähig waren, sich bis heute zu erhalten, und die als Zeugnis dieser Vergangenheit gelesen werden können, in der sie entstanden sind. Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass dieses Modell, von dem sich die Psychoanalyse inspirieren liess, in diesem Bereich ganz andere Konsequenzen nach sich zieht.

Beim Studium menschlicher Verhaltensweisen im Labor muss der Unterschied zwischen den Bedeutungen der Aussagen „das Verhalten einer Population radioaktiver Kerne gehorcht einem exponentiellen Gesetz“ und „die hypnotisierte Versuchsperson gehorcht den Suggestionen des Hypnotiseurs“ ignoriert werden – also der Unterschied zwischen Tatsachen und Artefakten. Aber die Psychoanalytiker, die sich wie Freud der archäologischen Vorgehensweise als Modell bedienen, müssen ihrerseits den Unterschied ignorieren zwischen der *technischen* Frage: „Ist dies ein Stein oder ein bearbeiteter Kiesel?“, die sich der Archäologe stellt, und der sich aufdrängenden *beunruhigenden* Frage, die sich ihnen aufdrängt: „Bin ich nicht dabei, meinem Patienten die Erinnerungen und sogar die Träume zu suggerieren, die ich als verschlüsselte Ausdrucksweise von Konflikten in der Vergangenheit aus-

legen werde?“ Der Unterschied zwischen der technischen und der beunruhigenden Frage beruht darauf, dass der Archäologe annehmen kann, dass die Antwort in irgendeiner Weise bereits vor seiner Frage vorhanden gewesen ist, und dass die Mittel, die er einsetzen wird, um diese Antwort herauszufinden, diese nicht beeinflussen, solange sie sich an ein Wesen richten, das dieser Unterscheidung gegenüber indifferent ist; der Psychoanalytiker hingegen muss sich bewusst sein, dass seine Furcht, etwas zu suggerieren, Teil der Situation ist und selbst zu einem fragwürdigen Instrument der Suggestion werden kann.

Es ist bekannt, dass Freud während seines ganzen Lebens gegen den Verdacht kämpfen musste, dass das Zeugnis seiner Patienten an die Suggestion oder seinen Einfluss auf sie gebunden sei. Die zeitgenössischen Historiker werden von den orthodoxen Psychoanalytikern übrigens als Feinde betrachtet, insofern sie die Schwäche der diesbezüglichen Argumente Freuds aufdecken, und manchmal auch ihren wahrheitswidrigen Charakter. Aus meiner Sicht ist der wichtige Punkt jedoch nicht die Frage, ob Freud Tatsachen verfälschte oder sogar die Unwahrheit sagte. Die Frage ist, weshalb er gezwungen war, das zu tun. Weshalb bedeutete die Aussage, seine Technik suggeriere oder übe einen Einfluss aus, eine Anschuldigung, gegen die sich Freud wehren musste? Weshalb hat die Frage der Suggestion seither die Geschichte der Psychoanalyse richtiggehend vergiftet, indem jeder denen vorwarf, mit denen er nicht einverstanden war, nicht richtige Psychoanalyse, sondern gewöhnliche Suggestion zu betreiben? Es ist, wie wenn die psychotherapeutische Beziehung, deren vordringlichste Aufgabe es doch ist, die Beziehung des Patienten zu sich selbst, zu den andern und zur Welt zu verändern, ihre eigene kreative und verändernde Wirkung in Abrede stellen müsste. Es ist, wie wenn der Therapeut beweisen müsste, dass die Wirksamkeit seiner Intervention allein auf Grund der Wahrheit des Problems des Patienten, wie sie vor dieser Intervention bestand, verständlich wird.

Ich halte es für denkbar, dass diese Situation zum Teil mit den wissenschaftlichen Modellen zusammenhängt, die – wie sowohl das experi-

mentelle als auch das archäologische Modell – beim Erarbeiten von Wissen dem Unterschied zwischen richtigem und falschem Zeugnis eine zentrale Bedeutung zuweisen, sei es, dass es sich um experimentelle Artefakte oder um falsche Indizien handelt. Aber es geht hier nicht nur um ein mögliches Missverständnis. Man muss die Tragweite des Aufgebens eines Modells erwägen, wie es die experimentelle oder die archäologische Vorgehensweise darstellen. Wenn Freud anerkannt hätte, dass die psychoanalytische Beziehung eine echte Schöpfung darstellt, hätte er das Risiko eingehen müssen zu vertreten, dass das psychotherapeutische Wissen nicht ein Urteil autorisieren kann, das sich – unabhängig von der Bedeutung, die jede Kultur der therapeutischen Beziehung verleiht – auf das menschliche Wesen im allgemeinen bezieht. Er hätte das Projekt aufgeben müssen, eine von der Kultur unabhängige Wissenschaft zu begründen. Er hätte anerkennen müssen, dass die psychoanalytischen Schlüsselbegriffe, wie unbewusste Konflikte, Verdrängung und Widerstand, nicht die Wahrheit des psychischen Lebens im allgemeinen wiedergeben, sondern Operatoren der psychischen Veränderung sind, die nicht von der Technik getrennt werden können. Und vielleicht hätte er den Dämonen, Ahnen und Göttern, die in den seit Jahrhunderten in Afrika und Asien gepflegten psychotherapeutischen Techniken intervenieren, denselben Status eines Operators zuerkennen müssen. An dieser Stelle kann man die Gefahren dieses Ansatzes nachvollziehen: Diesen übernatürlichen Wesen, die unsere moderne Kultur als einfache Glaubensvorstellungen und naiven Aberglauben beurteilt und disqualifiziert – wie könnte ihnen ein moderner Psychotherapeut denselben Status einräumen wie den grundlegenden Begriffen, von denen er sich leiten lässt?

Freud hat behauptet, dass jeder wissenschaftliche Fortschritt eine narzisstische Verletzung darstellt, weil er uns zwingt, eine liebgewonnene Überzeugung aufzugeben. Kopernikus hat gezeigt, dass sich die Erde, auf der die Menschen leben, nicht im Zentrum der Welt befindet, sondern nur ein gewöhnlicher Planet ist. Und Darwin hat gezeigt, dass der Mensch

nicht auf dem Höhepunkt der Pyramide der Lebewesen steht, sondern nur ein Produkt der Geschichte dieser Lebewesen ist. Mit der These der narzisstischen Verletzung hat Freud also ein Modell verwendet, das sich auf den wissenschaftlichen Fortschritt im allgemeinen bezieht: die Verletzung ist die Bedingung für diesen Fortschritt, und wer diese Verletzung akzeptiert, wird mit der Macht entschädigt, welche die verletzende Wahrheit verleiht. Was er nicht berücksichtigt hat – was übrigens zu seiner Zeit kaum sichtbar war –, ist der äusserst grosse Unterschied zwischen der Macht, die die „kopernikanische Revolution“ ihren Nachfahren verliehen hat, und jener, welche die „darwinistische Revolution“ ihren Nachfahren gewährt. Im Gegensatz zu den Astronomen, Physikern und anderen experimentellen Wissenschaftlern hat der Erbe Darwins – und ich denke hier an die Thesen von Stephen J. Gould in *Wonderful Life* – nicht die Macht, die Evolution des Lebens mit irgendeiner Theorie zu begründen. Er ist in erster Linie ein Historiker, dessen Arbeit die darwinistische Verletzung weiterführt, indem sie die Bedeutung dessen verändert, was wir gerne als Fortschritt, verbesserte Anpassung oder Zunahme von Komplexität definieren. Sie verunmöglicht es uns, wieder die Sicherheit eines Urteils zu finden, dank dem wir die Ungewissheit der Geschichte des Lebens auf Erden vergessen könnten. Die grosse Erzählung, die den Menschen in den Mittelpunkt der Schöpfung stellte, wurde nicht durch eine andere Erzählung ersetzt, die eine neue, aussagekräftigere Erklärungsgrundlage geliefert hätte, sondern durch eine Vielzahl kleiner Geschichten, die durch keinerlei Grund vereinheitlicht werden.

Die Entdeckung Freuds, dass der Mensch nicht frei und autonom handelt, sondern durch seine unbewussten Konflikte beeinflusst wird, verlängert die grosse Erzählung, in der Verletzung und Macht gleichzeitig auftreten. Diese Entdeckung ist in Wahrheit nur für die Gegner der Psychoanalyse eine wirkliche Verletzung. Sie gibt dem Menschen, insbesondere dem westlichen Menschen, und noch genauer dem Schüler von Freud, durchaus die Macht, jenseits der kulturellen Illusionen das wahre Wesen des Menschen im allgemeinen zu er-

kennen. Wenn die Psychoanalyse eine wirkliche Verletzung ist, ist sie es meines Erachtens in dem Mass, in dem sie zuerst die Nachfolger Freuds trifft, wie sie die Nachfolger Darwins getroffen hat, und diese Verletzung bezieht sich dann auf das Streben, Psychotherapie und Wissenschaft zur Deckung zu bringen – Wahrheit, die in der psychotherapeutischen Interaktion geschaffen wird, und Wahrheit des Menschen im allgemeinen. Und dann wäre die Verletzung tatsächlich schmerzhaft, da sie die Überzeugung in Frage stellen würde, die uns westlichen Menschen so wichtig ist: dass unsere Geschichte, so schmerzhaft sie auch sein mag, uns zu einem Wissen befähigt hat, das sich vom Wissen der anderen menschlichen Kulturen grundlegend unterscheidet.

Wissenschaftliche Modelle als Denkwerkzeuge für den Psychotherapeuten

Ich möchte jetzt auf die Bedeutung eingehen, die aus anderen Wissenschaften stammende Modelle als Denkwerkzeuge für den Psychotherapeuten haben könnten, der die eben definierte narzisstische Verletzung akzeptiert hat. Dieser wäre sich bewusst, dass seine Praxis nicht auf einer Wissenschaft basiert, die ihr ihre Legitimität verleihen würde. Er wüsste, dass keine Theorie über den Menschen ihm die Sicherheit geben und ihm gewährleisten kann, dass seine Technik tatsächlich der Wahrheit des Menschen entspricht. Wenn er Denkwerkzeuge benötigt, dann sind es Werkzeuge, die ihm helfen, die psychotherapeutische Beziehung zu leben, indem sie ihm helfen, nicht auf den Gedanken zu verfallen, wenn dieser Beziehung nicht eine Theorie zugrundeliege, sei alles gleichwertig und alles erlaubt. Mit diesen Werkzeugen kann er die Furcht davor überwinden, willkürlich vorzugehen, und sein Interesse an und seine Begierde nach der kreativen, verändernden Dimension dieser Beziehung nähren.

Der moderne Psychotherapeut kann den Hilfesuchenden nicht mehr als Träger einer Nachricht betrachten, die aus einer unsichtbaren Welt kommt, von einem Gott, einem Dämon oder einem Ahnen, dessen Absichten und Ansprüche es zu ent-

schlüsseln gilt. Aber er kann die Weisheit dieser Art, das psychische Leiden zu definieren, verstehen. Die Bezugnahme zur unsichtbaren Welt untersagte dem traditionellen Psychotherapeuten, über seinen Patienten in Begriffen eines Wissens zu „urteilen“, das er selbst besitzen würde. Sie zwang ihn, Bedeutungen herzustellen, die seinen Patienten nicht auf die Stufe eines Kranken herabsetzten, da die Bedeutung der Botschaft, die die Krankheit darstellt, für die ganze Gruppe wichtig ist. Durch das Aufnehmen seines Leidens als Botschaft wird der Leidende aktiv nicht als Kranker definiert, sondern als „Schnittpunkt“ zwischen der Alltagswelt und der „anderen Welt“, aus der diese Nachricht stammt.

Welche Modelle können in Analogie dazu den Psychotherapeuten veranlassen, den Patienten nicht auf einen Fall zu reduzieren, der eine Theorie illustriert, sondern sich bewusst zu sein, dass das von ihm gebildete Urteil kein Urteil über den Patienten ist, sondern ein Urteil, das mit dem Patienten erstellt wurde, ein wirkliches schöpferisches Herstellen der Bedeutungen, die diesem Patienten helfen sollen?

Ich beschränke mich hier auf ein einziges Beispiel, auf die von H. Schneider, R. Barwinski und M. Fäh vorgeschlagene Verwendung der Modelle der Physik fern vom Gleichgewicht. Für die Physiker war die Selbstorganisation eines Systems fern vom Gleichgewicht eine sehr wichtige konzeptionelle Entdeckung. Die Begriffe der kritischen Schwelle, jenseits welcher neue Regimes kohärenter Aktivität auftreten können, und der Sensibilität eines Systems fern vom Gleichgewicht für Faktoren, die im Gleichgewicht unbedeutend und vernachlässigbar waren, weisen tatsächlich auf die Notwendigkeit eines neuen Ansatzes hin. Die Wissenschaftler auf dem Gebiet der physikalischen Chemie waren es gewohnt, die möglichen Verhaltensweisen eines Systems aus seiner Definition abzuleiten. Sie nahmen also an – und das versteht man gewöhnlich auch unter einem „System“ –, dass die Definition eines Systems die Möglichkeit bietet, seine Aktivität zu bestimmen. Demgegenüber drückt der Begriff der physikalisch-chemischen Selbstorganisation aus, dass fern vom Gleichgewicht die

Aktivität bestimmt, wie das System definiert werden muss.

Die in der Physik fern vom Gleichgewicht entwickelten Begriffe der Selbstorganisation und der Sensibilität können in der Psychotherapie von Nutzen sein. Sie können dem Therapeuten nämlich dabei helfen, die Interpretationen, die aus der therapeutischen Beziehung hervorgehen und Wirkungen haben, die von ihrer Erheblichkeit zeugen, ausserhalb des Gegensatzes von wahrheitsgetreuer Interpretation und einfacher fiktiver Herstellung einzuordnen. Das *psychische Ereignis*, das das Auftreten einer fruchtbaren Interpretation oder anderen Intervention darstellt, braucht weder als Beweis für deren Richtigkeit noch als Ausdruck des suggestiven Einflusses des Therapeuten angesehen zu werden. Das Ereignis hängt von der Beziehung ab; es macht die Veränderung wahrnehmbar, zu der diese Beziehung den Patienten fähig gemacht hat, drückt sie aus und aktualisiert sie.

Es ist jedoch zu betonen, dass die Nützlichkeit dieser Begriffe, die aus der physikalischen Chemie hervorgegangen sind, ihnen keinerlei Autorität verleiht, denn ihre Übertragung auf die Psychotherapie geht mit einem Bedeutungswechsel einher, der deutlich ausdrückt, dass wir von der Physik in den Bereich der menschlichen Bedeutungen wechseln. In der Physik hat der Physiker eine präzise Rolle. Er verändert die Randbedingungen des Systems, erhöht beispielsweise die Wärmezufuhr, und er beobachtet die allfällige Veränderung der Aktivität dieses Systems, die daraus resultiert. Weder er noch die Wärme, die er dem System zuführt, um es vom Gleichgewicht zu entfernen, werden durch diese Veränderung der Aktivität also selbst verändert. Wenn wir hingegen von einem „psychischen Ereignis“ in der psychotherapeutischen Behandlung sprechen, muss dieses Ereignis den Therapeuten ebenso wie seinen Patienten betreffen. Wenn von Veränderung der Randbedingungen gesprochen werden muss, ist zu unterstreichen, dass diese Veränderung – im Unterschied zur Physik – nicht das Ergebnis einer Initiative des Therapeuten ist: Veränderung geschieht vielmehr *sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten*. Ebenso sind alle Beschreibungen des

psychischen Ereignisses in Begriffen der Neugestaltung oder neuer Kohärenz unvollständig und einseitig, wenn sie sich nur auf den Patienten beziehen. Das „System“ Therapeut-Patient zeichnet sich nicht nur durch die Instabilität der Erfahrungsweise des Patienten aus, der neue Kohärenzen exploriert. Der Therapeut selbst, wie auch die „therapeutischen Rahmenbedingungen“ sind im Werden. Gewiss, es liegt am Therapeuten, die neuen Erfahrungsweisen, zu denen der Patient fähig geworden ist, zu erkennen und zu „validieren“. Aber diese Dimensionen seiner Praxis haben nichts zu tun mit jenen des Physikers, der feststellt und beschreibt. Es geht für ihn nicht darum, eine Theorie zu validieren, die durch die Veränderung des Patienten bestätigt würde, sondern darum, ein Ereignis therapeutischer Art in Worte zu fassen und zu deuten, d.h. ein Ereignis, das den beiden Wesen, die es affiziert hat, Rollen unterschiedlicher Art – jeweils von Therapeut und Patient – zuteilt.

Weitere Modelle können aus anderen Wissenschaften stammen, wahrscheinlich vor allem aus der neuen Wissenschaft der konnektionistischen Netzwerke, die Stuart Kauffman erforscht, und die den Begriff der „Grenze“ zwischen Ordnung und Chaos geschaffen hat. Diese Modelle zeigen, jedes auf seine Weise und immer nur für sehr einfache, vollständig verstehbare Fälle, dass die Grenzen der Fähigkeit, Vorhersagen zu machen und Manipulationen vorzunehmen, nicht auf einen Mangel an Kenntnis zurückzuführen sind, sondern dass diese Grenzen im Gegenteil zu einer angemessenen Definition der Erkenntnis gehören. Das gemeinsame Anliegen dieser Modelle ist, darauf hinzuweisen, dass die Vorstellung eines Gesetzen gehorchenden Verhaltens keineswegs den allgemeinen Fall darstellt, sondern nur auf aussergewöhnliche Situationen zutrifft. In diesem Sinne können diese Modelle den Psychotherapeuten helfen, die narzisstische Verletzung positiv zu erleben, die der Verzicht auf einen Beweisansatz darstellt, also der Verzicht auf das Idealeiner therapeutischen Intervention, die sich auf eine Theorie stützen würde, die das definiert, dem das menschliche Verhalten gehorcht. Aber diese Modelle genügen nicht, um die therapeutische Pra-

xis durchzudenken. Ich bin der Überzeugung, dass diese – um ausserhalb des Gegensatzes von Tatsache und Artefakt, verlässlichem und falschem Zeugen, Wahrheit und Fiktion gewürdigt zu werden – als *Kunst der Beeinflussung* anerkannt werden muss, als Beeinflussung, die weder von der Wahrheit zeugt in dem Sinn, dass diese Wahrheit bewiesen werden könnte, noch von der willkürlichen Suggestionsmacht eines Menschen über einen anderen. Beeinflussung ist nicht Einfluss von jemandem auf einen anderen. Einfluss antwortet nicht auf eine Initiative, sondern vollzieht

sich in einer Beziehung und verändert immer bis zu einem gewissen Grad sowohl den, von dem man sagen wird, „er sei beeinflusst worden“, als auch den, von dem man sagen wird, „er habe beeinflusst“. Die Anforderungen, Randbedingungen und Verpflichtungen dieser verändernden und schöpferischen Beziehung gilt es zu untersuchen.

Prof. Isabelle Stengers
Université Libre de Bruxelles
CP 175/01
Avenue F. D. Roosevelt 50
B-1050 Bruxelles, Belgique

Die psychotherapeutische Methode

Als erstes können wir festhalten, dass der Psychotherapeut für sich in Anspruch nimmt, nach einer Methode zu arbeiten. Die etymologische Bedeutung dieses Begriffs (griechisch: *methodos*) verweist auf das Bild eines Weges, dem man auf der Suche nach dem Ziel folgt. Es handelt sich also um eine Vorgehensweise, die eine gewisse Systematisierung bedingt. In seinem *Vocabulaire de la Philosophie* definiert Lalande sie als „definiertbare und mittels einer geistigen Tätigkeit stetig verfolgte Richtung“ (S. 624). In Bezug auf die Psychotherapie also bedeutet, ein methodisches Verfahren für sich in Anspruch zu nehmen, sich streng an ein bestimmtes Vorgehen zu halten und sich von jeder Praxis abzugrenzen, die improvisiert oder in Unkenntnis ist darüber, was abläuft. Unter diesem Gesichtspunkt kann die Psychotherapie in einem ersten, ziemlich weiten Sinn als *wissenschaftlich* bezeichnet werden. Sie würde sich damit von anderen sozialen Veränderungspraktiken unterscheiden, wie den AA, einer charismatischen Gemeinschaft, einer Gruppe von Freunden, der Seelsorge usw. Tatsächlich kann man, so scheint mir, zwei Arten von sozialen Praktiken unterscheiden, die in Individuen Veränderungen bewirken. Die einen basieren auf einem Verfahren, das beschrieben werden kann und das anhand rationaler Kriterien analysierbar und auch teilweise kontrollierbar ist, d.h. einem Verfahren, das sich einem *kritischen Diskurs* nicht entzieht (z.B. die als wissenschaftlich bezeichnete Psychotherapie); die anderen – nicht unbedingt weniger wirksamen – basieren auf einem Prozess, dessen Wirkung im wesentlichen auf dem *Glauben* an schwierig zu definierende oder mindestens nicht beherrschbare Kräfte beruht, die von den involvierten Personen oder Gruppen nicht einer spezifischen und kritischen Analyse unterzogen werden.

Glaube – Theorie – Modell

Dieser kritische Diskurs, zu dem die Psychotherapie fähig wäre, wäre also ein Gewähr für ihre Wissenschaftlichkeit. Aber man muss einen Schritt weitergehen und aufzeigen, wie dieser kritische Diskurs durch die Ver-

N. Duruz

Eine wissenschaftliche Psychotherapie – und den einzelnen psychotherapeutischen Orientierungen entsprechende Forschungsmethoden*

In Übereinstimmung mit der Vielfalt sozialer Ansichten und Praktiken, die unsere gegenwärtige Gesellschaft kennzeichnen (Vermehrung und Aufteilung der ethnischen Gruppierungen, der wissenschaftlichen Disziplinen, beruflichen Spezialisierungen, sexuellen Praktiken usw.), erscheint heute auch das Gebiet der Psychotherapie als äusserst heterogen. Führt eine solche Feststellung unweigerlich zum Schluss, den manche ziehen, Psychotherapie sei „das, was ich auf Grund dessen tue, was ich glaube“? Anlässlich der *Boulder Conference* im Jahre 1949, einem Kongress Klinischer Psychologen aus den USA, bemerkte V. Raimy in diesem Sinn ironisch (zitiert nach London, 1964): „Psychotherapie ist eine unbestimmte Technik, die mit unvorhersagbarem Ergebnis auf unspezifische Fälle angewendet wird. Die Ausübung dieser Technik setzt eine intensive Ausbildung voraus.“ Aber kann man denn wirklich sagen, was Psychotherapie ist? Ist die Psychotherapie berechtigt, einen wissenschaftlichen Status für sich in

Anspruch zu nehmen? Wäre eine Psychotherapie glaubwürdiger, die sich einem Modell unterwirft? Und wenn ja, welchem Modell?

Auf einer ersten – recht radikalen – Ebene der Fragestellung müsste der ideologische Aspekt diskutiert werden, aber aus Zeitgründen werde ich diesen beiseite lassen (Duruz, 1994a). Man müsste sich dabei fragen: „Warum ist es eigentlich für die Psychotherapie, oder genauer, für die Psychotherapeuten, wichtig, dass ihre Praxis als wissenschaftlich dargestellt wird? Über den selbstlosen Hinweis auf das gesteigerte Wohlbefinden hinaus, das sich bei Klienten einstellt, die mit einer wissenschaftlichen Methode behandelt werden – in welcher Hinsicht sind die Psychotherapeuten selbst daran interessiert? Ganz kurz: wie steht es mit ihrem Wunsch, Psychotherapeuten zu sein und als solche sozial anerkannt zu werden? Eine Analyse der Frage, weshalb eine mit dem Nimbus der Wissenschaft versehene Praxis ein Bedürfnis nach gesellschaftlicher Legitimation hat, scheint mir unumgänglich.“

Aber halten wir uns jetzt an die Ebene der Fragestellung dieses Panels: Psychotherapie: wissenschaftlich oder nicht?

* Originalfassung in französischer Sprache im wissenschaftlichen Teil dieses Psychotherapie Forum, S. 158–162.

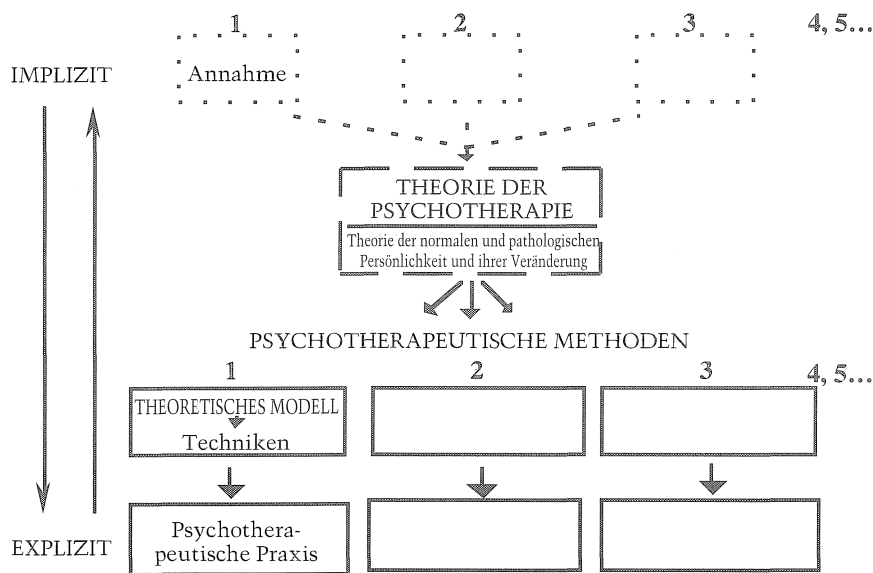


Abb. 1. Die Ebenen der Erkenntnis in der Psychotherapie

wendung eines wissenschaftlichen Modells möglich wird. Wie wird ein solches Modell entwickelt? An diesem Punkt der Diskussion stösst man unter anderem deshalb auf beträchtliche Schwierigkeiten, weil sich durch Glaubensvorstellungen bedingte Einflüsse bei der Entwicklung eines wissenschaftlichen Modells der Psychotherapie nicht so einfach ausschalten lassen. Um die Tragweite und das Gewicht einer als wissenschaftlich bezeichneten Psychotherapie besser zu verstehen, müssen wir deshalb zuerst die Beziehungen zwischen Glaube, Theorie und Modell genauer bestimmen, indem wir jede dieser Ebenen des Wissens einzeln angehen.

Es ist wichtig, die Begriffe *Theorie* und *Modell* deutlich auseinanderzuhalten, da es sich um zwei unterschiedliche Ebenen der konzeptuellen Ausarbeitung wissenschaftlicher Erkenntnis handelt. Die Theorie stellt eine Reihe von mehr oder weniger approximativen Erkenntnissen dar, die das Ergebnis einer intellektuellen Konstruktion sind, in die Analogien aus der Alltags-Erfahrung eingehen. Diese Erkenntnis wartet auf eine Validierung. Um diese mit der notwendigen Stringenz durchzuführen, sollte die Theorie einer mehr oder weniger weitgehenden Formalisierung unterzogen werden, die sich gewöhnlich auf einen eingeschränkten Gegenstandsbereich bezieht; daher die Konstruktion eines Modells, also einer Art Mittelding zwischen Theorie und empirischer Realität, das eine semanti-

sche Interpretation der Theorie leistet. In diesem Sinne versucht das Modell zu umschreiben, was bei der Theorie mit ihrer umfassenden Absicht zu approximativ, zu global und vielleicht auch zu ideal bliebe. Das Modell verfolgt deshalb eine eingeschränktere Zielsetzung und weist eine kontrolliertere Vorgehensweise auf.

Wenn wir annehmen – was viele Wissenschaftler ablehnen –, dass eine Theorie stets ausgehend von *a priori* entwickelt wird, die in Voraussetzungen oder Prämissen wurzeln, die sich auf eine Weltanschauung, auf ein Bild des Menschen, der Gesellschaft usw., letztlich also auf ein Wertesystem beziehen, stellt sich die Frage: In welchem Mass können wir diese subjektive und ideale Dimension der Theorie kontrollieren?¹

Man könnte beispielsweise die Antwort von Popper anführen. Seiner Ansicht nach ist der Wissenschaftler verpflichtet, das Bestehen von Vorurteilen (das ist sein Ausdruck) anzuerkennen, die seinen Erkenntnisprozess kontaminieren; trotzdem muss er aber versuchen, diese aufzudecken

¹ Umso mehr, als im Bereich einer Theorie der Psychotherapie die für ihre Praxis kennzeichnende dreifache Subjektivität hervorgehoben werden kann: die subjektive Verwicklung des Beobachters / Psychotherapeuten, die Subjektivität des Objekts der Psychotherapie (die subjektive Erfahrung des leidenden Menschen) und der immer einzigartige und vom Kontext abhängige Prozess einer solchen Begegnung.

und beiseitezustellen, sie also höchstens im Kontext der Entdeckung zu verwenden. Mit Kuhn, Adorno, Bateson und weiteren teilen wir eine andere Ansicht. Die fiktive oder ideale Dimension einer Theorie lässt sich nicht so leicht neutralisieren; sie übt einen Einfluss aus sogar auf die Art, wie das Modell entwickelt wird, auf die für die Validierung vorgeschlagenen Vorgehensweisen und auf die aus den empirischen Daten herausgearbeiteten Erkenntnisse. Mehr noch, diese fiktive Dimension ist grundlegender und unabdingbarer Bestandteil des wissenschaftlichen Ansatzes. Wenn eine Theorie – sozusagen ein Nebelstern von Konzepten, die sich auf einen bestimmten Bereich der Realität beziehen – zu mehreren Modellen Anlass gibt, ist dies nicht nur darauf zurückzuführen, dass dieser Bereich durch die eingeschränkte Zielsetzung des Modells zusätzlich eingengt wird, sondern auch darauf, dass das Modell die Theorie immer selektiv interpretiert, u.a. in Funktion der Prämissen des Wissenschaftlers (Duruz, 1994b).

Unter Berücksichtigung dieser epistemologischen Klärung kann die Hierarchie der Ebenen der Erkenntnis im Bereich der Psychotherapie besser beschrieben werden, die von der implizitesten bis zur explizitesten gehen und in Abb. 1 dargestellt sind.

Aus dieser Grafik wird ersichtlich, wie die impliziten Annahmen (*erste Ebene*) die Ausarbeitung eines theoretischen Modells beeinflussen, in das noch ungenügend definierte Konzepte (Psyche, Verhalten, gesunde und pathologische Persönlichkeit, Veränderung usw.) eingehen, die als Theorie der Psychotherapie (*zweite Ebene*) bezeichnet werden. Weiter sehen wir, wie ein theoretisches Modell mit den dazugehörigen Techniken eine psychotherapeutische Methode bildet (*dritte Ebene*), die wiederum – gemeinsam mit anderen Faktoren – die eigentliche psychotherapeutische Praxis (*vierte Ebene*) bestimmt.

Dies bedeutet für uns, dass jedes theoretische Modell immer eine fiktive Dimension aufweist, und zwar in dem Sinn, dass es von den Glaubensvorstellungen der Person durchdrungen ist, die das Modell entwirft.² Diese

² An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Glaubensdimension, die in jede

Glaubensvorstellungen eines einzelnen, einer Gruppe oder einer Gesellschaft können als Annahmen oder Grundpostulate verstanden werden, wie sie von Bateson (1971) definiert wurden: „eine Reihe von gewohnheitsmässigen Hypothesen oder Prämissen, die implizit in der Beziehung zwischen dem Menschen und seiner Umwelt vorhanden sind“ (S. 320).

In dieser Perspektive wäre es von grossem Nutzen, wenn jeder Psychotherapeut – oder jede Schule – eine Art „epistemologische Charta“ verfassen würde, die es jedem ermöglichen würde, sich eingehender mit seinen Annahmen auseinanderzusetzen, und sich so günstig auf einen Austausch zwischen Psychotherapeuten auswirken würde. Denn, wie Bateson (1979) weiter sagte, „es ist offensichtlich wünschenswert (aber nicht unbedingt notwendig), dass der Wissenschaftler sich seiner Vorannahmen bewusst und fähig ist, diese zu formulieren. Um ein wissenschaftliches Urteil abgeben zu können, ist es jedenfalls empfehlenswert, um nicht

Theorie eingeht, keineswegs nur negativ beurteilt werden sollte, selbst wenn sie dem vereinheitlichenden Anspruch der Theorie des Psychotherapeuten Vorschub leisten kann, der sich dann oft in einen Exkommunikator verwandelt. Die Psychoanalytikerin Joyce McDougall (1988) anerkennt auf ihre Weise die tröstende Wirkung einer psychotherapeutischen Theorie, die es dem Psychotherapeuten ermöglicht, das Chaos in den psychischen Vorgängen seiner Klienten und die Einsamkeit seines Berufs zu meistern! „Wir brauchen die Gewissheit, dass im Chaos der psychischen Vorgänge eine Ordnung existiert und dass Theorien bestehen, mit denen psychische Veränderungen erklärt werden können. Ausserdem helfen uns unsere Theorien, die Unbekannten der klinischen Situation zu meistern und uns im voraus auf die Einsamkeit einzustellen, die in einer solchen Zweiersituation auf uns zukommt. Indem wir uns an eine theoretische Schule halten, sind wir Teil einer Familie und fühlen uns bei den Ungewissheiten weniger allein, die uns täglich überfallen“ (S. 606). Noch grundsätzlicher verweisen wir auf die Überlegungen des Ethnopsychiaters T. Nathan, der zeigt, wie die – primitiven und westlichen – Glaubenssysteme eine Rolle spielen als Organisatoren des praktischen Wissens oder wirksamer Techniken, sowohl bei traditionellen als auch bei wissenschaftlichen Therapien. Freud, um dies in Erinnerung zu rufen, sprach von seiner Metapsychologie als „Hexe“!

zu sagen unerlässlich, die Annahmen der auf dem gleichen Gebiet tätigen Forscherkollegen zu kennen“ (S. 31). – Im Bestreben um eine solche epistemologische Klärung haben wir eine Umfrage bei 77 Schweizer PsychotherapeutInnen durchgeführt, die 12 verschiedenen Richtungen angehören. Die Ergebnisse werden in Kürze veröffentlicht.

Kriterien eines wissenschaftlichen Modells der Psychotherapie

Die weiter oben zwischen Glaube, Theorie und Modell hergestellten Bezüge erklären teilweise die unvermeidliche Vielfalt psychotherapeutischer Modelle. Dies sagt jedoch noch nichts darüber aus, ob jedes dieser Modelle einen wissenschaftlichen Wert besitzt. Unter einem wissenschaftlichen Modell wäre ein Modell zu verstehen, das die Vorgehensweisen für seine Validierung vorschlägt und dadurch auch die Grenzen seines Gegenstandsbereichs festlegt.

Man könnte einwenden, dass der von uns vorgeschlagene wissenschaftliche Ansatz für die Psychotherapie dazu führt, dass wir uns mit einer allzu philosophischen, spekulativen, ja redundanten Diskussion begnügen und allzu leicht eine „von den Tatsachen unterbestimmte Theorie“ akzeptieren. Dieser Begriff stammt von Atlan (1991), der darauf aufmerksam macht, dass „je komplexer und einzigartiger ein Phänomen ist, desto eher jede Theorie unterbestimmt ist, die es erklären könnte“ (S. 139). Atlans Verdienst besteht darin, auf die zunehmende Vereinnahmung und Entleerung der empirischen Tatsachen durch die Ideen und Überzeugungen der Betrachter hinzuweisen, während er gleichzeitig an der Notwendigkeit einer Theorie und deren Einfluss auf die empirische Beobachtung festhält.

Wir denken, dass es im Bereich der Psychotherapie auf Grund der verschiedenen bestehenden Modelle nicht nur eine einzige Methode gibt, gemäss der empirische Beobachtungen durchgeführt werden könnten. Genauer ausgedrückt, schlägt jedes psychotherapeutische Modell seine eigenen Regeln vor, um empirische Tatsachen hervorzubringen, zu definieren und im Hinblick auf die Validierung seiner jeweiligen theoretischen

Aussagen zu verwenden. An dieser Stelle müssen wir die weiter oben gegebene Definition des theoretischen Modells in Erinnerung rufen: eine Art Mittelding zwischen Theorie und empirischer Realität, das eine semantische Interpretation der Theorie leistet. Das Modell verleiht einer möglichen Realität in Form von Hypothesen konzeptuellen Ausdruck und schlägt Vorgehensweisen vor, gemäss denen die theoretischen Aussagen mit den empirischen Tatsachen in Beziehung gesetzt werden können. Das Modell soll es also ermöglichen, die theoretische Kenntnis objektivierbar zu machen, indem es Zugänge zur Realität vorschlägt, die zwar begrenzt, aber eher kontrollierbar sind.

Die Wissenschaft im positivistischen Sinn tendiert dazu, die experimentelle Methode als einzige durchzusetzen, mit der theoretische Aussagen auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Beobachtung validiert werden können. Eine gemäss einer überarbeiteten Epistemologie verstandene Wissenschaft hingegen verlangt, dass eine Validierungsmethode dem untersuchten Objekt angemessen ist. Es ist beispielsweise offensichtlich, dass eine wissenschaftliche Untersuchung der mystischen Erfahrung nicht ausschliesslich auf der experimentellen Methode basieren kann, während diese geeignet wäre für eine Untersuchung im Bereich der Robotik bei neurochirurgischen Eingriffen. Es geht also darum, sich die Beziehung zwischen der Methode und dem Objekt der Untersuchung als zirkuläre Kausalität vorzustellen: die Art, wie ein Problem in Bezug auf die empirische Realität gestellt wird, impliziert immer ein Vorverständnis des Objekts; von da an wird eine spezifische Beleuchtung (Methode) auf das Objekt gerichtet, die dieses aus der Realität hervortreten lässt (Abb. 2).

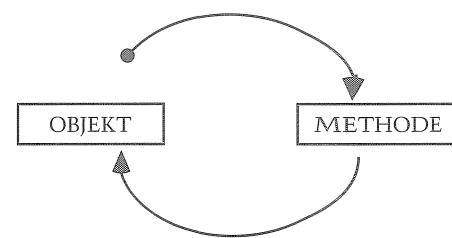


Abb. 2. Zirkuläre Beziehung zwischen Methode und Objekt

Im Bereich der Psychotherapie definiert jedes theoretische Modell ein bestimmtes Objekt im voraus (im wesentlichen den Prozess und die angestrebte Veränderung). Es geht dann darum, einen konzeptuellen und praktischen Forschungsansatz zu realisieren, also eine Methode, mit der diese Objekt beobachtet und die theoretischen Aussagen validiert werden können. Je nach Art des psychotherapeutischen Prozesses und der Formen der angestrebten Veränderung definiert ein Modell somit seine Normen für die Validierung individuell. Mit der hier eingenommenen Position kann, so scheint uns, sowohl eine objektivistische als auch eine subjektivistische Sicht vermieden werden. Die Anhänger des Objektivismus machen geltend, dass allgemeingültige Wahrheitskriterien existieren. Jene des Subjektivismus lehnen jedes Verfahren der Validierung ab. Wir vertreten die Ansicht, dass das, was zu beurteilen ermöglicht, dass etwas wahr ist, sich je nach angewandter Methode der Beobachtung und Art der Validierung unterscheidet. Mit anderen Worten, es liegen jedes Mal andere Spielregeln zu Grunde, aber sobald diese Regeln explizit formuliert sind, werden die Aussagen des theoretischen Modells objektivierbar.

Für einen psychotherapeutischen Prozess beispielsweise, der auf der freien Assoziation, der Übertragungsbeziehung und dem Hervorbringen von Phantasie- und symbolischen Darstellungen beruht und darauf abzielt, das Subjekt dazu zu führen, die Ambivalenz seiner Bedürfnisse vermehrt auszuhalten, ist es wenig sinnvoll, eine Beobachtungsmethode zu verwenden, bei der die empirischen Tatsachen bei der Operationalisierung in binären Begriffen definiert werden und der Vieldeutigkeit der Verhaltensäusserungen und ihrer Einbindung in semantische Netzwerke nicht Rechnung getragen wird. Bei einer psy-

chotherapeutischen Richtung, die vor allem auf ein Verschwinden des Symptoms und auf spezifische angepasste Verhaltensweisen abzielt und sich dafür einer kognitiven Restrukturierung mittels Unterdrücken automatischer Gedanken und kognitiver Verzerrungen bedient, verlangt das Modell andere Beobachtungs- und Validierungskriterien – in einem Zeitrahmen, der ebenfalls unterschiedlich ist.

Mutatis mutandis könnte man die psychotherapeutischen Methoden mit spezifischen Sportarten vergleichen, bei denen – bei einer gemeinsamen gesamthaften Zielsetzung – die Spielregeln jeweils sehr unterschiedlich sind. Wer diese nicht kennt, läuft Gefahr, sowohl die Spieler als auch die Schiedsrichter dieses Spiels so zu behandeln, als zeigten sie unpassende oder sogar fehlerhafte Verhaltensweisen.

Schlussfolgerungen

1. Eine Vielfalt von Modellen für das Konzeptualisieren und Praktizieren der Psychotherapie scheint mir unvermeidbar, teilweise in Funktion der *Apriori* der spezifischen Vorannahmen, die beim Ausarbeiten des Verfahrens für die psychotherapeutische Behandlung eine entscheidende Rolle spielen.
2. Dieses Verfahren, das immer selektiv und beschränkt ist, eröffnet einen spezifischen Zugang zur psychotherapeutischen Realität. Um als wissenschaftlich zu gelten, muss das theoretische Modell, das es rechtfertigt, die Wahl der verwendeten Kriterien begründen und sie in Form von Aussagen definieren, aber auch die Vorgehensweisen für die Validierung dieser Aussagen vorschlagen können.
3. Sobald man eine Vielfalt von Modellen anerkennt, die den Kriterien der Wissenschaftlichkeit zu genügen versuchen, ist man auch weni-

ger einem pragmatischen Eklektizismus oder einer Art unscharfem Ökumenismus ausgesetzt, bei dem nicht mehr wirklich gedacht wird, und gleichzeitig ist man vor einem intoleranten und arroganten Dogmatismus gefeit, zu dem jedes Modell neigt, das die Grenzen seines Verfahrens nicht anerkennt.

4. Eine solche Arbeit, bei der die psychotherapeutischen Modelle in eine wissenschaftliche Perspektive gestellt werden, kann nur in einem wirklichen Dialog zwischen PsychotherapeutInnen stattfinden – einem Dialog, der immer von Spannungen geprägt ist, indem sich die Vorannahmen der einzelnen Beteiligten manchmal als unvereinbar erweisen.

Wer ist bereit, einen solchen Dialog zu führen?

Literatur

- Atlan H (1991) *Tout, non, peut-être*. Education et vérité. Le Seuil, Paris
- Bateson G (1971/1977) *La cybernétique de „soi“: une théorie de l'alcoolisme*. In: *Vers une écologie de l'esprit*. Le Seuil, Paris, tome 1, pp 225–252
- Bateson G (1979/1984) *La nature et la pensée*. Le Seuil, Paris
- Duruz N (1994a) *PSYCHOTHERAPIE ou psychothérapies? Prolégomènes à une analyse comparative*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel
- Duruz N (1994b) *Narcissisme des théories et pluralité des modèles*. In: Marie-Cardine M, Chambon O, Meyer R (eds) *Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique*. Le Coudrier, Strasbourg, pp 17–36
- London P (1964) *The modes and morals of psychotherapy*. Holt, New York
- McDougall J (1988) *Quelles valeurs pour la psychanalyse? Revue Française de Psychanalyse* 52: 585–612

Prof. Nicolas Duruz
 Institut de Psychologie
 Université de Lausanne
 BFSH 2, Dorigny
 CH-1015 Lausanne, Suisse

C. Krause-Girth

Aktuelles aus Deutschland: Der Kampf ums Psychotherapeutengesetz und noch ein Dachverband

Zwei Themen beherrschen die berufspolitische Diskussion unter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland zur Zeit: Das Psychotherapeutengesetz und die Dachverbandsgründung(en)!

In der aktuellen Diskussion um den Entwurf zum Psychotherapeutengesetz (PTG) geht es jetzt um die konkrete Form der Integration psychologischer Psychotherapeuten in die ambulante kassenärztliche Versorgung, die Art und Höhe der Zuzahlung von Patientinnen und Patienten und die Übergangsregelungen.

Die Berufsausübung nichtpsychologischer (und nicht ärztlicher) PsychotherapeutInnen in der ambulanten Versorgung wird durch dieses Gesetz eher verhindert. Dementsprechend fürchten viele PsychotherapeutInnen die Verabschiedung dieses Gesetzes, während die psychologischen Psychotherapeutenverbände dafür eintreten, weil sie eine Verbesserung ihres Status und ihrer Einflußmöglichkeiten erwarten. D. Kammer faßt den aktuellen Diskussionsstand zusammen (s.u.).

Gesprächskreis Psychotherapeutengesetz

Untergruppe „Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT)“ (überwiegend ErstattungspsychologInnen)

1. Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (AGPF)
2. Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) einschließlich Verband Psychologischer PsychotherapeutInnen (VPP)
3. Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
4. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
5. Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT) (s. auch AGR)
6. Deutscher Psychotherapeutenverband (DPTV)
7. Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)
8. Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Untergruppe „Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenverbände in der gesetzlichen Krankenversicherung – Richtlinienverbände – (AGR)“

1. Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)
2. Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT) (s. auch AGPT)
3. Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)
4. Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGAPT) (Ost)
5. Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP)
6. Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
7. Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
8. Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)
9. Fachverband für Verhaltenstherapie (Sektion in der GPPMP)
10. Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP)
11. Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten (Vereinigung)

Ständiger Gast: Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie (GPPMP) (Ost) (aus: Mitgliederrundschreiben der DGPT vom 16. 8. 1996, S. 9).

Schon die Ankündigung der Gründung eines deutschen Dachverbandes (DVP) am 10. 2. 1996 in Frankfurt löste in einigen großen Psychotherapieverbänden heftige Reaktionen aus. Im „Gesprächskreis Psychotherapeuten-gesetz“ (s.o.) entstand der Plan, der Dachverbandsgründung mit einer eigenen im Januar zuvorzukommen. Dies scheiterte an den unterschiedlichen Interessen der Mitgliedsverbände. Im Mai beschloß nun eine Untergruppe des Gesprächskreises, die überwiegend von Psychologinnen und Psychologen bestimmte Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT) eine eigene Dachverbandsgründung – Sektion psychologischer Psychothe-

rapeutinnen und Psychotherapeuten. Eine Vorstellung dieses Verbandes, seiner Motive, Ziele und Struktur durch seinen Vorsitzenden ist für die nächste Ausgabe des Psychotherapie Forum Supplement geplant.

Von Seiten der eher ärztlich dominierten „Richtlinienverbände“ wie der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) werden beide „Dachverbände“ erstmal abgelehnt, der eine, weil dort die Berufsinteressen der Psychologenverbände überwiegen, der andere (DVP), weil mit der Straßburger Deklaration die Zulassung weiterer Berufsgruppen neben Ärzten und Psychologen verbunden ist, deren Standards ihnen zu niedrig erscheinen.

Weil in der deutschen Debatte die Anerkennung der nicht-ärztlichen und nicht-psychologischen Psychotherapeuten immer wieder in Frage gestellt wird, erscheint es uns sinnvoll, nochmal einen Blick auf die Geschichte der Laienanalyse zu werfen (s. Artikel von Rosenbaum-Munsteiner).

Da die Kritiker des DVP der Gründungsversammlung fernblieben, z.T. sogar von ihren Verbänden nach Zusage zum Fernbleiben veranlaßt wurden, sind die Gründe für die ablehnenden Reaktionen oft nur indirekt zu erfahren. So konnte ich als Vorsitzende des DVP die vielen diesbezüglichen

Frage europäischer Kollegen während der EAP-Generalversammlung und des Weltkongresses in Wien oft nur spekulativ beantworten. Aus diesem Grunde habe ich mich entschlossen, die begonnene Vorstellung deutscher Psychotherapieverbände mit der Frage nach dem Pro oder Contra Mitarbeit im DVP und EAP zu verbinden und diese Stellungnahme zu einer ständigen Rubrik im Forum Deutschland werden zu lassen.

Den Anfang macht die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT). Sie ist ein großer Verband mit einer heterogenen Mitgliederstruktur (also nicht nur Psychologen und Ärzte), der verschiedenste Berufsgruppen ausbildet. Umso überraschender mag es erscheinen, daß auch dieser Verband im „Gesprächskreis Psychotherapeutengesetz“ für das vorliegende Psychotherapeutengesetz kämpft, das ja ausschließlich die Berufsausübung psychologischer (neben den ärztlichen) Psychotherapeuten regelt und darüberhinaus zu den Gründungsmitgliedern des neuen „Deutschen Dachverbandes für Psychotherapie – Sektion psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten“ gehört.

Der im folgenden abgedruckte Artikel (Die DGVT stellt sich vor) gibt Auskunft über die Hintergründe.

Cornelia Krause-Girth

Lehre und Praxis zur Aufgabe und vertritt die berufspolitischen Interessen ihrer Mitglieder.

Dies geschieht vor allem durch ein umfangreiches Weiterbildungsprogramm für unterschiedliche Berufsgruppen, die Förderung von Initiativen fortschrittlicher Gesundheits- und Sozialpolitik und Fachpublikationen im DGVT-eigenen Verlag.

Im folgenden stellen wir die Aus- und Weiterbildungsangebote vor sowie die Mitarbeit der DGVT an den Fachberatungen zur Vorbereitung der gesetzlichen Regelungen zum Psychotherapeutengesetz.

Die verschiedenen Weiterbildungsangebote

1. Das Weiterbildungsstudium „Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie“
2. Das Weiterbildungsstudium „Beratung“
3. Die Weiterbildung im Arbeitskreismodell
4. Mittelfristige Themenzentrierte Weiterbildungen
5. Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Workshopangebote und Fachtagungen

1. Das Weiterbildungsstudium „Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie“

Diese Weiterbildung der DGVT ist in Zusammenarbeit mit dem Kurt-Lewin-Institut für Psychologie der Fern-Universität in Hagen konzipiert worden und wird von der Fern-Universität und der DGVT gemeinsam bedarfsorientiert in bestimmten Regionen durchgeführt. Eine regionale Lehrgangsbegleitung begleitet den Lehrgang inhaltlich und organisatorisch über den gesamten Weiterbildungszeitraum. Die Vermittlung von Kenntnissen in einzelnen Themenbereichen übernehmen erfahrene ReferentInnen. Nachdem die DGVT und die Fern-Universität Hagen sechs Jahre lang dieses Weiterbildungsstudium in gleicher Konzeption und in insgesamt 15 regionalen dreijährigen Lehrgängen durchgeführt haben, wurden 1996 strukturelle und inhaltliche Veränderungen vorgenommen. Die zeitliche Struktur der Weiterbildung orientiert sich an den von den Fachverbänden der Arbeitsgemeinschaft Psychothe-

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) stellt sich vor

1968 wurde die Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie e.V. (GVT) gegründet, die sich 1976 nach dem Zusammenschluß mit dem Deutschen Berufsverband der Verhaltenstherapeuten (DBV) den Namen Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT) gab.

Die DGVT ist ein psychosozialer Fachverband mit 6.000 Mitgliedern, der sich für die Verwirklichung einer psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung einsetzt, die ge-

eignet ist, den Rechtsanspruch der Bevölkerung auf Gesundheit einzulösen. Grundlage hierzu ist ein sozialwissenschaftliches Störungsmodell, das die Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen und psychischer Gesundheit berücksichtigt und die rein medizinische Betrachtungsweise überwindet.

Im Rahmen dieser allgemeinen gesundheitspolitischen Zielsetzung macht sich die DGVT die Förderung der Verhaltenstherapie in Forschung,

rapie vorgeschlagenen zeitlichen Richtlinien: Vollzeitweiterbildung über 3 Jahre bzw. berufsbegleitende Weiterbildung über 5 Jahre. Die Weiterbildung umfaßt insgesamt ca. 2.000 Stunden.

Die neue Konzeption resultiert aus

- dem positiven und bewährten Ansatz des Weiterbildungsstudiums aus den letzten Jahren,
- notwendigen Modifikationen aus diesen Erfahrungen. Dazu gehört vor allem eine stärkere Differenzierung in der Weiterbildung verschiedener Berufsgruppen,
- den bisher bekannten Anforderungen eines zukünftigen Psychotherapeutengesetzes,
- der durch die verschiedenen wichtigen psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände verabschiedeten verbandsübergreifenden Rahmen-, Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Bereich psychologische Psychotherapie (siehe unten).

Das Weiterbildungsstudium „Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie“ wird in zwei Formen durchgeführt:

- *Form A:* Für die Gruppe der DiplompsychologInnen und ÄrztInnen, die den Abschluß als Psychologische PsychotherapeutInnen anstreben.
- *Form B:* Vor allem für pädagogische und soziale Berufsgruppe, z.B. PädagogInnen, SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, TheologInnen, aber auch für ÄrztInnen und PsychologInnen.

2. Neuer Weiterbildungsgang „Beratung in psychosozialen Tätigkeitsfeldern und Organisationen“

Ebenfalls gemeinsam mit dem Kurt-Lewin-Institut für Psychologie der Fern-Universität in Hagen konzipiert die DGVT gegenwärtig das Weiterbildungsstudium „Beratung im psychosozialen Tätigkeitsfeldern und Organisationen“. Die TeilnehmerInnen werden sich u.a. mit Beratungssätzen aus unterschiedlichen Disziplinen, dem Ansatz der Gemeindepsychologie, dem Empowerment-Konzept, Lebensweltanalyse, Sozial- und Gesundheitsmanagement auseinan-

dersetzen. Ziel ist es, den TeilnehmerInnen ein Handlungswissen zu vermitteln, ihre Tätigkeit entsprechend den Gegebenheiten „vor Ort“ gestalten und kontextspezifische Handlungspläne entwickeln zu können.

3. Das Arbeitskreismodell

Neben den beiden inhaltlich und formal vorstrukturierten Weiterbildungsgängen bietet die DGVT die offene Weiterbildung in Arbeitskreisen an. Hierbei können die inhaltlichen Schwerpunkte selbst gewählt werden, und zwar sowohl Psychotherapie/Verhaltenstherapie als auch präventive Arbeitsansätze, Krisenintervention, Rehabilitation oder Beratung. Manche Arbeitskreise treffen sich in erster Linie zur kollegialen Supervision.

Die Fort- und Weiterbildung dieser Organisationsform ist nach den Prinzipien der Selbstorganisation und des selbstgesteuerten Lernens ausgerichtet. Durch die weitgehende Selbstbestimmung gibt es Raum für die Wahl eigener Themenschwerpunkte und die Möglichkeit, sich SupervisorInnen eigener Wahl auszusuchen. Professionelle Anleitung für die Erarbeitung oder Vertiefung einzelner Themen bietet die DGVT in regionalen und überregionalen Workshoptagungen sowie auf dem Kongreß. Außerdem unterstützt die DGVT die Arbeitskreise bei der Suche nach geeigneten ReferentInnen für eigene Veranstaltungen.

4. Mittelfristige themenzentrierte Weiterbildungen

Diese Form der Weiterbildung soll die Möglichkeit bieten, sich gründlicher als es in einzelnen Workshops möglich ist, in umschriebene Themen oder Arbeitsgebiete einzuarbeiten. Begonnen hat die DGVT mit „Einführung in die therapeutisch-beraterische Arbeit mit Kindern“, die 1997 wiederholt wird. Geplant ist z.Z. für 1997 zudem eine Weiterbildung „Kognitive Therapie bei Persönlichkeitsstörungen“.

Zur Erweiterung und Vertiefung der o.g. Aktivitäten werden fortlaufend regionale und überregionale Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen (Workshops, Fachtagungen etc.) angeboten und durchgeführt.

Regelmäßige überregionale Veranstaltungen sind dabei der alle 2 Jahre (gerade Jahreszahlen) in Berlin stattfindende DGVT-Kongreß und alternierend dazu die überregionale Workshoptagung. Die 11. Überregionale Workshop-Tagung findet vom 26.–28. Februar 1997 in Tübingen statt mit anschließender Fachtagung „Quo Vadis? Ausbildung in Verhaltenstherapie“ am 1. und 2. März 1997. (Bei Interesse kann das Workshop-Programm 1997 sowie der 1. Aufruf zum Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1998 bei der DGVT-Geschäftsstelle angefordert werden.)

Zur Psychotherapeutengesetzgebung

Mit dem 1989 vom Bundesministerium für Jugend, Frauen und Gesundheit in Auftrag gegebenen „Gutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ wurde das Gesetzgebungsverfahren nach dem Scheitern im Jahr 1978 wieder aufgenommen. Der Vorstand der DGVT hat mit Zustimmung durch die Mitgliederversammlung beschlossen, an der Ausformulierung und Durchsetzung des Psychotherapeutengesetzes mitzuwirken, u.a. im Rahmen der *Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT) und dem Gesprächskreis Psychotherapeutengesetz*. Die Mitglieder und viele andere Interessierte werden hierüber vierteljährlich ausführlich über die sog. „rosa Blätter“ informiert. (Bei Interesse können diese bei der DGVT-Geschäftsstelle zu einem Unkostenbeitrag in Höhe von DM 3,- in Briefmarken angefordert werden.)

Während der *Gesprächskreis Psychotherapeutengesetz* neben Austausch und „im Gespräch bleiben“ die Verabschiedung eines Psychotherapeutengesetzes als gemeinsame Arbeitsgrundlage hat, beschäftigt sich die *Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT)* auch mit anderen inhaltlichen Bereichen. So hat die AGPT Ende 1995 nach intensiver Diskussion eine „Rahmen-Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Psychologische PsychotherapeutInnen“ verabschiedet. Diese Rahmen- und Prüfungsordnung soll dem Gesetzgeber als Vorlage zur Erstellung einer Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Umset-

zung des Psychotherapeutengesetzes dienen. Bis zur Verabschiedung eines solchen Gesetzes hat sie übergangsweise Gültigkeit als verbandsübergreifende Richtlinie. Die Verbände der AGPT haben sich verpflichtet, diese Ausbildungs- und Prüfungsordnung als Leitlinie für ihre eigene Weiterbildung anzusehen. Innerhalb des durch sie definierten Rahmens erlaubt die Ausbildungs- und Prüfungsordnung die konkrete Ausformulierung von Ausbildungsinhalten und organisatorischen Strukturen, die für die einzelnen Verbände Bedeutung haben.

Seit 1994 trug sich die AGPT mit dem Gedanken einer verbindlicheren Struktur, da dem nunmehr seit vielen Jahren bestehenden Vertretungsgremium mehr als 10 nationale Fach- und Berufsverbände angehören, die ca. 95% aller Psychologischen PsychotherapeutInnen in Deutschland vertreten.

Aus diesem Grund steht die DGVT wie die anderen Verbände in der AGPT dem Deutschen Dachverband für Psychotherapie der EAP sehr skeptisch gegenüber. Die Initiative dieses Dachverbandes ging vom Europäischen Psychotherapieverband (EAP) aus, der vor allem durch die Arbeit der Österreichischen und Englischen Psychotherapieverbände geprägt ist. Sowohl der englischen als auch der österreichischen Psychotherapiegesetzgebung fehlt aber das Leistungsrecht, so daß diese Modelle nicht auf deutsche Verhältnisse anwendbar sind.

Die Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT) hat nunmehr am 10. 5. 1996 den „Deutschen Dachverband für Psychotherapie – Sektion Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten“ – gegründet. Über die ständig Konferenz wird der Dachverband Kontakt zu den ärztlichen Verbänden und über den Gesprächskreis Psychotherapeutengesetz zu den Kinder- und Jugendlichen PsychotherapeutInnen haben, um langfristig sowohl die Psychologischen als auch die Ärztlichen und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten unter einem Dach zu vereinen. Das Anliegen der AGPT war, der Vereinheitlichung und damit auch der Transparenz der Psychotherapie einen Dienst zu erweisen und nicht durch eine

vorschnelle Dachverbandgründung wichtige Verbände auszuschließen. In Fragen von Qualitätsstandards und Fragen der berufspolitischen Ausrichtung besteht nach wie vor erheblicher Diskussionsbedarf bei den verschiedenen Berufsgruppen, so daß es bisher nur zur Gründung der „Sektion Psychologischer PsychotherapeutInnen“ innerhalb des Dachverbandes kam.

Der „Deutsche Dachverband für Psychotherapie“ hat im § 2 seiner Satzung als Zweck und Aufgaben formuliert: „Der Verein dient der Förderung, Weiterentwicklung und Verbreitung der Psychotherapie in Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in der Krankenbehandlung, der Rehabilitation, der psychosozialen Versorgung und der Gesundheitsförderung. Der Verein tritt ein für die fachlichen und berufspolitischen Interessen der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Deutschlands gegenüber Institutionen, Körperschaften und gegenüber der Öffentlichkeit. Das Eigenvertretungsrecht der jeweiligen Mitgliedsverbände bleibt unberührt.“ Mitglieder des Dachverbandes wurden am Gründungstag die Ar-

beitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (AGPF), der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), der Deutsche Psychotherapeutenverband (DPTV), die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) und die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GWG).

Die Arbeit der DGVT im „Deutschen Dachverband für Psychotherapie – Sektion Psychologische Psychotherapeutinnen“ unterstützt als einen Zweig ihrer satzungsgemäßen Ziele die Förderung und Vertretung der Psychotherapie im Bereich der psychologischen (und ärztlichen) Psychotherapie. Daneben verfolgt die DGVT zahlreiche Aktivitäten vor allem im Bereich der Fort- und Weiterbildung, die der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen dienen.

*Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
Postfach 1343, D-72003 Tübingen
Bundesrepublik Deutschland*

D. Kammer

Zum aktuellen Stand der Diskussion um das deutsche Psychotherapeutengesetz

Nach den vielfältigen Debatten der letzten Jahre schwingt sich die Diskussion um einen erneuten Referententwurf für das deutsche Psychotherapeutengesetz (PTG) nun auf eine modifizierte Version des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgeschlagenen Integrationsmodells ein. Dieses sieht die gleichberechtigte Integration der Psychologischen PsychotherapeutInnen in die Kassenverbände (KVen), ihre Qualifikation entsprechend den Psychotherapierichtlinien sowie ihre Vertretung bei der Beschlußfassung zu Psychotherapie- und Bedarfsplanungsrichtlinien vor. Die Modifikation des Modells wird derzeit in bilateralen Ge-

sprächen mit allen Beteiligten von seiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeitet und soll im September der Regierungskoalition vorgelegt und anschließend ins Gesetzgebungsverfahren eingebracht werden. Die kritische Diskussion zentriert sich nach wie vor um die folgenden drei Themenbereiche:

1. Die Art der Integration der Psychologischen PsychotherapeutInnen in die KBV und KVen: Hier werden verschiedene Modelle durchgespielt, wobei die Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT, Zusammenschluß mehrerer psychologischer Berufs- und Fachverbände)

derzeit einem Fachgruppenmodell den Vorzug gibt.

2. Die Frage der Übergangsregelung für die bisher mehrjährig außerhalb des Delegationsverfahrens in Institutionen oder freier Praxis psychotherapeutisch tätigen PsychologInnen: Hier zeichnet sich im wesentlichen eine Ergänzung des Integrationsmodells um die im alten Referentenentwurf enthaltenen Übergangsbestimmungen ab. Entsprechende Weiterbildungsangebote werden bereits zunehmend nachgefragt.
3. Die Frage der Zuzahlung oder Selbstbeteiligung der KlientInnen an den Kosten der Psychotherapie: Hier stehen sich Regierung und Opposition nach wie vor mit unterschiedlichen Positionen gegenüber. Während die Regierung die Zuzahlung für eine finanzpolitisch unverzichtbare Maßnahme hält,

spricht die Opposition von sozialer Unzumutbarkeit. An der Oppositionshaltung war der vorherige Referentenentwurf, nachdem er den Bundestag passiert hatte, im Bundesrat gescheitert. Daher wird es insbesondere in dieser Frage auf die gute Verhandlung der Parteien ankommen.

Insgesamt steht bei der jetzigen Diskussion viel auf dem Spiel, da ein erneutes Scheitern des Gesetzentwurfs voraussichtlich seine Vertagung ins neue Jahrtausend zur Folge hätte. Demnach erwartet uns in der Frage des Psychotherapeutengesetzes wohl noch ein heißer Herbst.

*PD Dr. Daniele Kammer
Abteilung für Psychologie
Universität Bielefeld
Postfach 100 131, D-33501 Bielefeld
Bundesrepublik Deutschland*

um deutlich zu machen, daß man von einem Thema absolut nichts versteht. „Laienanalytiker“ dürfte daher bei Nicht-Psychoanalytikern eher negativ besetzt sein, denn wer möchte sich schon gerne von jemandem behandeln lassen, der nichts von seinem Handwerk versteht? Hier sind wir dann in der Tat dem sprichwörtlichen Scharlatan schon auf der Spur. Tatsächlich hatte Freud natürlich, zumindest bewußt, keinesfalls eine Diskriminierung im Auge, als er den Begriff der Laienanalyse aus der Taufe hob. Vielmehr wollte er damit zum Ausdruck bringen, daß es sich um einen Analytiker handelt, der von der Vorbildung her kein Arzt, in diesem Sinn also Laie, ist. Vermutlich hat er sich hierbei angelehnt an die ursprüngliche Bedeutung des „Laien“ als „zum Volk gehörend“, hierv.a. in bezug auf die Kirche, die den Unterschied von Kirchenvolk und Priester damit zum Ausdruck bringt. Noch heute heißen in der kath. Kirche die Diplom-Theologen mit Hochschulabschluß Laientheologen, sofern sie keine Priesterweihe besitzen.

So liegt doch auch in gewisser Weise eine Ironie in diesem Begriff, wähten sich doch die Ärzte allein im Besitz der „höheren Weihen“, ähnlich wie die Priester. Wie auch immer wir heute diesen Begriff empfinden mögen, für Freud war seine eigene Position stets klar: er war zeit sein es Lebens ein Kämpfer für die Laienanalyse, und hat dies in erfreulicher Eindeutigkeit und Klarheit immer wieder zum Ausdruck gebracht. Entscheidend für die Tätigkeit des Analytikers hielt er die psychoanalytische Ausbildung, in keiner Weise dagegen die Vorbildung. Freud schwebte eine Art „psychoanalytischer Hochschule“ vor, an der zwar vieles gelehrt werden würde, was in den Bereich der medizinischen Fakultät falle, „andererseits würde der analytische Unterricht auch Fächer umfassen, die dem Arzt fernliegen ... Kulturgeschichte, Mythologie, Religionspsychologie und Literaturwissenschaft ... Der Unterrichtsplan ... muß geisteswissenschaftlichen Stoff, psychologischen, kulturhistorischen, soziologischen ebenso umfassen wie anatomischen, biologischen und entwicklungsgeschichtlichen.“

Schauen wir uns nun an, warum dieses Traumziel Freuds nicht erreicht werden konnte, wie es überhaupt zur

I. Rosenbaum-Munsteiner

Zur Geschichte der „Laienanalyse“*

Der Streit um die „Laien“ in der wissenschaftlichen Psychotherapie ist bereits so alt wie dieselbe, wenn wir davon ausgehen, daß die Psychoanalyse die Ur-Mutter aller humanistischen Psychotherapieformen ist.

Es ist daher nur nützlich, sich die Geschichte der sog. Laienanalyse einmal näher zu betrachten, um so auch wieder klarer sehen zu können, daß es keinesweg eine Selbstverständlichkeit ist, daß Medizin und Psychologie die wissenschaftliche Psychotherapie für sich reklamieren.

Freud selbst hatte nämlich bereits 1913, vor jedem Streit um die Frage der Laienanalyse und zu einer Zeit, als diese noch ganz selbstverständlich praktiziert wurde, bereits in seinem Vorwort zu einem Buch des Psychoanalytikers und Pfarrers Oskar Pfister sehr deutlich gemacht, daß er andere

Wissenschaftler als die Ärzte für wesentlich geeigneter hielt, die Psychoanalyse zu praktizieren: „Die Ausübung der Psychoanalyse fordert viel weniger ärztliche Schulung als psychologische Vorbildung und freien menschlichen Blick, die Mehrzahl der Ärzte aber ist für die Übung der Psychoanalyse nicht ausgerüstet und hat in der Würdigung dieses Heilverfahrens versagt.“

Wenn Freud hier von „psychologischer Vorbildung“ spricht, hat er keinesfalls eine universitäre Ausbildung vor Augen, sondern bezieht sich auf eine allgemeine tiefenpsychologische Vorbildung und Sichtweise. Freuds Position ist also eine sehr eindeutige von Anfang an. Ihm verdanken wir aber auch den zwiespältigen und mißverständlichen Terminus der „Laienanalyse“, der die Möglichkeit der Diskriminierung gleich mit beinhaltet. So versteht der Volksmund unter einem Laien schlicht einen Nicht-Fachmann, jemanden, der von einem bestimmten Fachgebiet keinerlei Kenntnisse besitzt: „Da bin ich völliger Laie“ ist ein geflügeltes Wort,

* Überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten auf dem Symposium „Über die Qualität von Psychotherapie und die Qualifikation von PsychotherapeutInnen“ des „Berufsverbandes Psychotherapeutisch Tätiger AkademikerInnen (BPtA)“ am 6. 5. 1995 in Köln.

Frage *der* und in der Folge davon zum Streit *um* die Laienanalyse gekommen ist.

Im Jahr 1906 zählte die Wiener Psychoanalytische Vereinigung 16 Ärzte und 12 Nicht-Ärzte, wovon wiederum 4 keine akademische Vorbildung besaßen.

Im Verlauf der Entwicklung der Psychoanalyse beantragte man in Wien 1920 die Eröffnung eines psychoanalytischen Ambulatoriums, dem sich die offiziellen Gesundheitsbehörden, die der Psychoanalyse ausgesprochen feindlich gegenüberstanden, 2 Jahre lang widersetzten, bis sie, mehr nolens denn volens, 1922 zustimmten. Die Entwicklung des Ambulatoriums wurde jedoch äußerst mißtrauisch verfolgt, und 1925 folgte ein Erlaß, daß, im Fall einer Beschäftigung von Nicht-Ärzten, eine völlige Sperre für das Ambulatorium drohte. Dazu muß man wissen, daß, anders als in Deutschland, in Österreich eine strenge gesetzliche Regelung bestand, nach welcher ausschließlich Ärzten die Heilbehandlung gestattet war. Im selben Jahr wurde gegen den Psychoanalytiker Theodor Reik, von der Vorbildung her promovierter Philologe, ein *Prozeß wegen Kurpfuscherei* angestrengt, der zwar später eingestellt wurde, jedoch einige Aufregung verursachte. Das von Freud daraufhin verfaßte Gutachten wurde von ihm später erweitert zu dem Aufsatz „Die Frage der Laienanalyse“, der 1926 veröffentlicht wurde und aufgrund dessen sich dann in den Heften 2 und 3 der Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse von 1927 ein heftiger Streit auf internationaler Ebene entzündete:

26 Analytiker meldeten sich zu Wort, davon 21 Ärzte und 5 Nicht-Ärzte sowie 2 Institute. Von den 21 Ärzten sprachen sich 10 für, 11 gegen die Laienanalyse aus, bei den Instituten vertrat Budapest ein Klares Pro, New York eine ebenso klaren Contra.

Eine ursprünglich von außen kommende Frage, nämlich die des Alleinrechts der Ärzte auf Heilbehandlung, wurde nun rasch zu einem internen Problem, welches später fast zu einer Spaltung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) geführt hätte.

1925 schon hatte die Amerikanische Psychoanalytische Vereinigung einen Beschluß gefaßt, der den Aus-

schluß von Nicht-Ärzten beinhaltete, die künftig nur noch als Gäste geduldet wurden. Ferenczi hielt diesen Beschluß für statutenwidrig, und es wurde beschlossen, die Frage bis zum nächsten Kongreß zu diskutieren und dann zu einem Beschluß zu kommen. Freud selbst zeigte sich von der sich abzeichnenden Entwicklung sehr betroffen, ließ sich in seinem Standpunkt jedoch in keiner Weise beirren. Dies wird deutlich in seinem Brief an Paul Federn vom 27. 3. 1926. Dort führt er zur Frage der Laienanalyse aus: „Ich verlange nicht, daß die Mitglieder (der Vereinigung) sich meinen Anschauungen anschließen, aber ich werde dieselben privatim, öffentlich und vor dem Gericht ungehindert vertreten, auch wenn ich allein bleiben sollte. Vorläufig sind ja immer einige unter ihnen, die auf meiner Seite stehen. ... Gewinnt die Angelegenheit an Bedeutung, werde ich allerdings die Gelegenheit dazu benutzen, ... den ... Vorsitz der Gesellschaft aufzugeben. *Der Kampf für die Laienanalyse muß irgendeinmal ausgefochten werden.* Besser jetzt als später. Solange ich lebe, werde ich mich dagegen sträuben, daß die Psychoanalyse von der Medizin verschluckt wird.“

In der nun voll entbrannten Diskussion wurden im folgenden die noch heute hinlänglich bekannten Argumente ausgetauscht, und sie ließen vor allen auf seiten der ärztlichen Psychoanalytiker an Simplizität nichts zu wünschen übrig. So äußerte sich Felix Deutsch kurz und bündig: „Für Geld gesund machen darf nur der Arzt. Das steht im Gesetz.“ Einzig zu Erziehungs- und Lehrzwecken könne man die Laienanalyse eventuell gestatten.

Eine besonders unrühmliche Rolle spielte in der Folgezeit die Amerikanische Psychoanalytische Vereinigung, die mit Vehemenz gegen die Laienanalyse zu Felde zog, und die in der weiteren Entwicklung zunehmend eine Vormachtstellung in der IPV einnahm. Im Vordergrund der Diskussion der Amerikaner stand bei der Ablehnung der Laienanalyse, zumindest vorgeblich, die Tatsache, daß eine Reihe von sog. „wildem Analytikern“ das Ansehen der Psychoanalyse schädige, wobei sie vergaßen, daß es sich bei den „wildem Analytikern“ sowohl um Ärzte als auch um Nicht-Ärzte handelte.

Auch diese Argumentation kennen wir aus der heutigen Zeit, mit der Änderung, daß heute nicht mehr von „Kurpfuschern“, sondern von „*Scharlatanen*“ die Rede ist und daß diese Verunglimpfungen nicht von den Ärzten, sondern von seiten der Dipl.-Psychologen erhoben werden. So verwichen sich damals in dem Streit allmählich auch die Grenzfragen: Ging es anfangs um das Ansehen der Psychoanalyse, die zu damaliger Zeit noch allgemein auf Mißtrauen und Widerstand stieß, und war man von daher – verständlicherweise – bemüht, nicht gegen bestehende Gesetze, wie das des Arztrechtes, zu verstoßen, so spitzte sich die Diskussion mehr und mehr auf die Frage zu, ob Laienanalytiker vollwertig seien oder nicht. Therese Benedek brachte damals schon die Diskussion auf den Punkt, indem sie die Frage zur Disposition stellte, ob die IPV in Zukunft eine Gesellschaft von Fachärzten im Sinne einer Standesvertretung oder vielmehr eine *creative wissenschaftliche Vereinigung* sein wolle. Die Europäer teilten weitgehend Freuds und Benedeks Meinung, und Robert Jokl stellte in einem Gutachten ausdrücklich fest, daß „die Erlernung der Psychoanalyse nicht an die übliche Ausbildung des Arztes gebunden ist, deren Anwendung nicht nur in das Interessengebiet der Medizin, sondern auch verschiedener anderer Wissenszweige wie Psychologie, Philosophie, Pädagogik, Theologie, Geschichtsforschung usw. fällt“. Er schlug daher eine Lösung vor, die 1972 in der BRD unter dem Stichwort „Delegationsverfahren“ zu finden sein würde, und die von der Britischen Psychoanalytischen Vereinigung schon 1927 angenommen wurde.

1927 kam die Internationale Unterrichtscommission unter dem Druck der Amerikaner zu folgender Entscheidung: „Der Kongreß empfiehlt den Unterrichtsausschüssen, bei den Ausbildungskandidaten zu psychoanalytischen Therapeuten auf das Vorhandensein bzw. auf die Erwerbung der vollen ärztlichen Ausbildung Nachdruck zu legen, jedoch keine Kandidaten einzig aus dem Grunde der fehlenden ärztlichen Qualifikation zurückzuweisen, wenn derselbe eine persönliche Eignung und eine entsprechende wissenschaftliche Vorbildung besitzt.“

1932, auf dem darauf folgenden Kongreß, wurden dann die „Richtlinien für die Zulassung und Ausbildung von Kandidaten“ festgelegt, in welchen wiederum versucht wurde, weder pro noch contra Laienanalyse zu entscheiden. In der Frage der Laienanalyse wurde die Ausarbeitung der Richtlinien den einzelnen Unterrichtsausschüssen überlassen.

Die Amerikaner gaben sich jedoch selbst mit der Tolerierung der Laienanalyse auf die Dauer nicht zufrieden, sondern ließen die Streitigkeiten so weit eskalieren, daß sie sich nicht mehr in der IPV vertreten ließen. Darüberhinaus faßten sie einen Beschluß, daß kein in den USA lebender oder praktizierender Analytiker mehr die Möglichkeit hatte, Mitglied der IPV oder einer ausländischen psychoanalytischen Vereinigung zu werden.

Die Gefühle Freuds angesichts dieser Entwicklung sind zwei Briefen zu entnehmen, die er 1938 und 1939 schrieb: „I feel hurt by the behavior of American Analysts in the matter of Lay-Analysis. They it seems are not very fond of me.“ Und weiter: „A remark of yours saying that Psychoanalysis has spread in US more widely than deeply has struck me as particularly true.“

Der damals todkranke 83jährige Freud war weitgehend verbittert, und die Entwicklung der Psychoanalyse aufgrund der politischen Lage in Europa weitestgehend zum Erliegen gekommen.

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten und schließlich der 2. Weltkrieg gerieten zu einem umfassenden Vernichtungsschlag gegen die Psychoanalyse in Kontinentaleuropa, und vor allem in Deutschland ist diese Zeit eines der düstersten Kapitel überhaupt (doch dies ist wiederum ein anderes Thema).

Nach dem Krieg gelang es zwar, die IPV wieder aktiv werden zu lassen, doch die Vormachtstellung der Amerikanischen PsA. Vereinigung war, nicht zuletzt durch die Emigration der bedeutendsten europäischen Psychoanalytiker, eindeutig geworden. Nachdem diese hier in Europa häufig nur in letzter Minute ihrer drohenden Vernichtung entronnen waren, hatten sie Zuflucht in den USA gefunden, und es wird eine Mischung aus Dankbarkeit und Einschüchterung (durch die restriktiven innenpolitischen

Maßnahmen während der Mc Carthy-Ära) gewesen sein, die es ihnen weitgehend unmöglich machte, sich gegen die Doktrin der Amerikaner zu stellen. In Europa selbst aber waren keine Kräfte mehr übriggeblieben, die den Amerikanern die Stirn hätten bieten können. Eine wirklich ernsthafte Diskussion des Themas Laienanalyse kam so auf internationaler Ebene nicht mehr zustande. Insgesamt hatten die meisten europäischen Vereinigungen sich stets einen Raum für die begrenzte Zulassung von Nichtärzten (und später Nicht-Psychologen) offengelassen, nur in Großbritannien ist die Zahl der „Laien“ vergleichsweise hoch.

Ich muß an dieser Stelle noch einmal deutlich machen, daß bei der Darstellung der Entwicklung der Laienanalyse immer nur auf die in der IPV zusammengeschlossenen Freudianischen Vereinigungen Bezug genommen wird. Wie die Entwicklung dieser Frage in anderen Gesellschaften aussieht, ist mir leider nicht weiter bekannt. Das C.G.-Jung-Institut in Zürich aber beispielsweise kennt den Begriff der Laienanalyse und die Zulassung nur im Ausnahmefall nicht, hier werden gleichberechtigt Absolventen aller Fakultäten als Ausbildungskandidaten, im Falle der persönlichen Eignung, versteht sich, angenommen.

Sehen wir uns nun die Entwicklung in der BRD nach dem Krieg an: Hier wurde das Problem der Laienanalyse aus äußeren Gründen erstmals im Rahmen des Berliner Instituts für Psychotherapie aufgeworfen. Es ging dort v.a. um die Frage des „behandelnden Psychologen“, dessen Anerkennung als „Hilfskraft in der Gesundheitspflege“ noch während der NS-Zeit von Hermann Göring durchgesetzt worden war. Bis zur Einführung des sog. „Delegationsverfahrens“ als Kassenregelung im Jahr 1972 wurden so in der BRD neben den psychologischen „Laien“ durchaus noch Wissenschaftler anderer Fakultäten ausgebildet. Dieser Tatsache ist es zu verdanken, daß es heute den Theologen Beland als stellvertretender Vorsitzenden der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) gibt und außer ihm noch so herausragende „Laienanalytiker“ wie beispielsweise Tilmann Moser oder Peter Fürstenau.

Schon 1925 war in Deutschland die psychoanalytische Behandlung offiziell in die neue „Preußische Gebührenordnung für Ärzte (PREUGO) und die Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte (ADGO) aufgenommen worden. Erst 1967 jedoch, mit erstmaliger Einführung der sog. „Psychotherapie-Richtlinien“, wurde die analytische Behandlung als Leistung in die Kassenärztliche Versorgung aufgenommen, durfte allerdings ausschließlich von Ärzten erbracht werden.

1972 ist dann das Jahr, in welchem das sog. „Delegationsverfahren“ eingeführt wurde, das die Hinzuziehung von *Dipl.-Psychologen* regelt. Im selben Zug wurden erstmals Richtlinien für die Anerkennung von Ausbildungsinstituten erstellt und beides – und das ist die Krux – miteinander gekoppelt! Das ganze Ausmaß der Macht der Krankenkassen in der Frage der Laienanalyse läßt sich unschwer daran ablesen, daß sie es waren, die damit ein Quasi-Verbot der Ausbildung von anderen „Laien“ als der psychologischen durchsetzten.

Die bis 1972 ausgebildeten oder in Ausbildung befindlichen „Laienanalytiker“ wurden nur unter dem Vorbehalt zu der neuen Kassenregelung zugelassen, daß fürderhin keine weiteren Nicht-Ärzte und Nicht-Psychologen ausgebildet werden durften! Bei Verstoß gegen dieses Verbot drohte den gerade neu anerkannten Ausbildungsinstituten der *Verlust der Kassenzulassung*. Das heißt: kein an ihrem Institut ausgebildeter Psychoanalytiker, gleichgültig ob Arzt oder Nicht-Arzt, hätte seine Kassenzulassung erhalten können! Was heute gerne auf die mangelnde Kompetenz der „Nicht-Nichte“ zurückgeführt wird, nämlich die Tatsache, daß sie von den kassenärztlich anerkannten Instituten nicht ausgebildet werden, erweist sich bei genauerem Hinsehen schlicht als ein Resultat gesundheitspolitischer Machtpolitik.

Doch zurück zur Psychoanalyse: Mit dem Eingehen auf den doch erpresserischen Vertrag der Kassen hatte die Psychoanalyse in Deutschland ihre vollständige Anpassung an die institutionalisierte Medizin vollzogen, was von den Mitgliedern zwar durchaus kontrovers diskutiert wurde, sich im Laufe der Zeit aber als nahezu selbstverständlich etablierte.

Die Frage der Laienanalyse schien damit ein für allemal erledigt. Einzig das Sigmund-Freud-Institut bildete, allerdings nur zu wissenschaftlichen Zwecken, weiterhin auch Akademiker anderer Fakultäten aus, so u.a. den Soziologen und jahrelangen Mitherausgeber der „Psyche“, Helmut Dahmer. Vielleicht auch dadurch war die Diskussion um die Laienanalyse nur in tiefen Schlaf gesunken, aber nie ganz gestorben. In den letzten Jahren (etwa seit 1982) nämlich gewann sie, zumindest in der DPV, wieder mehr und mehr an Gewicht. Vor allem wohl im Hinblick auf die „wissenschaftlichen Kreativitätsprobleme der DPV“ (Vogt, S. 169), die sich zwangsläufig ergeben müssen, wenn sich ein Verfahren wie die – ehemals gesellschafts- und kulturkritische Psychoanalyse – auf nur zwei Wissenschaftsgebiete beschränken läßt, entschloß man sich vor ca. 1½ Jahren, die „Laienanalyse“ wieder einzuführen. Leider wurde dieser Beschluß nie einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht, eher beiläufig und verschämt taucht er dann auch nur als kleine Fußnote in den Ausbildungsrichtlinien auf: „In der Psychoanalyse entspricht es einer bewährten Tradition, auch Bewerber aus anderen akademischen Berufen bei besonderer Eignung zur psychanalytischen Ausbildung zuzulassen.“

Die Krux ist: *berufspolitisch* vertritt die DPV nämlich als (führendes) Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik (DGPT) die *klare Ausgrenzung* der von ihr just wieder zugelassenen „Laien“. Da erscheint es in der Tat eher klug, das Ganze zu

verschweigen und die Frage der Laienanalyse bestenfalls als ein internes und eher nur akademisches Thema zu betrachten. Ich vermute, daß es die Angst vor einem Image-Verlust ist, die nicht nur die DPV, sondern alle psychotherapeutischen Fachverbände ergriffen hat: die Zulassung von „Laien“ scheint ein schlechtes Licht auf das Verfahren zu werfen, scheint den Anschein von „Unwissenschaftlichkeit“ zu wecken. Eng verbunden mit der Frage der Wissenschaftlichkeit ist nämlich die Anerkennung als Richtlinienverfahren durch die Krankenkassen, und die Angst vor deren Allmacht scheint alle Verfahren in Atem zu halten. So drückt auch der Schriftführer der „Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben und imaginative Verfahren in der Psychotherapie“ (AGKB) Dr. med. Ulrich Sachsse, seine Befürchtungen in einem Brief an mich aus: „Die katathym-imaginative Psychotherapie ist ein eigenständiges Verfahren tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und als solches ausschließlich der Weiterbildung von PsychologInnen, ÄrztInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen vorbehalten. *Ausnahmen von dieser Regelung könnten sich berufspolitisch negativ auf das Verfahren auswirken.*“ (Hervorhebungen von mir.)

In diesem Licht betrachtet, zeugt der Schritt der DPV durchaus von, wengleich möglicherweise eher unfreiwilligem, berufspolischem Mut. Ganz sicher hat man sich aber bei dieser Entscheidung die Frage gestellt: Wo stünde die Psychoanalyse heute ohne ihre großen Laienanalytiker, die z.T. ganze Schulrichtungen

begründet haben wie etwa Melanie Klein, die ihr Studium der Kunstgeschichte nicht beendete oder wie Anna Freud, die Lehrerin war. Aus der Reihe der illustren Namen derjenigen, die sich um die Psychoanalyse verdient gemacht haben und weder Ärzte noch Psychologen waren, will ich nur noch zum Abschluß die bekanntesten nennen: August Aichhorn, Oskar Pfister, Theodor Reik, Otto Rank, James Strachey, Erik Erikson und Janine Chasseguet-Smirguel sowie Tilman Moser und Peter Fürstenau, die beide für die heutige Zeit ein erhebliches Stück zur Weiterentwicklung einer kreativen Psychoanalyse in Deutschland beigetragen haben.

Ich betrachte es als unsere Aufgabe, der Öffentlichkeit wieder deutlich zu machen, wie wichtig die anderen Wissenschaftsgebiete und deren Vertreter für eine lebendige Psychotherapie sind. Für eine Psychotherapie, die sich nicht knebeln läßt, um dann letztendlich an der Einschränkung durch die Unterwerfung unter zweifelhaftes Kassenregelungen zugrunde zu gehen.

Literatur

- Freud S (1925–1931) GW X IV. Die Frage der Laienanalyse
 Leopold-Löwenthal (1984) Zur Geschichte der „Fage der Laienanalyse“. *Psyche* 38: 97–120
 Vogt R (1992) Aktuelle Bemerkungen zu Freuds Abhandlung „Die Frage der Laienanalyse“. *Psyche* 46: 1465–177

Inge Rosenbaum-Munsteiner M.A.,
 1. Vorsitzende des BPtA
 Westerwaldweg 12
 D-40822 Mettmann
 Bundesrepublik Deutschland

Herrn Dr. Alfred Pritz
Krieglergasse 11/5
A-1030 Wien

Sehr geehrter Herr Doktor!

Der von Ihnen organisierte Psychotherapiekongreß hat auch ein internationales Echo gefunden. Als Beleg lege ich Ihnen ein Blatt des „Corriere della Sera“ vom 1. 7. 1996 bei, auf das ich während meines Urlaubs aufmerksam geworden bin und auf dem über den Kongreß in Wien berichtet wird. Angesichts der allgemeinen Dürftigkeit von Auslandsmeldungen im all-

gemeinen und Nachrichten über Österreich im besonderen in der italienischen Presse kommt diesem vergleichsweise ausführlichen Bericht doch einige Bedeutung zu.

Ich übermittle Ihnen dieses Blatt für eine allfällige Dokumentation des Presseechos des von Ihnen veranstalteten Kongresses.

Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen

Dr. Anton Szanya
Volkshochschule
Rudolfsheim-Fünfhaus
Schwendergasse 41, A-1150 Wien

„Corriere della Sera“, 1. 7. 1996

Vienna, terapisti d'ogni origine per „salvare il mondo“

Sciamani, stregoni e psicanalisti Tutti insieme da „papa Freud“

BERLINO – (p.va.) La psicoanalisi torna a casa. Da ieri, quattromila „strizza-cervelli“ da ogni parte del mondo sono a Vienna, la città natale di Sigmund Freud, per il primo congresso mondiale di psicoterapia. Sciamani dall'Africa, santoni e guru asiatici, analisti da mille dollari l'ora dell'Upper East Side newyorkese rimarranno insieme fino al 4 luglio per scambiarsi e confrontare idee, esperienze e metodi per guarire i mali del mondo. Dalle sindromi depressive dei manager di Manhattan ai cataclismi emotivi provocati dalla guerra civile in Jugoslavia.

„Vienna è la patria della psicoanalisi – spiega Alfred Pritz, presidente del Consiglio Mondiale della Psicoterapia – e questa è la prima conferenza che abbraccia tutte le sue branche e tutti i suoi campi di applicazione“. Provenienti da oltre 70 Paesi, i partecipanti rappresentano una cinquantina

di scuole e potranno scegliere tra quasi 1700 seminari.

E' soprattutto la presenza degli psicoterapeuti non occidentali a rendere unico l'happening viennese. I saggi della Siberia o gli stregoni delle tribù africane portano sulle rive del Danubio esperienze alternative al classico lettino freudiano. „Nei loro contesti culturali sono reponsabili del benessere spirituale dei loro clienti – spiega Pritz –. La diversità è vitale al successo del convegno“.

I seminari sono stati organizzati intorno a temi guida come gli standard etici, l'ambiente di lavoro e, nuovissimo, l'uso della psicoterapia in rapporto a contesti politici globali: così, gli analisti croati, sloveni, serbi e bosniaci discuteranno un progetto per preparare i popoli dell'ex Jugoslavia a vivere nuovamente insieme. Che Freud riesca dove hanno fallito le diplomazie?

Veranstaltungskalender

ÖAGG-Oe-Weiterbildungslehrgang 1996–1999

Fünfsemestriger berufsbegleitender Weiterbildungslehrgang des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik
Beginn: 21. September 1996
Auskunft: Manfred Kohlheimer
Beatrixgasse 14 A, A-1030 Wien
Tel. und Fax 0043/1/715 16 62

Studiengang Psychomotorik und Motopädagogik

Viersemestriger Studiengang der NÖ Landesakademie
Beginn: Anfang Oktober 1996
Auskunft: NÖ Landesakademie
Bereich Soziales und Gesundheit
Dr. Karl Dorrek Straße 30
A-3500 Krems
Fax 0043/2732/76 761

1.–5. Oktober 1996, Rust/Neusiedlersee Frauen und Männer

17. Wiener Trainings-Seminar für Gruppenmethoden
Mit Raoul Schindler, Alfred Pritz, Ursula Margreiter, Susanne Schulze und Manfred Kohlheimer
Auskunft: ÖAGG
Lenaugasse 3, A-1080 Wien
Tel. 0043/1/403 39 93, Fax 403 39 93 20

18.–20. Oktober 1996, Ottenstein 14. Arbeitstagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Hauptthema: Organsprache – Fremdsprache: Sexualstörungen in der Gynäkologie; Geburtshilfe: Babylon im Kreißaal
Tagungsleitung: Dr. Ulrike Wisleitner-Fennesz, Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik, Wien
Auskunft: Tel. 0043/1/476 15-379 (Fr. Wöchtl), Fax 0043/1/476 15-369
Dienstag und Donnerstag nachm.:
Tel. und Fax 0043/1/815 94 09

18.–20. Oktober 1996, Salzburg Psychoanalytisch orientierte Interventionen in Organisationen

Prof. Dr. A. Obholzer, Tavistock Klinik, London

Auskunft: M/A/PS – Institut für Sozialanalyse und Organisationsentwicklung
Griesgasse 4, A-5020 Salzburg
Tel. und Fax 0043/662/84 57 24
(Dr. Erich Gattinger)

18.–20. Oktober 1996, Wien Pre-Therapy and Pre-Symbolic Experiencing

Seminar zur Psychotherapie von Psychosen mit Garry Prouty (Chicago) und Marlies Pörtner (Zürich)
Auskunft: VRP
MMag. Thomas Oberlechner
Mariahilfer Straße 149/25
A-1150 Wien
Tel. 0043/1/892 47 14

19. und 20. Oktober 1996, Wien Provokative Therapie/ Einführung und Auffrischung

Referent: Prof. Frank Farrelly
Auskunft: Social Development
Berggasse 20/II/11, A-1090 Wien
Tel. 0043/1/319 27 53-14 (Hr. Gross)
Fax 0043/1/319 27 53-15

20.–25. Oktober 1996, Bad Gleichenberg

27. Integratives Seminar für Psychotherapie

Das Anliegen dieses Seminars ist es, Aus- und Fortbildungsschritte in wesentlichen Psychotherapiekonzepten zu ermöglichen. Die jeweiligen Gruppenleiter sind autorisierte Lehrer der von ihnen vertretenen Spezialdisziplinen.
Auskunft: Sekretariat der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Postfach 25, Auenbruggerplatz 39
A-8036 Graz
Di. u. Do. 8.00 bis 12.00 Uhr
Tel. 0043/316/385-2292, Fax 385-3155

21. und 22. Oktober 1996, Innsbruck

Psychodynamik in Suchtkliniken

Prof. Dr. A. Obholzer, Tavistock Klinik, London
Auskunft: Psychiatrisches Krankenhaus Hall
Univ.-Doz. Dr. Christian Haring
Thurnfeldgasse 14, A-6060 Hall/Tirol
Tel. 0043/5223/508-2031

24.–26. Oktober 1996, Boldern, Männedorf Zürich

SGGT-Fachtagung

Auskunft: SGGT – Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung
Sekretariat: Brühlbergstrasse 56
CH-8400 Winterthur
Tel. 0041/52 23 40 45

26. Oktober 1996, Zürich-Irchel Ganzheitlich-Integrative Atemtherapie IKP – Behandlungsweisen und Konzepte

Organisation: Institut für Körperzentrierte Psychotherapie IKP und Ganzheitliche Atemschule IKP
Auskunft: Sekretariat IKP
Kanzleistraße 17, CH-8004 Zürich
Tel. 0041/1/242 29 30, Fax 242 72 52

8. und 9. November 1996, Wien IV. State-of-the-Art-Symposium – Spektrum der Zwangsstörungen „Zwischen Zwang und Drang“

Auskunft: Univ.-Prof. Dr. G. Lenz
Universitätsklinik für Psychiatrie
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien
Fax 0043/1/40400-3560

8. und 9. November 1996, Flensburg, Mürwik Workshop – Systemic Thinking for Managers

Nano McCaughan und Barry Palmer
Auskunft: projekt system
Norderweg 14
D-24980 Meyn
Tel. 0049/4639/75 06

14.–17. November 1996, Graz 1. Internationales Symposium: Pubertät – Prägung einer Entwicklung

Auskunft: Frau Klug, Sekretariat der Universitätsklinik für Psychiatrie
Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz
Tel. 0043/316/385-3612, Fax 385-3556

15. November 1996, Bad Ischl Leben mit Krebs

Informationsveranstaltung der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie

Auskunft: Leben mit Krebs
c/o Social Development
Berggasse 20/2/11
A-1090 Wien
Tel. 0043/1/319 27 53-0
Fax 0043/1/319 27 53-15

15. und 16. November 1996, Wien
Der versteckte Proteus. Zur gegenwärtigen und zukünftigen Verfassung des Unbewußten

Hauptreferenten: Peter Fonagy (London), Peter Fuchs (Neubrandenburg), Slavoj Žižek (Ljubljana)
Auskunft: Ulli Geppert
Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien
Tel. 0043/1/40400-3061 oder
Tel. und Fax 0043/1/406 68 03

15.–17. November 1996, Bad Ischl
Das Aggressionsproblem in der Onkologie

12. Arbeitstagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie
Auskunft: Social Development
Berggasse 20/2/11
A-1090 Wien
Tel. 0043/1/310 90 59-0
Fax 0043/1/310 90 59-15
e-mail: socdev@ibm.net

16. November 1996, Zürich
100 Jahre D. W. Winnicott
Schweizerische Gesellschaft der Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche (SPK)
Auskunft: Sekretariat SPK
B. Hofstetter
Herdschwandstrasse 5
CH-6020 Emmenbrücke
Tel. 0041/260 77 22

22. bis 24. November 1996, Berlin
Kongreß der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP)

Aktuelle Psychotherapie –
Methodenkombination als Standard?
Themen: Angst, Depression, Schmerz, Sucht, Anorexia nervosa, Bulimie, Diabetes mellitus
Auskunft: Annemarie Haefs
Sekretariat der AÄGP
Friedrich-Lau-Straße 7
D-40474 Düsseldorf
Tel. und Fax 0049/211/450741 oder
Dr. med. R. Hirsch
Geschäftsführer der AÄGP
Sauwiese 12a
D-82234 Wessling
Tel. und Fax 0049/8153/95089

Postgraduate Lehrgang in Psychoonkologie der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie 1996–1998

Beginn: 29. November 1996, Wien
Auskunft: Social Development
Berggasse 20/2/1, A-1090 Wien
Tel. 0043/1/319 27 53-0
Fax 0043/1/319 27 53-15
e-mail: socdev@ibm.net

26. Januar – 1. Februar 1997, Kitzbühel

3. Internationales Seminar für Autogenes Training, Autogene Psychotherapie und Hypnose
Autogenes Training Grundstufe, Oberstufe, Autogene Psychotherapie und Hypnose in Psychosomatik und Psychotherapie
Auskunft: ÖGATAP
Eduard Süßgasse 22/10
A-1150 Wien
Tel. 0043/1/98 33 565
Fax 0043/1/98 33 566

27. Februar – 1. März 1997, Salzburg

Sexualwissenschaftliche Tagung
Themen: Psychoanalyse zwischen Trieb- und Objektbeziehungstheorie, Sexualität jenseits der Geschlechterdifferenz, sexualpolitische Orientierungen, Transsexualität, sexualtherapeutische Behandlungskonzepte und der Beitrag der Psychoanalyse
Auskunft:
Sexualberatungsstelle Salzburg
Auerspergstraße 10/30
A-5020 Salzburg
Tel. 0043/662/87 08 70, Fax 87 69 99

8. März 1997, Bonn

„Die Gruppe als therapeutisches Agens – eine vernachlässigte Dynamik?“
Symposium der Arbeitsgruppe „Therapie und Gruppendynamik“ in der Sektion Gruppendynamik und des Däumling-Instituts
Das Symposium ist Prof. A. M. Däumling zum 80. Geburtstag gewidmet.
Auskunft: Däumling-Institut
Georgstraße 12, D-53721 Siegburg
Tel. 0043/2241/53102

2.–5. Oktober 1997, München
„Welche Bedeutung hat die Vergangenheit für die Zukunft? Phänomene, Strukturen, Entwürfte therapeutischer Gegenwart“
Erster gemeinsamer Kongreß der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (AGPF)
In der AGPF sind die Fachverbände der Gestalt- und Integrativen Therapie, Familientherapie, Transaktionsanalyse, Psychodrama, Bewegungs- und Kunsttherapie vertreten.
Auskunft: GFE, Zwitzenlehen 2
D-82547 Eurasburg