



Forum Österreich

AUS DEM ÖBVP

- S 157 Brief des Präsidenten
- S 158 Wenzel, T., Pritz, E., Farkas-Erlacher, B.:
Psychotherapie für Flüchtlinge aus
Bosnien-Herzegowina
- S 159 Söllner, W., Mores, E., Rumpold, G., Springer-
Kremser, M.: Psychotherapie in der Medizin:
Stand der Forschung zur Integration
psychotherapeutischer Ansätze im
Krankenhaus (Literaturrecherche, Teil 2)
- S 162 Horodecki, I.: Psychotherapie mit
Spielsüchtigen
- S 167 Loderbauer, B., Frischenschlager, A.:
Supervision aus rechtlicher Sicht
- S 171 Leserbriefe

AUS DEM PSYCHOTHERAPIEBEIRAT –
GESUNDHEITSMINISTERIUM

- S 174 Ethik-Rubrik: von Heydwolff, A.: Positivismus
für die Normseele



Forum Schweiz/Suisse

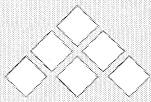
- S 179 Editorial
- S 180 Die neue Forschungskultur der Psychotherapie
- S 180 Mertens, W.: Welche Wissenschaft braucht die
Psychotherapie?
- S 186 Schneider, H.: Forschung durch praktisch
tätige PsychotherapeutInnen: Wie anpacken?
- S 191 Une nouvelle culture de la recherche
en psychothérapie
- S 191 Mertens, W.: De quelle recherche la
psychothérapie a-t-elle besoin?
- S 197 Schneider, H.: La recherche menée par des
praticiens de la psychothérapie: où
commencer?

Forum Deutschland

- S 201 Krause-Girth, C.: Die Deutschen im
Europäischen Psychotherapieverband –
zur Gründung des deutschen Dachverbandes
für Psychotherapie (DVP)

Psychotherapie International

- S 203 1st Congress of the World Council for
Psychotherapy – WCP. Vienna, June 30–July 4,
1996: Der Weltkongreß weiter auf Erfolgskurs
- S 204 Madu, S. N.: Psychotherapieähnliche
Heilungsprozesse in Nigeria
- S 209 VERANSTALTUNGSKALENDER



Aus dem ÖBVP

Brief des Präsidenten

1. *Fachtagung und Generalversammlung des ÖBVP in Graz (17. und 18. 11. 1995):* Die Fachtagung zum Thema „Gewalttätige Gesellschaft“ war außerordentlich interessant, von Dr. Sziskowicz und Dr. Benko hervorragend vorbereitet. Sie hätte zahlreiche Teilnehmer verdient, hat uns dennoch in ihrer Dichte gezeigt, wie aus Gedanken und Phantasien zunächst Worte und dann Taten werden können.

Die Generalversammlung verlief erstmalig ohne größere Spannungen, die Budgetfragen mit den Landesverbänden konnten bereits im Vorfeld geklärt werden.

Zur Wahl für die nächsten zwei Jahre stellte sich das bisherige Präsidium mit Ausnahme von Hermann Radler, dem an dieser Stelle noch einmal für seinen dreijährigen konstruktiven Einsatz für die Ausbildungskandidaten/innen gedankt sei. Für die Position des Kandidatenvertreters im Präsidium kandidierte Herr Dr. Korbelt, der Ausbildungskandidat in der ÖGATAP und Arzt ist. Mit über 92 Prozent Zustimmung wurden gewählt:

*Dr. Alfred Pritz – Präsident
Mag. Renate Patera – Vizepräsidentin
Dr. Heiner Bartuska – Rechtsressort
Mag. Friedrich Fehlinger – Kassier
Dr. Walter Korbelt – Kandidatenanliegen.*

Das neue Präsidium freut sich, daß die bisherige Arbeit so eindeutig bestätigt wurde, und wird in diesem Sinne weiterarbeiten.

Diskussionen gab es um die Frage, wann und wo die nächste Generalversammlung abgehalten werden soll. Es wurde beschlossen, sie im November 1997 in St. Pölten abzuhalten. Der Niederösterreichische Landesverband machte dieses Angebot, obwohl von früheren Sitzungen auch ein Angebot vom Tiroler Landesverband von mir in Erinnerung gerufen wurde. Da aber zu dem Abstimmungszeitpunkt kein Tiroler mehr da war, um zu klären, ob dieses Angebot noch aufrecht sei, stimmte die GV für St. Pölten.

Leider mußten einige Tagesordnungspunkte aufgrund der fortgeschrittenen Zeit vertagt werden. Eine der unmittelbaren Möglichkeiten, dies zu behandeln, ist das Psychotherapie Forum. Insbesondere der Punkt „Öffentlichkeitsarbeit“ wird uns in den nächsten Jahren sehr beschäftigen. Die Entwicklung der Psychotherapie in Österreich hat nun den Punkt erreicht, wo es notwendig wird, unsere Erfahrungen und Kenntnisse breiteren Bevölkerungsschichten vertraut zu machen. Die Landesverbände arbeiten zum Teil schon aktiv an entsprechenden Maßnahmen. So plant etwa der Niederösterreichische Landesverband eine Tagung im Frühjahr 96 zum Thema „Identität der Niederösterreicher/innen“ (Arbeitstitel), sowie eine Tagung im Herbst 96 zu den vielfältigen Angeboten der niederösterreichischen Psychotherapeuten/innen in ihrem Land.

2. *Das Psychotherapie Forum hat ein neues Kind bekommen:* Wir begrüßen erfreut das „Psychotherapie Forum Deutschland“. Dieser Teil wird in Hinkunft von Frau Dr. Cornelia Krause-Girth redaktionell betreut werden. Frau Dr. med. Krause-Girth ist Hochschullehrerin und Oberärztin bei Prof. Michael-Lukas Möller, Universität Frankfurt, Abteilung für medizinische Psychologie. Sie will sich künftig für eine kooperative Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland einsetzen und ist Initiatorin des „Deutschen Dachverbandes für Psychotherapie“ (DVP), welcher am 10. 2. 1996 in Frankfurt/Main gegründet werden wird. Sie teilt unsere Auffassung, daß nur ein gemeinsames Dach aller psychotherapeutischen Schulen jenen Boden bildet, der die Psychotherapie über einen kleinen Kreis hinaus auch gesellschaftlich wirksam werden läßt. Wir österreichischen und Schweizer Kollegen/innen werden sie dabei engagiert unterstützen. Denn mit der Implementierung des Deutschland-Supplements in das Psychotherapie Forum und damit ver-

bundenen Information über die aktuellen Diskussionen der deutschen Psychotherapeut/innen erhöht sich nicht nur die Lesedichte der Zeitschrift, es kommt erstmals zu einer Gesamtschau der Psychotherapieentwicklung in den drei deutschsprachigen Ländern: vier Redaktionen (Wissenschaft, Schweiz, Deutschland, Österreich) in einer Zeitschrift. Ich glaube, das ist ein Anlaß zur Freude.

Mit der Gründung des deutschen Dachverbandes für Psychotherapie (DVP) am 10. Feber 1996 in Frankfurt am Main wird auch ein neues Kapitel in der Geschichte der deutschen Psychotherapie aufgeschlagen werden. Denn trotz des weltweit beachtenswerten Qualitätsniveaus der Psychotherapie in Deutschland war es bis heute nicht gelungen, die rivalisierenden Verbände wirklich zu gemeinsamem Handeln zu bewegen. Dies hat sicherlich auch historische Ursachen, insbesondere im unsäglichen Versuch während des Hitlerregimes, einen deutschen Gesamtverband ins Leben zu rufen, welcher aber die Sprachverstümmelungen des Nazi-regimes zu akzeptieren hatte. Ich denke, daß mit dieser Dachverbandgründung auch ein Stück Vergangenheitsbewältigung geschieht. Daß der Anstoß von den übrigen europäischen Ländern, die im Europäischen Psychotherapieverband (EAP) organisiert sind, gekommen ist, darf auch als ein Zeichen der Wertschätzung der deutschen Psychotherapie gewertet werden. Gerade etwa im Bereich der stationären Psychotherapie ist Deutschland allen anderen Ländern meilenweit voraus, und ich erhoffe mir diesbezüglich signifikante Impulse auch für Österreich. Frau Dr. Krause-Girth ist auch sehr bemüht, die deutschen Ausbildungsstandards in die Diskussion des EAP hineinzutragen. Der EAP arbeitet derzeit an Richtlinien, die eine gegenseitige Anerkennung der Psychotherapieausbildungen in der Europäischen Union und darüber hinaus möglich machen werden.

3. *Weltkongreß 1996*: Der 1. Weltkongreß für Psychotherapie des World Council for Psychotherapy, der vom 30. 6. bis 4. 7. 1996 in Wien stattfinden wird, erfreut sich großen internationalen Interesses. Mittlerweile haben 1448 Referenten/innen aus 59 Ländern ihr Kommen angekün-

digt, darunter auch zahlreiche Kollegen/innen aus Asien und Afrika. Es wird also der erste wirkliche Weltkongreß für Psychotherapie, in dem auch Konzepte aus bisher unbekanntem Ländern dargestellt werden. Als solcher ist er vielleicht der wichtigste Kongreß für Psychotherapie in diesem Jahrhundert, weil er eine Synopse versucht zwischen Methoden und Kontinenten im Bereich der Psychotherapie. Ich möchte Sie davon informieren, daß einige der Vorsymposia bereits am Rande der Aufnahmekapazität sind und daß eine frühe Anmeldung auch einen günstigeren Tagungsbeitrag ermöglicht. Für Anfragen steht Ihnen unser Tagungspartner ICOS zur Verfügung: Frau Sendlak, Johannesgasse 14, A-1010 Wien, Tel. 0043/1/587 60 44.

4. *Psychotherapie im Krankenhaus*: Gerade erreichte uns die Nachricht, daß nun auch in Kärnten die Landesregierung die Einbeziehung der Psychotherapie in die Landeskrankenhäuser beschlossen hat. Mit Wien und Salzburg sind es nun schon drei Bundesländer, in denen Psychotherapie im Krankenhaus gesetzlich vorgeschrieben wird. Nun folgt der nächste Schritt, entsprechende Planstellen zuzuschaffen.

Eine besonders erfreuliche Nachricht erreichte uns von Frau Dr. Lisa Bock, Psychotherapeutin im Salzburger Landeskrankenhaus: Ab 1. 1. 1996 wird ein eigenes „Institut für Psychotherapie“ im Salzburger Landeskrankenhaus seine Arbeit aufnehmen. Ihr und allen daran Beteiligten herzliche Glückwünsche.

Dr. Alfred Pritz

T. Wenzel, E. Pritz und B. Farkas-Erlacher

Psychotherapie für Flüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina*

Derzeit befinden sich über 70.000 Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien in Österreich. Bei vielen ist mit einer starken Belastung durch Kriegstraumen, Flucht, Entwurzelung und Akkulturationsanforderungen mit einem deutlichen Psychotherapiebedarf zu rechnen [1, 2]. Dem entgegen steht ein schlechter Zugang zu ambulanter und stationärer Psychotherapie.

In Zusammenarbeit mit dem BÖP ist es durch eine besondere Vereinbarung mit dem Bundesministerium für Inneres gelungen, nachträglich zusätzliche Mittel für die Psychotherapie mit bosnischen Patienten, die sonst keine Möglichkeit zur Abrechnung mit einer Krankenkasse haben, zu vereinbaren. Die Möglichkeit der rückwirkenden Abrechnung solcher Therapien, die bis jetzt in der Regel gratis – als freiwillige Leistung der Therapeuten – erfolgte, bezieht sich auf Einzeltherapien, Gruppentherapien und Supervision im Verrechnungszeitraum November 1994 bis

Oktober 1995 unter Einbeziehung der Kosten für einen Dolmetscher. Über eine Fortführung wird verhandelt.

Das vorliegende Modell einer Psychotherapie mit Übersetzern ist Ergänzung des Betreuungsangebotes durch Beratung in der Muttersprache, das in der letzten Ausgabe des Psychotherapie Forums vorgestellt wurde [3, 4].

Literatur

1. Bjorn A, Eriksson T (1993) Released Bosnian prisoners of war. High risk of posttraumatic symptoms. *Lakartidningen* 90: 2305–2308
2. Weine SM, Becker DF, McGlashan TH, et al (1995) Psychiatric consequences of „ethnic cleansing“: clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *Am J Psychiatry* 152: 536–542
3. Wenzel T, Egger G, Kieffer W, et al (1993) Aspects of interdisciplinary treatment of traumatized refugees. *Fortschr Neurol Psychiatr* 61 [Suppl 1]: 32–33
4. Wenzel T, Pritz E (1995) Zusatzausbildung für bosnische Betreuer. *Psychother Forum* 3/3: 151

Dr. med. Thomas Wenzel
Blumberggasse 4/6, A-1160 Wien

* Ein Informationsblatt und Dokumentationsunterlagen liegen im Büro des ÖBVP auf.

W. Söllner¹, E. Mores¹, G. Rumpold¹ und M. Springer-Kremser²

Psychotherapie in der Medizin

Stand der Forschung zur Integration psychotherapeutischer Ansätze im Krankenhaus (Literaturrecherche, Teil 2)

Einleitung

An der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Innsbruck und an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie Wien wurde ein vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung gefördertes Projekt zur Erhebung des Stands der Forschung im Bereich der Psychotherapie in der Medizin durchgeführt. Der erste Teil des Berichts über die Ergebnisse der Literaturübersicht wurde in Heft 2/95 des Psychotherapie Forum veröffentlicht (Leithner et al., 1995) und behandelte schwerpunktmäßig den Stand der Forschung in den Bereichen des Zugangs bzw. der Zuweisung zur Psychotherapie, der Indikationsstellung zur Psychotherapie und der Therapiemotivation. Im vorliegenden zweiten Teil des Berichts werden die Ergebnisse der Literaturübersicht über den Bereich der Kooperation zwischen Ärzten und Psychotherapeuten im Krankenhaus und der Integration psychotherapeutischer Ansätze in die medizinische Versorgung dargestellt.

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Erstellung einer *Literaturdatenbank*, welche eine Grundlage für das weitere wissenschaftliche Arbeiten im Bereich der Psychotherapie in der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Modelle der Kooperation und der Integration bilden soll.

Aufgaben und Ziele der Psychotherapie im Krankenhaus

Die psychotherapeutische Versorgung im Allgemeinkrankenhaus hat folgende *Aufgaben* zu erfüllen:

- psychotherapeutische Diagnostik (Erstinterview, begleitende psychodiagnostische Verfahren);
- differenzielle Indikationsstellung zur Psychotherapie;

¹ Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Innsbruck

² Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Wien

- Motivationsklärung und Motivationsarbeit bzgl. einer angezeigten psychotherapeutischen Behandlung;
- psychotherapeutische Beratung und Kurz-Psychotherapie (Fokalthherapie) bei akuten Krisen oder umschriebenen Problemen;
- Durchführung psychotherapeutischer Behandlungen nach Erwägen differenzieller psychotherapeutischer Kriterien je nach Problemlage (Art des psychotherapeutischen Verfahrens, Setting, Dauer, Finanzierbarkeit): Dabei kommen neben psychotherapeutischer Einzelbehandlung vor allem körperzentrierte Verfahren, gruppentherapeutische Verfahren (symptombefugene Gruppen; interdisziplinäre Gruppentherapie) und Psychotherapie unter Einbeziehung der Angehörigen (Paar- und Familienberatung bzw. -therapie, Angehörigengruppen) zur Anwendung;
- qualifizierte Weiterüberweisung an niedergelassene Psychotherapeuten.

Die *Zielgruppen* für psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung sind:

- psychisch Kranke (Psychoneurosen, Persönlichkeitsstörungen);
- chronisch körperlich Kranke mit Schwierigkeiten der Krankheitsverarbeitung bzw. Kranke, bei denen psychologische Faktoren zur Chronifizierung der Erkrankung beitragen (z.B. Dialysepatienten, Tumorkranke, Stoffwechselkranke, Patienten mit immunologischen Erkrankungen etc.);
- Kranke mit funktionellen Beschwerden, bei denen kein relevanter organopathologischer Befund erhoben werden kann und bei denen psychische Faktoren in der Ätiologie der Erkrankung eine Rolle spielen (z.B. funktionelle Magen-Darm-Störungen, benigne chronische Schmerzsyndrome etc.);
- sogenannte klassische psychosomatische Erkrankungen bzw. „Le-

bensstilerkrankungen“, bei denen psychosoziale Faktoren an der Entstehung und Unterhaltung der Krankheit als Risikofaktoren mitwirken (z.B. Colitis ulcerosa, essentielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit).

Formen der Kooperation zwischen Ärzten und Psychotherapeuten im Krankenhaus

Die Durchführung der psychotherapeutischen Versorgung im Allgemeinkrankenhaus muß je nach Anstaltszweck (Patientenkollektiv, Art der medizinischen diagnostischen und therapeutischen Aufgaben) und Problemlage (siehe oben: Aufgaben und Zielgruppen) organisiert werden. Prinzipiell stehen dafür zwei Organisationsformen zur Verfügung:

Der *psychotherapeutische Konsiliardienst*, bei dem ein anstaltsinterner oder anstaltsexterner Psychotherapeut auf Wunsch des Patienten oder auf Anforderung des behandelnden Arztes zur psychotherapeutischen Diagnostik und (gegebenenfalls) Behandlung beigezogen wird. Da psychotherapeutisches Arbeiten nur auf der Grundlage eines persönlichen Vertrauensverhältnisses und unter Wahrung konstanter Rahmenbedingungen möglich ist, ist dafür die persönliche Konstanz des Therapeuten sowie ein geschützter äußerer Rahmen (ausreichend Zeit, geschützter Raum zur Vermeidung von Störungen durch den sonstigen Krankenhausbetrieb, Wahrung der persönlichen Intimsphäre) erforderlich.

Für den Erfolg psychotherapeutischer Behandlungen im Krankenhaus hat sich die gute Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten als wesentliche Voraussetzung erwiesen. Aus diesen Gründen empfehlen wissenschaftliche und klinische Fachleute und Fachinstitutionen (u.a. der Wissenschaftsrat der BRD, 1977, die Psychiatrie-Enquete-Kommission der Deutschen Bundesregierung/Aktion psychisch Kranke, 1988, und die Expertenkommission der Fachminister der Europäischen Gemeinschaft/Health Services Research, 1985) die Einrichtung enger Kooperationsmodelle zwischen psychotherapeutischen und somatischen Fachleuten in Allgemeinkrankenhäu-

sern. Ein solches enges Kooperationsmodell ist der *psychotherapeutische Liaisondienst*, der im Unterschied zum Konsiliardienst die regelmäßige Präsenz eines konstanten psychotherapeutischen Spezialisten an einer Krankenanstalt bzw. einer Abteilung einer Krankenanstalt vorsieht. Dies geschieht in Form regelmäßiger Sprechstunden für Patienten, eines regelmäßigen Fachkonsiliums (Fallseminars) mit den Ärzten der Krankenanstalt, gegebenenfalls gemeinsamer Visiten und regelmäßiger Weiterbildungsveranstaltungen für das ärztliche und pflegerische Personal (Springer-Kremser, 1981; Herzog et al., 1994; Söllner et al., 1995).

Besonders mit Krankenanstalten/Abteilungen, an denen ein hoher Prozentsatz von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen (z.B. Tumorkranken, Intensiv- und Dialysepatienten) und von Patienten, bei deren Erkrankung psychische Faktoren eine große Rolle spielen (Schmerzpatienten, Patienten mit funktionellen, chronisch-entzündlichen oder autoimmunologischen Erkrankungen) stationär und ambulant behandelt werden, ist eine konsiliarische Betreuung nicht ausreichend.

Wegen der besonderen emotionalen Belastung der psychotherapeutischen Tätigkeit und zur Qualitätssicherung ist sowohl beim Konsiliar- als auch beim Liaisondienst dafür Sorge zu tragen, daß die dort tätigen Psychotherapeuten in ein fachspezifisches kollegiales Team eingebunden sind und damit ausreichend Möglichkeit zur begleitenden kollegialen Unterstützung, Fallsupervision und fachlicher Kontrolle haben (Söllner und Lampe, 1995).

Methoden der Literaturrecherche

Die Literatursuche, deutschsprachige Artikel betreffend, erfolgte in folgenden Datenbanken:

- PSYNDEX 1977 – März 1995
- MEDLINE 1984 – Juni 1995

Die Datenbanken PSYNDEX und MEDLINE, mit deren Hilfe wir recherchiert haben, sind an der Universitätsbibliothek Innsbruck auf CD-ROM verfügbar.

MEDLINE (Medical Literature on Line) entspricht inhaltlich dem inter-

nationalen Index Medicus und einigen anderen gedruckten Bibliographien.

- *Fachgebiete*: gesamte Medizin, aber auch Psychologie.
- *Umfang*: ab Erscheinungsjahr 1966 ca. 7,800.000 Nachweise; jährlicher Zugang: ca. 350.000 Zitate aus rund 3.700 Zeitschriften. Nachgewiesen werden u.a. Autor(en), Titel und sonstige bibliographische Angaben, Schlagwörter, englische Abstracts (60%).
- *Aktualisierung*: monatlich.

PSYNDEX ist eine in deutscher und englischer Sprache absuchbare Datenbank, die von der Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) in Trier hergestellt wird. Sie enthält die gesamte psychologische Literatur aus den deutschsprachigen Ländern, die teilweise auch in dem gedruckten Referatedienst „Psychologischer Index“ sowie den Jahressbänden „Bibliographie deutschsprachiger psychologischer Dissertationen“ und „Bibliographie der deutschsprachigen psychologischen Literatur“ dokumentiert ist. Ab Juli 1993 enthält PSYNDEX auch mehr als 500 Psychologie-relevante audiovisuelle Medien aus den Dokumentationsbeständen des Instituts für den wissenschaftlichen Film (IWF) in Göttingen und der Video-Cooperative-Ruhr (VCR) in Dortmund.

- *Fachgebiete*: gesamte Psychologie einschließlich psychologisch relevanter Aspekte aus Nachbardisziplinen.
- *Umfang*: ab Erscheinungsjahr 1977 ca. 93.000 Nachweise; Neuzugänge jährlich etwa 8.000, davon etwa 4.500 Aufsätze aus über 250 Zeitschriften, 850 Bücher, 2.000 Sammelwerksbeiträge und 700 Reports und Dissertationen. Nachgewiesen werden u.a. Autor(en), Titel und sonstige bibliographische Angaben, Deskriptoren und Klassifikationsbegriffe. Abstracts (in Deutsch 100%, zusätzlich in Englisch 33%). Recherchen sind ab dem Erscheinungsjahr 1977 (Dissertationen ab 1968) möglich.
- *Aktualisierung*: vierteljährlich.

Um in dieser Datenbank effizient suchen zu können, ist es notwendig,

sich eines *Schlagwortverzeichnisses* zu bedienen. Wir haben uns hier auf die Deskriptoren der Datenbanken PSYNDEX und PSYTKOM gestützt, die auf dem „Thesaurus of Psychological Index Terms“ (Zentralstelle für psychologische Information und Doku-

Tabelle 1. Anzahl der Artikel in den 46 Schlagwortbereichen

Schlagwort	Artikel (n)
Aids	6
Alkohol	11
Angst	8
Asthma	1
Chirurgie	14
Compliance	8
Coping	13
Depression	12
Dermatologie	14
Dialyse	4
Drogen	8
Eßstörungen	2
Ethik	3
Evaluation	36
Forensische Psychologie und Psychiatrie	7
Gastroenterologie	12
Geriatrie	16
Geschichte	17
Gynäkologie	17
Hypertonie	1
Immunologie	4
Intensivmedizin	9
Innere Medizin	6
Interventionen	47
Kardiologie	11
Kinderheilkunde	45
Kulturelle Vergleiche	5
Lebensqualität	2
Mentale Störungen	21
Mißbrauch	7
Neurologie	34
Onkologie	39
Psychiatrie	81
Psychopharmakologie	9
Psychosomatik	110
Psychotherapie	77
Pulmonologie	3
Schmerz	12
Sexualstörungen	8
Sozialarbeit	1
Streß	7
Suizid	26
Tod	2
Transplantation	6
Trauma	5
Zahn- und Kieferheilkunde	2
Summe	789

mentation, 1994) basieren und von der American Psychological Association herausgegeben wird. Wir verwendeten dabei die Originalversion mit den englischen Deskriptoren.

In der ersten Phase des Projektes wurde die Zuordnung der einzelnen Artikel zu den jeweiligen Schlagworten aus den zwei Datenbanken softwaregestützt ausgeführt. In einem zweiten Schritt wurden die unklar zugeordneten Artikel von uns nach Lektüre der Abstracts oder der gesamten Arbeiten den Schlagwort-Kategorien zugeordnet.

Alle Artikel werden mit Hilfe der Datenbank Microsoft Access (Ver. 2.0) erfaßt. Die Indexierung erfolgt nach Autoren und den 46 Schlagwörtern. Somit ist es dem Anwender möglich, schnell und effizient einen Gesamtüberblick über die den psychotherapeutischen Liaison- und Konsiliardienst betreffende deutschsprachige Literatur zu erhalten.

Ergebnisse der Literaturrecherche

Insgesamt wurden 400 deutschsprachige Artikel zum psychosomatischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Liaison- und Konsiliardienst gefunden. Diese Artikel wurden mit Hilfe der Schlagworte und der Abstracts den 46 Schlagwort-Bereichen zugeordnet. In Tabelle 1 wird durch die Gesamtsumme von (Σ 789) ersichtlich, daß Artikel unter mehreren Schlagwörtern zugeordnet werden. Das bietet den großen Vor-

teil, bei der Suche nach bestimmten Artikeln nicht nur an ein Schlagwort gebunden zu sein. Die Erfahrung hat uns gezeigt, daß viele ausgezeichnete Beiträge von Kolleginnen und Kollegen, bedingt durch ungenügende Beschlagwortung, kaum zu finden sind.

In Tabelle 2 sind alle Zeitschriften aufgelistet, in denen mehr als fünf Artikel zum psychotherapeutischen Liaison- und Konsiliardienst publiziert wurden. Das führende Fachjournal ist die „Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie“, in welcher 31 Artikel, das sind 7,8 Prozent aller deutschsprachigen Artikel zum psychosomatischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Liaison- und Konsiliardienst, publiziert sind.

Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

Interessierte, die sich mit Fragen der Kooperation zwischen Psychotherapie und Medizin bzw. der Integration von Psychotherapie in die Medizin (psychotherapeutischer Konsiliar- und Liaisondienst) beschäftigen, sollen auf unsere Literaturdatenbank zugreifen können. Das erste Teilziel unseres Projektes war es, einen umfassenden Überblick über die deutschsprachige Literatur, welche den Liaison- und Konsiliardienst im psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bereich betrifft, zu bieten. Interessierten soll der Zugang zu interessanten Artikeln

und Büchern erleichtert werden. Mit Hilfe von Schlagwörtern oder mit einem alphabetischen Autorenkatalog sollte es allen im Liaison- und Konsiliardienst tätigen Ärzten und Psychotherapeuten möglich sein, entsprechende, für sie hilfreiche Artikel zu finden. Die von uns gewählten Schlagworte sind mit der amerikanischen Literaturdatenbank „MICRO-CARES Database for Consultation-Liaison-Psychiatry“ (Hammer et al., 1993) kompatibel. Die Ergebnisse der Recherche können momentan über unsere Klinik als Computerausdruck zur Verfügung gestellt werden. Anwender, die im Besitz einer Datenbank (PC-kompatibel) sind, können eine Kopie auf einer 3,5'-Diskette gegen einen Unkostenbeitrag anfordern. Als letzter Schritt wird 1996 eine Literaturdatenbank in unserer WEB-Seite im World-Wide-Web eingerichtet, um unsere Ergebnisse und Recherchen allen Personen mit einem Internet-Zugang zugänglich zu machen.

Durch die computerisierte Methode der Zuordnung kommt es trotz Überprüfung der Abstracts dazu, daß ein kleiner Prozentsatz der Artikel falsch zugeordnet wurde. Das ist einer der Gründe, warum es in einem weiteren Schritt nötig ist, Experten für jedes der einzelnen Fachgebiete zu gewinnen, mit deren Hilfe es möglich sein wird, die Literaturdatenbank regelmäßig zu überprüfen und laufend zu aktualisieren.

Literatur

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Aktion Psychisch Kranke, Bonn
 Hammer JS, Strain JJ, Lewin C, Easton M, Mayou R, Smith GC, Huysse F, Lyons J, Malt U, Himelein C, Kurosawa H (1993) The continuing evolution and update of a literature database for consultation-liaison psychiatry: MICRO-CARES literature search system 1993. *General Hospital Psychiatry* 15: 1-12
 Herzog T, Stein B (1994) European Consultation Liaison Workgroup. Psychotherapeutisch-psychosomatische Konsiliar-/Liaisondienste: Entwicklungen, empirische Befunde, Perspektiven für die Praxis und Forschung. *Psychologie in der Medizin* 5: 10-18

Tabelle 2. Zeitschriften mit mehr als fünf publizierten Arbeiten zum psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisondienst

Zeitschrift	Anzahl (n)
Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie	31
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse	20
Psychiatrische Praxis	20
Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik	11
Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie	10
Der Nervenarzt	9
Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie	9
Therapeutische Umschau	8
Geburtshilfe und Frauenheilkunde	8
Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis)	7
Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin	7
Fortschritte der Medizin	7
Zeitschrift für Hautkrankheiten	7
Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik	6

Leithner K, Nemerski N, Springer-Kremser M, Söllner W (1995) Psychotherapie in der Medizin (Teil I): Forschungsbericht zur psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung, Kooperation und Integration. *Psychother Forum [Suppl]* 3/2: S69–S72

Söllner W, Lampe A (1995) Arzt, Patient und Psychotherapeut: Interaktion und Kooperation im Krankenhaus unter beziehungsanalytischen Gesichtspunkten. In: Herberth F, Maurer J (Hrsg) *Anwendungen der Beziehungsanalyse in Theorie und Praxis*. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart (im Druck)

Söllner W, Smrekar U, Schüßler G (1995) Zur Strukturqualität im psychotherapeutischen Konsiliar-/Liaisondienst: Überlegungen zu Qualitätsstandards und Entwicklung eines Dokumentati-

onsbogens. *Psychologie in der Medizin* 6/2: 17–23

Springer-Kremser M (1981) Die psychosomatisch-gynäkologische Ambulanz an der II. Univ.-Frauenklinik. *Wien Med Wochenschr* 9: 131

Wissenschaftsrat (Hrsg) (1986) *Empfehlungen zur klinischen Forschung an den Hochschulen*. Wissenschaftsrat, Köln

Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation (Hrsg) (1994) *PSYINDEX TERMS*. 4. Aufl. Universität Trier

*Dr. Wolfgang Söllner
Universitätsklinik für Medizinische
Psychologie und Psychotherapie
Sonnenburgstraße 9
A-6020 Innsbruck
Tel. 0512/586335, Fax 0512/586335-6*

spielmarkt unter den europäischen Wirtschaftsbranchen bereits den 13. Rang einnimmt – beispielweise noch weit vor der Computerindustrie (Meyer und Bachmann, 1993).

In Österreich betrug 1990 die Summe der Bruttoumsätze auf dem Glücksspielmarkt über 80 Milliarden Schilling, was einer Steigerung um ca. 30% gegenüber 1987 entspricht. Auch in anderen Ländern ist eine ständige Steigerung der Glücksspielumsätze zu beobachten. Zwar gab es bereits in der Geschichte des Glücksspiels Phasen, in denen es durch Einführung bzw. Verbreitung bestimmter Glücksspielformen zu Glücksspiel auswüchsen gekommen ist, jedoch in keinem Zeitalter waren Glücksspiele so verbreitet – sowohl im Sinne des großen Angebotes als auch der leichten Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsschichten – wie in den meisten der heutigen Konsumgesellschaften. Dies wirft die Frage auf, womit dieser Trend zu erklären ist. Wenn auch wirtschaftliche Interessen hinter dem großen Angebot stehen, bleibt offen, warum die Nachfrage nachkommt. Teilerklärungen bietet wahrscheinlich der Einfluß der Massenmedien, die der Bevölkerung ein breitgefächertes Angebot an Glücksspielen nahebringen und durch ihre Berichte auch die Teilnahme am Glücksspiel als etwas Selbstverständliches, zum Alltag Dazugehörendes erscheinen lassen. Wenn auch ein verändertes Freizeitverhalten zur Erklärung ebenfalls herangezogen werden kann, sind Antworten wahrscheinlich hauptsächlich im Bereich des gesellschaftlichen Wertewandels und der veränderten Werteinstellungen zu suchen (Horodecki, 1992, 1995).

Der begriffliche Kontext pathologischen Glücksspiels: Krankheitsbild, diagnostische Kriterien, Diskussion um die nosologische Einordnung

Zur Beschreibung eines solchen Glücksspielverhaltens, das für den Betroffenen selbst und/oder für seine soziale Umgebung zum Problem geworden ist, wird seit der Aufnahme in die beiden großen Klassifikationssysteme psychischer Störungen (DSM-III-R und ICD-10) unter dem angelsächsischen Begriff „pathological gambling“, im wissenschaftlichen, kli-

I. Horodecki

Psychotherapie mit Spielsüchtigen

Zusammenfassung

Im Beratungs- und Therapiezentrum für Spieler/innen und Angehörige beim Verein „Anonyme Spieler“ in Wien werden Spieler/innen und deren Angehörige beraten, behandelt und betreut. Der ausführlichen Beschreibung der Klientel und des therapeutischen Angebotes dieser Einrichtung wurden Bemerkungen zum gesellschaftlichen, geschichtlichen und wirtschaftlichen Kontext pathologischen Glücksspiels, dem Krankheitsbild und der nosologischen Einordnung der Problematik vorangestellt.

Einleitung

Im deutschsprachigen Raum wurde die Problematik pathologischen Glücksspiels, im Gegensatz zu den angelsächsischen Ländern, eher vernachlässigt, was mit der Wirksamkeit der früheren Präventivmaßnahmen zusammenhängt. Die Expansion des Glücksspielangebotes im deutschsprachigen Raum in der zweiten Hälfte der 70er Jahre hatte – mit einer kleinen zeitlichen Verschiebung – sowohl eine verstärkte Therapienachfrage von Personen zur Folge, die ein zumindest problematisches Glücksspielverhalten zeigten, als auch eine intensivere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema.

Bemerkungen zum geschichtlichen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Kontext pathologischen Glücksspiels

Das Glücksspiel samt seinen Auswüchsen ist kein bisher unbekanntes Phänomen. Glücksspiele kommen in allen Kulturen und Gesellschaftsformen vor. Einem Wandel unterlagen lediglich – dem Zeitalter entsprechend – Art und Form der Glücksspiele und des persönlichen Einsatzes.

Die Geschichte des Glücksspiels beinhaltet einen ständigen Wandel der Einstellung dem Glücksspiel gegenüber. Über Jahrtausende kann ein Auf und Ab in der Wertschätzung seitens der öffentlichen Meinung, ein Pendeln zwischen Verboten und Wieder genehmigungen beobachtet werden, was auf eine starke Ambivalenz dem Glücksspiel gegenüber schließen läßt. Auch der österreichische Gesetzgeber ist davon nicht ausgeschlossen: Einerseits wird die Veranstaltung von Glücksspielen untersagt und bedarf gesonderter Genehmigungen, andererseits besteht ein wirtschaftliches Interesse, möglichst große Einnahmen der Staatskassa zuzuführen.

Die ökonomische Bedeutung dieses Sektors wird sinnfällig, wenn man sich vergegenwärtigt, daß der Glücks-

nischen und forensischen Bereich überwiegend der Fachausdruck „Pathologisches Spielen“ verwendet. Eine Übersetzung durch „Pathologisches Spielen“, wie in den deutschsprachigen Versionen des DSM-III-R (Wittchen et al., 1989) und im ICD-10 (Dilling et al., 1991), trifft den Sachverhalt allerdings nicht hinreichend, denn „gambling“ steht für das Spielen um Geld, die Beteiligung an Glücksspielen. Prägnanter ist daher der Ausdruck „Pathologisches Glücksspiel“ (da ja „glücksspielen“ nicht gebräuchlich ist).

In den aktuellen Fassungen der Klassifikationssysteme wird pathologisches Glücksspiel unter „Störungen der Impulskontrolle“ (DSM-III-R) bzw. „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (ICD-10) eingeordnet. Die „Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft“ betont jedoch, daß sie diagnostische Kriterien zugrunde legt, die sich an Merkmalen stoffgebundener Abhängigkeiten anlehnen, da die wissenschaftliche Forschung zahlreiche Gemeinsamkeiten mit der Alkohol- und Drogenabhängigkeit nachgewiesen hat (APA, 1987, S. 427).

Nach ICD-10 besteht die Störung in häufig wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen setzen ihren Beruf und Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder die Bezahlung von Schulden zu umgehen. Es wird ein intensiver, kaum kontrollierbarer Spieldrang beschrieben. Daneben steht die gedankliche und bildliche Vorstellung des Spielvorganges und seiner Begleitumstände im Vordergrund. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen. Die genannten Merkmale entsprechen insgesamt weitgehend den viel differenzierteren Kriterien des DSM-III-R.

Auch jetzt noch, nach der wissenschaftlichen Anerkennung des Krankheitscharakters, bestehen Kontroversen über die Frage, ob es sich bei exzessivem Spielen um eine Abhängigkeit mit allen dabei zu beobachtenden Phänomenen süchtigen Ver-

haltens oder um eine neurotische Störung handelt. Die überwiegende Mehrheit der Autoren ordnet – international und im deutschsprachigen Raum – das pathologische Glücksspiel den nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten zu (u.a. Bönning, 1991; Custer, 1984; Kellermann, 1987; Lesieur, 1987 a, b; Meyer und Bachmann, 1993; Schaffer et al., 1989; Scholz, 1995; Windgassen und Leygraf, 1988).

Die Hamburger Arbeitsgruppe um Hand vertritt die Auffassung, daß bei einer relevanten Subgruppe von Glücksspielern nicht eine Abhängigkeit, sondern eine neurotische Störung vorliegt, d.h. das pathologische Glücksspiel wird im Sinne einer neurotischen Symptombildung verstanden. Jedoch schließt auch diese Arbeitsgruppe die Möglichkeit einer psychischen Abhängigkeit im Sinne einer Suchterkrankung nicht aus (Hand, 1986). Ausgehend vom Modell einer „funktionalen Psychopathologie“ wird das exzessive Spielen durch diese Arbeitsgruppe den zwanghaften „monomanen Verhaltensexzessen“, in Abgrenzung zur Sucht und Depression, zugeordnet (Klepsch et al., 1989).

In dem von mir geleiteten Beratungs- und Therapiezentrum für Spieler/innen und Angehörige schließen wir uns im Verständnis der Problematik der These Meyers an, daß sich die beiden Erklärungsansätze pathologischen Glücksspiels – das Sucht- und das Neurosenmodell – nicht wechselseitig ausschließen müssen, da sie sich auf unterschiedliche Zeitabschnitte der Entwicklung pathologischen Glücksspiels beziehen. Das „Neurosenmodell“ akzentuiert Störungen, die den ursprünglichen Hintergrund für die Entwicklung einer Glücksspielproblematik darstellen, und bezieht sich insofern stärker auf den Einstieg in das Glücksspiel sowie die Funktionalität dieses Verhaltens im Hinblick auf die Grundstörung der Person. Das „Suchtmodell“ beschreibt insbesondere die Eigendynamik der Entwicklung pathologischen Spielverhaltens selbst, welches zunächst als Verhaltensexzess lediglich Symptomcharakter hat, später jedoch ein eigenständiges Störungsbild entwickelt.

Wie Hand (1992) ausführt, ist das pathologische Spielen eine symptomatische Ausdrucksform potentiell völlig heterogener Störungen oder

Erkrankungen. Wir teilen diese Ansicht mit der Ergänzung, daß das ursprüngliche Symptom eine Eigendynamik entwickeln kann und somit eigene typische Verlaufsform und Symptomatik aufweist, wie sie in Form der sog. „Spielerkarriere“ von Custer (1984) und Kellermann (1987) beschrieben wurde.

Der individuelle Kontext: Beschreibung der hilfeschuchenden Glücksspieler/innen

In Österreich nehmen bis zu 75% der Bevölkerung zumindest gelegentlich an Glücksspielen teil. Für andere Länder werden ähnliche Prozentsätze genannt. Über die psychosoziale Situation von Personen, für die das Glücksspiel zu einem Problem wurde und die aus diesem Grund Beratung/Therapie suchen, ist, zumindest bezogen auf Österreich, wenig bekannt. Die Zielsetzung einer von mir durchgeführten Untersuchung (Horodecki, 1994) war daher, die in Österreich hilfeschuchenden Glücksspieler/innen (am Beispiel der Klientel des Beratungs- und Therapiezentrums beim Verein „Anonyme Spieler“ in Wien) im Hinblick auf soziodemographische Basisdaten, Symptomatik (Entwicklung, Verlauf, Auswirkungen) und Persönlichkeitsdimensionen zu untersuchen. Die Repräsentativität der Untersuchungsgruppe (N = 100) in bezug auf die Gruppe aller Klienten (N = 233) der Beratungsstelle im Untersuchungszeitraum (1 Jahr) ist hinsichtlich der soziodemographischen Basisdaten gegeben.

In der Gruppe der untersuchten hilfeschuchenden Glücksspieler/innen überwiegen mit 92% Männer, mit einem Altersdurchschnitt von 37 Jahren; 19% von ihnen maturierten, 26% brachen ihre bereits begonnene Berufs- oder Schulausbildung ab, 71% sind berufstätig und haben eigenes Einkommen; nahezu die Hälfte (45%) nahm vor dem 18. Lebensjahr erstmalig an einem Glücksspiel teil. Die Phase des gelegentlichen Spielens dauerte durchschnittlich etwas mehr als 2 Jahre, die Phase des häufigen und intensiven Glücksspiels 5 Jahre. 83% der Untersuchten bestätigten ein zeitliches Zusammentreffen des Beginns ihres häufigen und intensiven Glücksspiels mit mindestens einem der angegebenen Auslösefaktoren

(Verlusterlebnisse, Konfliktsituationen, Mißerfolgslebnisse, Übergangssituationen in die nächste Lebensphase).

Als Grund für die intensive Teilnahme am Glücksspiel wurden von den Untersuchten in erster Linie finanzielle Motive genannt, gefolgt von Motiven, die den lustvollen Charakter des Spiels betonen, und Motiven, die das Spielen als Flucht- und Ablenkungsverhalten beschreiben. Aufgrund der geringen Anzahl der von mir untersuchten Frauen konnten die Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Spielern hinsichtlich der Motive der Glücksspielteilnahme statistisch nicht ausgewertet werden. Tendenziell werden jedoch die Beobachtungen von Lesieur (1987) bestätigt, der feststellte, daß Männer im Glücksspiel eher „action“ und „thrill“ suchen und angeben, finanziellen und beruflichen Sorgen entfliehen zu wollen, während Frauen die Flucht vor schmerzhaften Erinnerungen an die eigenen Eltern oder vor problematischen Partnerschaftsbeziehungen suchen.

Die Untersuchungsergebnisse bestätigen die von Meyer (1987) formulierte These, daß Glücksspiele wesentlich häufiger als stimulierend denn als entspannend erlebt werden.

Als jenes Glücksspiel, das bei ihnen zu Problemen führte, nannten 88% der Befragten Geldspielautomaten in Kaffeehäusern/Spielhallen. Es folgten mit 22% Roulett und mit 19% Glücksspielautomaten im Casino. Die Mehrzahl der Befragten spielte exzessiv: öfter als dreimal pro Woche, mindestens 4 Stunden pro Tag, und so lange, bis ihr letztes Geld verspielt war. Die Auswirkungen des Glücksspielverhaltens im seelischen, sozialen und existenziellen Bereich waren für die befragten Glücksspieler/innen sehr umfassend.

Die in Verbindung mit dem Glücksspiel stehenden Schulden, die von 93% der Probanden aufgenommen wurden, waren gravierend und betrugen in der Untersuchungsgruppe durchschnittlich 500.000 Schilling, bei einem monatlichen Durchschnittseinkommen von 16.000 Schilling netto. Dazu ist noch zu bemerken, daß das reale Ausmaß der finanziellen Belastung durch das Glücksspiel erst die Angaben verdeutlichen, daß bei 50% der Befragten ein Teil der Spielschul-

den von der Familie bereits beglichen wurde (im Mittel haben die Angehörigen nahezu 200.000,- öS bezahlt).

Die Folgen des Glücksspiels beschränken sich jedoch bei weitem nicht nur auf die finanziellen Verluste. Eine hohe psychische Belastung bestätigte die Mehrzahl der Befragten sowohl für sich selbst als auch für ihre engsten Bezugspersonen. Diese betreffen unter anderem:

- Belastung durch Spielschulden, die die existentielle Situation des Spielers und seiner Familie auch dann beeinflussen können, wenn das Spielverhalten bereits geändert ist – und das auf viele Jahre hinaus;
- Schuld- und Schamgefühle gegenüber der Familie, die die finanziellen Einschränkungen mittragen muß und vom Spieler meist auch belogen und betrogen wurde, was das Spielen an sich oder zumindest was das wahre Ausmaß der Schulden betrifft;
- eine tiefe Verletzung des Selbstwertgefühls des Spielers aufgrund seiner Ohnmacht dem Spiel gegenüber, der Selbstvorwürfe und später oft aufgrund des Unvermögens, sich durch Spielabstinenz das Vertrauen der Familie wieder zu erwerben;
- das Mißtrauen der Familie – Spielerfrauen/-familien sind nie sicher, ob der Spieler wirklich aufgehört hat, denn im Unterschied zu Alkoholikern „riecht“ man das Spielverhalten nicht sofort;
- die durch die Einengung auf das Glücksspiel bedingte soziale Isolation und Aufgabe der früheren Interessen und Freunde, welche nur mit Anstrengung wieder überwunden werden kann. Das ist meist dadurch erschwert, daß der Spieler, um die Schulden zurückzahlen zu können, häufig zusätzliche Arbeiten annimmt oder zumindest Überstunden leistet.

Unterstrichen werden die Angaben über psychische Belastung durch die hohe Rate der Selbstmordversuche (14%) und Selbstmordgedanken (51%).

Die Untersuchten fühlten sich durch das Glücksspiel in mehreren Lebensbereichen stark beeinträchtigt und nannten u.a. folgende soziale und existentielle Auswirkungen ihres Glücksspiels: Beschaffungskriminali-

tät (59%), Verurteilungen wegen einer Straftat in Verbindung mit dem Glücksspiel (19%), Verlust von Arbeitsplatz bzw. wirtschaftlicher Existenz (30%), Trennung/Scheidung (27%), Wohnungsverlust (13%).

Die Auswirkungen des Glücksspielverhaltens im seelischen, sozialen und existentiellen Bereich waren also für die befragten Glücksspieler/innen, die zu nahezu 80% die Kriterien für die Diagnose „Pathologisches Spielen“ nach DSM-III-R (1989) erfüllen, sehr umfassend. Als Hinweis für die hohe Anspannung, unter der die Befragten stehen, kann auch die Tatsache dienen, daß die meisten stark rauchen (85%). Etwa ein Viertel der Befragten hat bzw. hatte Probleme mit Alkohol. Ein Drittel war mit Suchtverhalten (Alkohol, Drogen, Spielen) bereits in der Kindheit und in der eigenen Familie konfrontiert, was als Hinweis auf ein modellhaftes Entwicklungsmilieu interpretiert werden kann.

26% der untersuchten Gruppe suchten bereits vor der ersten Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle beim Verein „Anonyme Spieler“ Hilfe von Fachleuten wegen ihres Glücksspielverhaltens und der damit verbundenen Probleme. Als Motive zur Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle nannten 76% der Spieler/innen seelische Belastung, gefolgt bei über zwei Drittel der Befragten (79%) von dem Gefühl, mit dem Glücksspiel nicht aufhören zu können.

Diese Angaben verdeutlichen den großen Leidensdruck zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme, unter dem die Befragten, die zu 64% aus eigenem Antrieb die Beratungsstelle aufsuchten, gestanden sind.

Auch die Analyse der Ergebnisse des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-R (Fahrenberg, 1989) verdeutlicht die von den untersuchten Spielern erlebte Belastung: Sie sind mit den gegenwärtigen und früheren Lebensbedingungen, ihrer Partnerbeziehung und ihrem Beruf unzufrieden, bedrückter in ihrer Stimmung und negativer in ihrer Lebenseinstellung als die Normstichprobe. Es bleibt offen, ob dies die Ursache oder die Folge des pathologischen Glücksspiels ist.

Die mit dem Glücksspiel zusammenhängenden Belastungen schließen die Familienangehörigen, indi-

rekt auch Freunde, mit ein und vergrößern somit den Kreis der unmittelbar Betroffenen erheblich. Die Tatsache, daß das soziale Umfeld in einem hohen Ausmaß in den Verlauf dieser Störung involviert und durch ihn belastet ist, wird übrigens sowohl aus den diagnostischen Kriterien des DSM-III-R als auch den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 für pathologisches Spielen ersichtlich.

Generell kann unterstrichen werden: Das als exzessiv zu bewertende Glücksspielverhalten der untersuchten Personen, die ausgeprägte Symptomatik pathologischen Glücksspiels, die gravierenden psychosozialen, finanziellen und existenziellen Folgeerscheinungen und die bei einem Teil der Spieler feststellbaren psychischen Auffälligkeiten lassen Beratungs- und Behandlungsbedarf ableiten.

**Der institutionelle Kontext:
Beratungsstelle-Therapiezentrum
für Spieler/innen und
Angehörige beim Verein
„Anonyme Spieler“ in Wien**

Der gemeinnützige Verein „Anonyme Spieler“ wurde 1982 in Wien von Betroffenen und Fachleuten gegründet, um den dem Glücksspiel verfallenen Personen sowie deren Angehörigen konkrete Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Die Notwendigkeit, einen Verein zu gründen, der sich ausschließlich mit dieser Problematik beschäftigt, resultierte aus der Feststellung, daß Glücksspielabhängigkeit in der öffentlichen Meinung, ähnlich dem Alkoholismus früher, kaum als behandlungsbedürftige Verhaltensstörung angesehen wird. Folglich wurden für die Betroffenen auch keine speziellen Behandlungsmöglichkeiten geschaffen.

Das Angebot des Beratungs- und Therapiezentrums für Spieler/innen und Angehörige beim Verein „Anonyme Spieler“ ist betont niedrigschwellig (keine Kosten, keine langen Wartezeiten) und dem Problem entsprechend komplex; es umfaßt psychologische und psychotherapeutische Beratung, Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie, Sozial- und Schuldnerberatung, ärztliche Sprechstunde. Das Team besteht aus einem Arzt (FA f. Psychiatrie u. Neurologie), zwei Psychologinnen und drei

Sozialarbeiter/innen. Fünf von sechs Teammitgliedern sind eingetragene Psychotherapeuten/innen.

Methodisch kommen Techniken der systemischen Therapie sowie der Verhaltenstherapie und der kognitiven Therapie zur Anwendung. Abhängig von der Ausgangslage des Patienten beinhaltet unsere Vorgehensweise mehrere zum Teil parallel verlaufende Maßnahmen. Das psychotherapeutische Setting umfaßt Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppensitzungen, deren Frequenz (mit Ausnahme der Spielergruppe, die wöchentlich stattfindet) auf den jeweiligen Fall abgestimmt ist.

Wie bereits ausgeführt, kommt es beim pathologischen Spieler, im Gegensatz zu Personen, die gelegentlich im gesellschaftlichem Rahmen das Glücksspiel aufsuchen, zu einer zunehmenden Einengung auf das Glücksspiel. Dieses wird zum zentralen Lebensinhalt, und andere Interessen sowie soziale Kontakte gehen verloren. Der Betroffene erlebt sich als süchtig und hilflos, dem Impuls zu spielen ausgeliefert. Einmal begonnen, kann das Spielen, im Sinne eines Kontrollverlustes, erst beendet werden, wenn alle verfügbaren Geldquellen ausgeschöpft sind. Dies führt oft zu mehrere Tage dauernden Spiel-episoden. Es kommt zu massiven finanziellen, familiären und sozialen Problemen wie Arbeitsverlust, Isolation und in manchen Fällen Eigentums-kriminalität (gerade diese wird vom Spieler selbst als besonders bedrohlich erlebt, da er nie dachte, daß es soweit kommen könnte). Depressive Phasen mit Suizidgedanken sind häufig. Typische Mißinterpretationen wie „nur ein großer Gewinn kann die Probleme lösen“ führen im Sinne eines circulus vitiosus zu einer Verschlimmerung der Situation. Obwohl dem Spieler auf einer rationalen Ebene durchaus klar ist, daß er letztendlich nicht gewinnen kann (und auch die bisher gemachte Erfahrung dagegen spricht), ist er emotionell und kognitiv völlig darauf eingeengt.

Vor allem an diesem für den pathologischen Spieler typischen suchartigen Verlauf setzt die therapeutisch geleitete offene Gruppe, analog zur Therapie anderer Suchterkrankungen, an.

In der Einzeltherapie kann nun die Problematik selbst individueller und

auch die Interaktion dieses Suchtverhaltens mit anderen zugrundeliegenden Störungen (meist aus dem neurotischen Formenkreis) bearbeitet werden. Die therapeutischen Gesprächsinhalte gruppieren sich bei Spielern oft um folgende Themen:

- Aufarbeitung der Folgen des Glücksspiels: Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, Fehlen der Lebensperspektiven (subjektiv oder real), Trauer um verlorene Zeit, verlorenes Geld, Verlust des Bezuges zum Geld, Isolation;
- Rückfallprophylaxe (u.a. Umgang mit Spannungen ohne Fluchtmöglichkeit in das Spielen, alternatives Freizeitverhalten) und Rückfallbesprechung;
- Herausarbeiten der Zusammenhänge zwischen individuellen Problembereichen (aktuell und in der Vergangenheit) und dem Spielverhalten;
- Aufarbeitung der Hintergrundprobleme des Spielers (z.B. Selbstwertproblematik, mangelnde soziale Kompetenz, Rollenkonflikte, familiäre Problematik, Ablösungsproblematik).

Da ja vielfach ein Partner vorhanden ist, mit dem im Rahmen des Suchtverhaltens eine maligne Interaktion besteht (Co-Abhängigkeit, Mißtrauen und Kontrollansprüche der Familie, Übernahme der Verantwortung durch Angehörige), kommt der Angehörigenbetreuung und der Paar- bzw. Familienarbeit ein besonderer Stellenwert zu. Die systemische Sichtweise in Verbindung mit anderen Therapierichtungen erscheint uns daher als besonders geeignet, der Komplexität der Glücksspielabhängigkeit mit ihren Aus- und Wechselwirkungen mit dem sozialen Umfeld gerecht zu werden.

Eine Ergänzung für die therapeutische Paar- und Familienarbeit stellt die therapeutisch geleitete gemeinsame Gruppe dar, die für Spieler/innen und Angehörige einmal im Monat angeboten wird. Der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen, das Erleben (zuerst bei den anderen), daß eine Veränderung möglich ist, stellt gerade für Spieler/innen und ihre Angehörigen eine wichtige Unterstützung dar: Sie bietet Entlastung und fördert Verständnis für den/die Partner/in.

Tabelle 1

Jahr	Persönliche Erstgespräche	Fortlaufende Einzeltherapie	Familien-therapie	Gruppen-therapie	Sozial- und Schuldenberatung
1986	82	178	10	824	/
1987	160	325	13	1478	/
1988	165	322	20	1255	/
1989	207	417	27	1226	211
1990	218	580	67	1285	408
1991	227	564	205	1283	452
1992	356	396	225	1310	544
1993	369	538	278	1307	594
1994	324	901	201	896	472

Grundsätzlich besteht für pathologische Spieler/innen die Möglichkeit einer stationären Therapie in dem Sonderkrankenhaus De la Tour in Treffen, mit dem wir eng zusammenarbeiten. In einigen Fällen haben wir eine solche Therapie vermittelt. Die Behandlung während der stationären Therapie erfolgt gemeinsam mit Alkoholkranken (s. dazu Scholz, 1995).

Wie bereits erwähnt, stellen die finanziellen und sozialen Probleme einen wesentlichen Faktor für die Aufrechterhaltung des Verhaltens dar. Wenn diese Faktoren im Vordergrund stehen, ist ein Zugang zur psychischen Bearbeitung erst möglich, wenn im Rahmen der Sozial- und Schuldnerberatung ein gangbarer Weg zur Bewältigung dieser Probleme gefunden wird. Wir gehen davon aus, daß das Geld das Suchtmittel des Spielers ist. Durch das Herausarbeiten neuer Lösungsmöglichkeiten im finanziellen Bereich kann die Motivation zur Veränderung gestärkt werden. In weiterer Folge kann der Betroffene lernen, daß das Geld mehr ist als nur Spielkapital; der Bezug zum Geld kann (wieder) hergestellt werden. Auch den Angehörigen, die den Spieler finanziell bisher unterstützten, kann die Schuldnerberatung neue Perspektiven bzw. Lösungs- und Verhaltensmöglichkeiten aufzeigen. Dies betont die Wichtigkeit der Schuldnerberatung für den therapeutischen Prozeß.

Wie in Tabelle 1 verdeutlicht, kam es in den letzten Jahren zu einer Zunahme der Erstgespräche wie auch der Therapiekontakte, was auf einen Bedarf für unsere Einrichtung schließen läßt.

Die Verlaufsanalyse der Erstkontakte aus dem Jahre 1992 ergibt für

3 Jahre (also bis Ende 1994) folgende Daten (Tabelle 2).

In einer im Rahmen der bereits erwähnten Untersuchung (Horo-decki, 1994) durchgeführten Nachbefragung beurteilten 84% der Befragten die Angebote unserer Stelle als ausreichend, um ihre im Zusammenhang mit ihrem exzessiven Glücksspiel stehenden Probleme zu bewältigen. Die Beratung, Behandlung und Betreuung hat sich bei nahezu allen (98%) der Befragten positiv auf ihr Befinden ausgewirkt. Positive Veränderungen hinsichtlich ihres Spielverhaltens gaben 92% an. Nahezu 70% haben mit dem Glücksspiel aufgehört, auch wenn einzelne Rückfälle vorgekommen waren. Positive Auswirkungen in den Bereichen Selbstwert und Lebensfreude sowie Partnerschaft/Familienleben gaben über 80% an. Etwa drei Viertel der Befragten berichteten über positive Auswirkungen in den Bereichen Ehrgeiz/Leistungsfähigkeit, finanzielle Situation und Freizeitmöglichkeiten.

Unsere Erfahrungen sprechen dafür, daß eine spezifische, auf die spezielle Problematik der Spielsucht eingehende Therapie erforderlich erscheint.

Und wenn nicht die Betroffenen, sondern das gesellschaftliche System in die Therapie käme, wären Fragen nach der Funktion pathologischen Glücksspiels in diesem System zu beantworten. Denn: Versucht der pathologische Spieler die Normen und Wertvorstellungen der Konsumgesellschaft zu verwirklichen oder sie in Frage zu stellen? Und welche Rolle übernehmen die vielfältigen Glücksspielangebote? Sind Träume vom besseren Leben nach einem Gewinn die jetzigen Hoffnungsträger? Ein bescheidener Ersatz für nicht ausgelebte

spirituelle Bedürfnisse? Wird Glücksspiel zu einem Religionsersatz?

Um der Komplexität des Phänomens Glücksspiel (und *pathologisches* Glücksspiel) zu begegnen, wäre es also möglich zu fragen, wohin sich unsere Gedanken erweitern müßten, um mit dem Phänomen in Verbindung zu stehen. Und anstelle einer Antwort könnten vielleicht die Worte Viktor Frankls stehen: „Dem Menschen von heute sind im Verhältnis zu früheren Zeiten viel Not und Spannung erspart geblieben – so daß er es schließlich verlernt hat, beides zu ertragen: seine Frustrationstoleranz ist herabgesetzt, er hat verlernt zu verzichten (...). Und er geht daran, die Spannung (die er braucht) künstlich zu erzeugen, indem er sich eine Leistung abfordert – und zwar nicht zuletzt das ‚Leisten‘ von Verzicht. Inmitten des Wohlstands erzeugt er absichtlich Situationen des Notstands (...). Denn die Industriegesellschaft befriedigt praktisch alle Bedürfnisse des Menschen, ja von der Konsumgesellschaft werden einzelne Bedürfnisse überhaupt erst erzeugt. Nur ein Bedürfnis geht leer aus, und das ist das Sinnbedürfnis des Menschen – das ist sein Wille zum Sinn.“ (Frankl, 1984, S. 43 und 46).

Tabelle 2

Anzahl der therapeutischen Kontakte	Prozentsatz der Klienten
unter 5	18,5%
5 bis 10	32,1%
10 bis 20	23,5%
20 bis 50	18,5%
50 bis 100	3,7%
über 100	3,7%

Literatur

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edn revised (DSM-III-R). APA, Washington DC

Böning J (1991) Bemerkungen zur Arbeit von H. Saß und C. Wiegand: Glücksspielen als Krankheit? Kritische Bemerkungen zur Inflation der Süchte. Der Nervenarzt 62: 706–707

Custer RL (1984) Profile of the pathological gambler. J Clin Psychiatry 45: 35–38

Dilling H (Hrsg) (1992) ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, WHO. Huber, Bern Göttingen

Fahrenber J, Hampel R, Selg H (1989) Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R. Handanweisung, 5. erg Aufl. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich

Frankl V (1984) Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Huber, Bern Stuttgart Toronto

Hand I (1986) Spielen – Glücksspielen – krankhaftes Spielen. In: Korczak D (Hrsg) Die betäubte Gesellschaft. Fischer, Frankfurt/M, S 76–98

Hand I (1992) Pathologisches Spielen und delinquentes Verhalten. Probleme der forensischen Begutachtung. Sonderdruck aus: Dissozialität. Psychiatrische und forensische Aspekte. Schattauer, Stuttgart New York

Horodecki I (1992) The treatment model of the guidance center for gamblers and their relatives in Vienna/Austria. J Gambling Studies 8: 115–129

Horodecki I (1994) Glücksspieler in Österreich. Psychosoziale Situation von Personen mit problematischem/pathologi-

schem Glücksspielverhalten am Beispiel der Inanspruchnahme der Beratungsstelle des Vereines „Anonyme Spieler“ in Wien. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien

Horodecki I (1995) „Spielen ist wie ein Käfig...“ Zur psychosozialen Situation der hilfeschuchenden Glücksspieler/innen. In: Bauer G (Hrsg) Homo Ludens. Der spielende Mensch V. Verlag Katzbichler, München Salzburg, S 89–105

Kellermann B (1987) Pathologisches Glücksspielen – aus suchtpsychiatrisch-therapeutischer Sicht. Suchtgefahren 33: 110–120

Klepsch R, Hand I, Wlazlo Z (1989) Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen. III: Zweite Prospektive Katamnese der Hamburger Projektstudie. Suchtgefahren 33: 35–49

Lesieur HR (1987a) Gambling, pathological gambling and crime. In: Galski T (ed) Handbook of pathological gambling. Thomas, Springfield, pp 89–110

Lesieur HR (1987b) The female pathological gambler. Paper presented at 7th International Conference on Gambling and Risk Taking, August 1987, Reno, Nevada

Meyer G (1987) Die stimulierende Wirkung des Glücksspiels. Suchtgefahren 33: 102–109

Meyer G, Bachmann M (1993) Glücksspiel. Wenn der Traum vom Glück zum Alptraum wird. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Schaffer HJ, et al (1989) Compulsive gambling theory, research and practice. Lexington

Scholz H (1995) Sucht, Spiel und andere obsessive Tendenzen. In: Bauer G (Hrsg) Homo Ludens V. Der spielende Mensch. Verlag Katzbichler, München Salzburg, S 106–116

Wittchen HU, Saß H, Zaudig M, Kohler K (1989) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-III-R. Beltz, Weinheim

Wlazlo Z, Hand I, Klepsch R, et al (1987) Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen. II: Prospektive Katamnese der Hamburger Projektstudie. Suchtgefahren 33: 148–161

Windgassen K, Leygraf N (1988) Psychodynamische Aspekte der Glücksspielabhängigkeit. Praxis der Psychotherapie und der Psychosomatik 33: 42–50

Mag. Dr. Izabela Horodecki, geb. 1955, Klinische Psychologin und Psychotherapeutin, Leiterin der Beratungsstelle-Therapiezentrum für SpielerInnen und Angehörige beim Verein „Anonyme Spieler“ in Wien. Beratende und therapeutische Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppenarbeit mit SpielerInnen und deren Angehörigen seit 1986.

Mag. Dr. Izabela Horodecki Pannaschgasse 6/13, A-1050 Wien Tel. 54 58 516

Beratungsstelle-Therapiezentrum für SpielerInnen und Angehörige Siebenbrunnengasse 21/DG A-1050 Wien Tel. 544 13 57, Fax 544 61 92

B. Loderbauer und A. Frischenschlager

Supervision aus rechtlicher Sicht

Einführung

Um die rechtlichen Regelungen darstellen zu können, denen Supervision unterliegt, ist zunächst die Frage zu klären, was unter Supervision verstanden wird. Vom Wortgehalt bedeutet Supervision zunächst Überblicken, Kontrollieren, Beaufsichtigen und ähnliches, also ein Tätigwerden aus einer Position hierarchischer Überordnung, von einer Stelle aus, die Weisungsbefugnisse und dergleichen ausüben kann (hierarchische Supervision, Hierarchiemodell). Dem steht das Bild eines außerhalb des Interaktionsprozesses stehenden Beobachters

gegenüber, der zusehen, wahrnehmen, bedenken und erwägen kann und aufgrund seiner Fachkompetenz durch „gezielte Verstärkung“ Einfluß auf den Interaktionsprozeß nimmt. Er besitzt jedoch keine institutionelle Macht (fachbezogene Supervision, Autonomiemodell). In beiden Fällen kann der Supervisor sowohl aus der Institution als auch von außen kommen.

Im folgenden wird von der Prämisse ausgegangen, daß im hier interessierenden therapeutischen Kontext Supervision im Sinne des Autonomiemodelles verstanden wird. Damit ergibt sich in der Folge die Frage nach

den notwendigen Rahmenbedingungen für den Supervisor einerseits, für die Teilnehmer am Supervisionsprozeß andererseits und schließlich auch für die auftraggebende Institution.

Vorweg fällt auf, daß es in Österreich kaum gesetzliche Regelungen für fachbezogene Supervision gibt. Demgegenüber regelt eine große Anzahl von Rechtsnormen die hierarchische Supervision. Erwähnt sei etwa die Bankenaufsicht oder die Aufsicht über die Versicherungsgesellschaften durch das Finanzministerium, die Aufsicht über die Gemeinden durch die Gemeindeaufsichtsbehörde (Landesregierung), die Aufsicht über die gemeinnützigen Bauvereinigungen sowie die Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften durch die Revisionsverbände u. dgl. mehr. In allen

diesen Fällen ist eine relativ große Regelungsdichte und ein hoher Organisationsgrad hinsichtlich der Kompetenzen der die Aufsicht ausübenden Stelle gegeben. Demgegenüber ergibt sich schon aus der Funktion der fachbezogenen Supervision, daß diese weniger nach vorgegebenen Richtlinien und mehr nach autonom festgelegten und leicht veränderbaren Regeln stattfinden soll. Dies steht in tendenziellem Widerspruch zu Normierungen jeder Art, und dem wurde offenbar auch vom Gesetzgeber Rechnung getragen. Vielleicht ist es aber auch so, daß die steigende Bedeutung der fachbezogenen Supervision bisher noch nicht erkannt wurde, bzw. ein allfälliger Regelungsbedarf eine so große Bandbreite insbesondere durch die verschiedenen davon betroffenen Berufsgruppen hätte, daß der Privatautonomie ein so breiter Spielraum überlassen bliebe.

Rechtsgrundlagen für sachbezogene Supervision

Gesetzlich zwingend vorgesehen ist Supervision für das in Krankenanstalten tätige Personal, jedoch nur dann, wenn diese Personen einer „entsprechenden Belastung“ ausgesetzt sind (§ 11c KAG). Diese Bestimmung, die im wesentlichen auf die Vorkommnisse im Krankenhaus Lainz zurückgeht, verlangt das Anbot einer berufs begleitenden Supervision durch fachlich qualifizierte Personen, die nicht Psychotherapeuten sein müssen. Die Supervision muß während der Dienstzeit in Anspruch genommen werden können. Daneben ist Supervision auch nach dem Psychologengesetz (§§ 5 und 6 PG) sowie nach dem Psychotherapiegesetz (§ 10 PthG) für in Ausbildung stehende Personen vorgesehen. Schließlich ist auch für die Ausbildung der konzessionierten Lebens- und Sozialberater Supervision durch Verordnung zwingend vorgeschrieben (BGBl. 1995, 602). In allen diesen Fällen handelt es sich um berufsbegleitende Supervision, also offenkundig um fachbezogene Supervision, die nicht mit institutioneller Macht einherzugehen hat.

In anderen Bereichen ist fachbezogene Supervision gesetzlich nicht explizit vorgeschrieben. Eine Verpflichtung, sie in Anspruch zu nehmen, kann jedoch dann angenommen wer-

den, wenn nach dem jeweiligen Stand der fachlichen Technik Supervision im Berufsfeld als notwendig angesehen und anerkannt wird.

Rechtliche Grundlagen der Berufsausübung von Supervisoren

Die Ausübung von fachbezogener Supervision ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Es kommt darauf an, aufgrund welcher fachlichen Qualifikation der Supervisor seine Tätigkeit erbringt. Supervision, die von einem Psychotherapeuten im Rahmen seines Berufes geleistet wird, richtet sich demnach nach dem Psychotherapiegesetz und unterliegt nicht den Bestimmungen der Gewerbeordnung (§ 2 Abs. 1 Ziff. 11 GewO). Gleiches gilt für die Ausübung der Supervision im Rahmen des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens (klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe). Die Ausübung der Heilkunde richtet sich nach dem Ärztegesetz, und daher ist auch die im Rahmen dieses Berufszweiges geleistete Supervision nach diesen Vorschriften zu beurteilen.

Allgemein gilt der Grundsatz, daß die Ausübung von Supervision unter die Bestimmungen der Gewerbeordnung fällt. Somit ist Voraussetzung für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit die Anmeldung eines Gewerbes. Dies gilt jedoch nur, wenn die berufliche Tätigkeit selbständig, regelmäßig und in der Absicht betrieblichen wirtschaftlichen Vorteil zu erzielen, was im Zweifel jedoch anzunehmen sein wird.

Gemäß § 261 GewO unterliegt der Bewilligungspflicht die Beratung und Betreuung von Menschen, insbesondere im Zusammenhang mit Persönlichkeitsproblemen, Ehe- und Familienproblemen, Erziehungsproblemen, Berufsproblemen und sexuellen Problemen (konzessioniertes Gewerbe). Auch psychologische Beratung unterliegt der Bewilligungspflicht im Sinne der Gewerbeordnung. Soweit fachliche Supervision unter keinen der genannten Fachbereiche einzuordnen ist, unterliegt die Tätigkeit des Supervisors dennoch den Bestimmungen der Gewerbeordnung, jedoch als freies Gewerbe, z.B. fachliche Supervision für Organisationsberater.

Gänzlich ausgenommen von den Bestimmungen der Gewerbeordnung ist die Tätigkeit von Gesundheitspsychologen, klinischen Psychologen und Psychotherapeuten sowie sonstige Tätigkeiten im Rahmen freier Berufe. Solche sind Tätigkeiten, die außerhalb der Gewerbeordnung geregelt sind, wie z.B. Ärzte, Notare, Rechtsanwälte ... sowie sonst im Rahmen explizit von der Gewerbeordnung ausdrücklich ausgenommener beruflicher Tätigkeiten geleistete Supervision, wie z.B. im Rahmen gemeinnütziger Vereine.

Erbringt jemand Supervision im Rahmen einer Organisation als deren Dienstnehmer, so muß er selbst keine Gewerbeberechtigung erlangen; dies obliegt vielmehr seinem Arbeitgeber, sofern dieser nicht von den Bestimmungen der Gewerbeordnung oder anderer Gesetze ausgenommen ist wie z.B. gemeinnützige Vereine, zu denen auch die meisten Familienberatungsstellen zählen, oder öffentliche Einrichtungen (Magistrat ...).

Erlangung der Gewerbeberechtigung

Die Voraussetzungen für die Erlangung des Befähigungsnachweises als Lebens- und Sozialberater sind in der Verordnung BGBl. Nr. 602/1995 im einzelnen geregelt. Nur in Ausnahmefällen kann beischon verordneter Ausbildung die frühere Verordnung BGBl. Nr. 689/1990 weiter angewendet werden. Zuständige Behörde für die Gewerbeberechtigungsangelegenheiten ist die Bezirksverwaltungsbehörde, also in Städten mit eigenem Statut der Bürgermeister (mit dem Magistrat), sonst die Bezirkshauptmannschaft.

Die Befähigung für das bewilligungspflichtige gebundene Gewerbe der Lebens- und Sozialberater (§ 261 GewO 1994) ist durch eine erfolgreich abgelegte Befähigungsprüfung und das hierüber auszustellende Zeugnis nachzuweisen. Die Befähigungsprüfung hat aus einem schriftlichen Teil, einem mündlichen Teil und praktischen Arbeiten zu bestehen.

Voraussetzung für die Zulassung zu der Prüfung ist

1. der erfolgreiche Besuch des Lehrganges für Lebens- und Sozialberater (Gesamtzahl der Stunden mindestens 560) oder der erfolgreiche Besuch einer in der Verordnung im einzelnen

angeführten anderen Ausbildung sowie (allenfalls als Teil des Lehrganges)
 2. Einzelselbsterfahrung im Ausmaß von mindestens 50 Stunden sowie
 3. Gruppenselbsterfahrung im Ausmaß von mindestens 120 Stunden sowie
 4. eine mindestens zweijährige fachliche Tätigkeit im Ausmaß von mindestens 1000 Stunden unter begleitender Supervision.

Zur Prüfung ist weiters zuzulassen, wer zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie gemäß § 11 PthG oder des psychologischen Berufes gemäß § 10 PG berechtigt ist.

Die näheren Bestimmungen über die Befähigungsprüfung und die Voraussetzungen für die Zulassung zur Prüfung sind der erwähnten Verordnung zu entnehmen, die sehr kasuistische Regelungen enthält.

Im Rahmen der fachlichen Tätigkeit ist im Ausmaß von 120–280 Stunden Einzelsupervision und Gruppensupervision vorgeschrieben. Eine Person gilt im Sinne der Verordnung zur Vermittlung von Selbsterfahrung und Supervision als befugt, wenn sie seit mindestens fünf Jahren berechtigt den Beruf des Lebens- und Sozialberaters tatsächlich ausgeübt hat, regelmäßig an beruflichen Weiterbildungsveranstaltungen im Ausmaß von mindestens 16 Stunden im Jahr teilnimmt und eine Ausbildung oder Weiterbildung in Supervision im Ausmaß von mindestens 100 Stunden absolviert hat. Berechtig sind weiters Personen, die seit mindestens fünf Jahren Psychotherapie gemäß § 11 PthG oder einen psychologischen Beruf gemäß § 10 PG berechtigterweise tatsächlich ausüben. Für die Leistung von Selbsterfahrung ist die Absolvierung von eigener Einzel- und Gruppenselbsterfahrung im Ausmaß von mindestens 250 Stunden Voraussetzung (bei Psychotherapeuten oder Psychologen aber nicht die fünfjährige selbständige Tätigkeit).

Auftragsverhältnis

a) Verträge

Die Übernahme einer Supervision ist juristisch gesehen ein Vertrag zwischen dem Auftraggeber einerseits und dem Supervisor als Auftragnehmer andererseits. Der Vertrag, der zwischen den beiden geschlossen wird, ist ein sogenannter „freier

Dienstvertrag“, der üblicherweise als Werkvertrag bezeichnet wird. Der Unterschied zwischen den beiden Vertragsarten liegt darin, daß beim Werkvertrag die Herstellung eines Erfolges geschuldet ist (z.B. die Errichtung eines Hauses), hingegen beim freien Dienstvertrag die Erbringung eines fachkundigen Bemühens. Das Ausbleiben eines Erfolges führt daher beim freien Dienstvertrag nicht zum Verlust des Entgeltanspruches (z.B. der Supervisor sieht keinen Erfolg in einer Supervisionsstunde, muß das Entgelt aber trotzdem bezahlen). Mündliche Nebenabreden zu diesen Verträgen haben lt. Konsumentenschutzgesetz Gültigkeit, müssen in einem allfälligen Gerichtsverfahren aber auch beweisbar sein. Typische Elemente des freien Dienstvertrages sind außerdem fachliche Weisungsfreiheit, weitestgehende Selbständigkeit, Freiheit von Beschränkungen des persönlichen Verhaltens, die Möglichkeit, den Ablauf der eigenen Tätigkeit selbst zu regeln sowie Leistungserbringung ohne persönliche Abhängigkeiten.

Vertragspartner kann aufseiten des Auftraggebers nicht nur eine Einzelperson, sondern auch eine Gruppe von Supervisanden sein. Der Unterschied zwischen Einzel- und Gruppensupervision ist allerdings nur ein struktureller. Juristische Probleme können dabei insbesondere in bezug auf die Verschwiegenheitspflicht auftreten.

Der Supervisor kann auch aufgrund eines von einer auftraggebenden Institution erteilten Auftrages die Supervisionsleistung gegenüber dem/den Supervisanden erbringen. Hier besteht wegen der Abhängigkeit gegenüber der Vertragseinrichtung die Gefahr eines Autonomieverlustes und eines Hinübergleitens in das Hierarchiemodell. In diesen Fällen ist der Supervisor gegenüber der Institution in einem Vertragsverhältnis, wobei es sich hier um einen sogenannten freien Dienstvertrag handelt. Aus diesem Vertrag ergeben sich sehr wohl auch Pflichten gegenüber dem Supervisanden, obwohl hier kein direktes Vertragsverhältnis besteht.

Der Supervisor muß nicht immer rein freiberuflich tätig sein, er kann auch Dienstnehmer einer auftraggebenden Einrichtung sein (z.B. Krankenhaus, Jugendamt ...). In diesem Fall ist der Supervisor gegenüber der

Institution Dienstnehmer und daher auch in einem Angestelltenverhältnis, welches den Regeln des Arbeitsrechtes unterliegt. Das bedeutet, daß unter anderem bei Vertrauensunwürdigkeit durch den Dienstgeber mit einer Entlassung vorgegangen werden kann (z.B. der Supervisor macht während der Dienstzeit ohne Ermächtigung privat verrechnete Supervisionen). Auch hier ist die im Regelfall wohl noch verstärkte Gefahr eines Einschleichens einer Kontrollfunktion in den Supervisionsprozeß gegeben. Auf eine Absicherung der fachlichen Unabhängigkeit sollte der/die Supervisor/in in einem solchen Fall achten.

Es sind verschiedene Rahmenbedingungen für die Supervision denkbar, nämlich z.B. einerseits die Absprache der Erbringung regelmäßig wiederkehrender Supervisionstätigkeiten in von vornherein festgelegten Zeitintervallen und festgelegtem Stundenausmaß. Andererseits ist eine Beauftragung von Fall zu Fall denkbar. Zu beachten ist, daß die Festlegung der Rahmenbedingungen auch auf den Inhalt der Supervision von entscheidendem Einfluß ist. Ein kontinuierlicher Prozeß nimmt zweifellos einen anderen Verlauf als ein nur auf ein Einzelereignis bezogener Auftrag. Aus der Sicht des Supervisors erscheint wünschenswert, daß dieser zur Wahrung seiner eigenen Autonomie das Recht hat, nach eigenem Ermessen den ihm übertragenen Auftrag vorzeitig zu beenden. Der Grund dafür liegt in der Möglichkeit der Vermeidung von Drucksituationen. Wenn keine hilfreiche Tätigkeit durch den Supervisor mehr möglich ist und er diese Ansicht als Leiter des Prozesses vertritt, dann muß es ihm auch möglich sein, den Auftrag zurückzulegen. Bei diesen Umständen handelt es sich aber um rein therapeutische Argumente, die juristisch nicht in jedem Fall nachvollziehbar sein werden. Deshalb ist die Aufnahme einer Vertragsbestimmung ratsam, wonach der Supervisor den Auftrag nach eigenem Ermessen vorzeitig zurücklegen kann.

b) Verschwiegenheitspflicht – Entschlagungsrecht

Die Verschwiegenheitspflicht besteht für Supervisoren, die Psychotherapeuten sind, aufgrund des § 15 PthG, der bestimmt, daß sie sowie ihre Hilfs-

personen verpflichtet sind, über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse zu schweigen. Eine Parallelbestimmung findet sich für klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen im § 14 PG. Für alle Lebens- und Sozialberater gibt es eine entsprechende Bestimmung im § 263 GewO. Auch hier werden die Arbeitnehmer miterfaßt. Im Unterschied zu Psychotherapeuten und Psychologen sieht das Gesetz aber bei den Lebens- und Sozialberatern die Möglichkeit einer Entbindung durch den Auftraggeber vor. Für Ärzte sieht § 26 Ärztegesetz eine entsprechende Verschwiegenheitspflicht vor. Auf die in einer nach dem Familienberatungsförderungsgesetz geförderten Stelle tätigen Personen ist diese Bestimmung sinngemäß anzuwenden. Auch für die in Krankenanstalten tätigen Personen sieht das KAG eine berufliche Verschwiegenheitspflicht vor.

Dieser Verschwiegenheitspflicht steht naturgemäß auch ein Entschlagsrecht als Zeuge, welches gleichzeitig ebenfalls eine Pflicht darstellt, gegenüber.

Im Zivilverfahren normiert § 321 ZPO ein Entschlagsrecht unter Berufung auf eine sowohl dem Psychotherapeuten als auch dem Psychologen im Sinne des PG als auch dem Lebens- und Sozialberater obliegende staatlich anerkannte Verschwiegenheitspflicht. Diese Pflicht besteht ohne Ausnahme; eine dem § 27 Ärztegesetz vergleichbare Melde- oder Anzeigepflicht, wenn ihm in Ausübung seines Berufes ein schwerwiegender strafrechtlich relevanter Sachverhalt anvertraut oder bekannt geworden ist, besteht für diese Berufsgruppen nicht.

Tritt jedoch der Fall ein, daß ein Supervisor in einen Gewissenskonflikt darüber gerät, ob er seine Verschwiegenheitspflicht zugunsten einer Anzeige verletzen soll, so hat er zunächst für sich selbst eine Interessenabwägung hinsichtlich der verschiedenen Rechtsgüter wie beispielsweise Schutz des anvertrauten Geheimnisses und Schutz von Leib und Leben vorzunehmen. Die Verletzung der Verschwiegenheitspflicht kann dann in einer Notstandslage entschuldbar sein, wenn sie dazu dient, einen unmittelbar drohenden bedeutenden Nachteil von sich oder einem anderen

abzuwenden. Es entschuldigt jedoch nur eine gegenwärtige oder unmittelbar drohende Gefahr, die den Eintritt des Schadens als sicher oder höchstwahrscheinlich erscheinen läßt.

Für das Strafverfahren regelt § 152 Abs. 1 Ziff. 5 StPO, daß Psychiater, Psychotherapeuten, Psychologen, Bewährungshelfer und Mitarbeiter anerkannter Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung und Beratung über das, was ihnen in dieser Eigenschaft bekannt geworden ist, von der Verbindlichkeit zur Ablegung eines Zeugnisses befreit sind. Das gleiche gilt für Hilfskräfte und in Ausbildung stehende Personen. Seine Begründung findet dieses Entschlagsrecht in dem zwischen Betreuer und Klienten vorliegenden Vertrauensverhältnis, in dem eine Geheimhaltung aller Gespräche gesichert sein muß. Die Strafprozeßordnung nimmt dabei auch Rücksicht auf die Verschwiegenheitspflichten nach § 14 PG und § 15 PthG. Soweit Psychiater erfaßt sind, ist ihre Verschwiegenheitspflicht im § 26 Ärztegesetz verankert. Neben diesem Personenkreis, dessen Verschwiegenheitspflicht bereits in gesonderten Gesetzen geregelt ist, sind auch Bewährungshelfer sowie Mitarbeiter anderer anerkannter Einrichtungen zu sozialen Beratungen, Betreuung (insbesondere die Jugendwohlfahrt, die Jugendgerichtshilfe, die Lebenshilfe, der schulpädagogische Dienst und der psychosoziale Dienst u.ä.) ebenfalls vom Entschlagsrecht erfaßt.

Nicht ausdrücklich angeführt sind Lebens- und Sozialberater, wenn sie nicht gleichzeitig einer der im § 152 Abs. 1 Ziff. 5 StPO angeführten Berufsgruppen angehören oder Mitarbeiter einer der erwähnten Einrichtungen sind. Soweit § 263 GewO eine Verschwiegenheitspflicht für diese Berufsgruppe normiert und davon ausgegangen werden kann, daß der Lebens- und Sozialberater als Supervisor gleichzeitig psychologische Beratung anbietet und durchführt, ist anzunehmen, daß auch in diesen Fällen das Entschlagsrecht im Sinne des § 152 StPO zur Geltung kommt. Unklar ist allerdings der Bereich, in dem Supervision nicht gleichzeitig psychologische Beratung darstellt und auch keine der erwähnten Berufsgruppen oder Einrichtungen betroffen ist. Für diese Fälle wird im

Sinne der StPO ein Entschlagsrecht wohl eher zu verneinen sein, wobei dies durch genaue Prüfung von Fall zu Fall jeweils abzuklären sein wird.

Analoge Regelungen zum Zivilverfahren bestehen auch für den Bereich des Verwaltungsverfahrens und Verwaltungsstrafverfahrens in den § 39 Abs. 1 lit b AVG in Verbindung mit § 24 VStG.

Als Sonderfall einer Verschwiegenheitspflicht ist schließlich noch die Amtsverschwiegenheit zu erwähnen, der Beamte, auch dann, wenn sie Supervision in Anspruch nehmen, unterliegen. Speziell in diesen Fällen wird es ratsam sein, Fallbeispiele nur in anonymisierter Form darzustellen sowie besonders darauf zu drängen, daß sich alle Teilnehmer an einer Supervisionsgruppe schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichten. Die Verschwiegenheit des Supervisors besteht in diesen Fällen wie bei allen anderen Konstellationen.

Auch generell erscheint bei Gruppensupervision sinnvoll, eine schriftliche Erklärung aller Teilnehmer/innen einzuholen, wonach sich diese zur Verschwiegenheit über alle personenbezogenen Informationen (insbesondere aus Fallbeispielen) verpflichten. Eine rechtliche Problematik besteht bei beruflich inhomogenen Supervisionsgruppen allerdings insoweit, als mit einer derartigen Verschwiegenheitserklärung nicht in jedem Fall auch ein Zeugnissentchlagsrecht (und -pflicht) verbunden ist, weil dieses – wie oben dargestellt – nur in den im Gesetz ausdrücklich vorgesehenen Fällen zum Tragen kommt.

Bei einer Verletzung der Verschwiegenheitspflicht durch den Supervisor kommt zunächst ein zivilrechtlicher Unterlassungs- und Schadenersatzanspruch der betroffenen Person gegen diesen in Betracht. Daneben unterliegen Psychotherapeuten und Psychologen im Sinne des Psychologengesetzes den Strafbestimmungen der §§ 23 PthG und 22 PG. In beiden Fällen kommt das Verwaltungsstrafverfahren zur Anwendung, und es ist eine Geldstrafe bis zu S 50.000,- bei Verletzung der Verschwiegenheitspflicht vorgesehen. Ein eigenes Disziplinarrecht gibt es lediglich für Ärzte, sonst für keine der im psychosozialen Feld tätigen Berufsgruppen.

Die Verschwiegenheit der Teilnehmer an einer Gruppensupervision wird wohl am ehesten dadurch sichergestellt, daß am Anfang des Prozesses eine schriftliche vertragliche Vereinbarung zwischen dem Supervisor und allen Supervisanden getroffen wird. Wird in einem solchen Fall von einem Gruppenmitglied die Verschwiegenheit trotz der Vereinbarung gebrochen, so ist das ein von den Teilnehmern eingegangenes Risiko und kein Fall einer Haftung für den Supervisor, dem eine Verantwortung für das Verhalten von Teilnehmern außerhalb der Gruppe nicht auferlegt werden kann. Eine Ausnahme würde lediglich der Fall darstellen, daß der Supervisor um die Unzuverlässigkeit eines Teilnehmers bereits aus einem anderen Kontext weiß und in der Gruppe eine Aufklärung darüber nicht vornimmt. Nur bei derart speziellen Fallkonstellationen könnte eine Haftung des Supervisors entstehen.

Plant der Supervisor bereits am Anfang oder auch erst im Verlauf eines Gruppenprozesses die Aufzeichnung eines Geschehens auf Video und die spätere Verwertung dieser Aufzeichnungen z.B. im Lehrkontext, so ist auch hier eine schriftliche Vereinbarung und die Zustimmung aller von der Videoaufzeichnung betroffenen Personen zu empfehlen. Sonstige Verwertung von Ergebnissen aus dem Supervisionsprozeß hat in so anonymisierter Form zu geschehen, daß eine Identifikation der betroffenen Person nicht möglich ist.

c) Haftung

Auch für Supervisoren gilt die Regel des § 1299 ABGB, was bedeutet, daß der Supervisor, der für sein Gebiet Fachkompetenz anbietet, für einen Mangel derselben sowie einen daraus entstehenden Schaden einzustehen hat. Tritt ein Schaden trotz fachgerechter Erfüllung eines Auftrages ein, so kann daraus kein Haftungsfall entstehen.

Wenn aber der Supervisor z.B. eine Intervention entgegen den üblichen Fachregeln setzt und daraus ein Schaden entsteht, so hat der Supervisor hierfür einzustehen. Ob es sich um einen Kunstfehler gehandelt hat, wird im Verfahren üblicherweise aufgrund von Gutachten von Sachverständigen, die derselben Fachrichtung

angehören, zu klären sein. Schutz vor derartigen Haftungsfällen bietet zumindest teilweise der Abschluß einer Haftpflichtversicherung.

Eine Schadensersatzverpflichtung kann aber auch durch Nichterbringung oder nicht ordnungsgemäße Erbringung der Leistung entstehen, wenn der Supervisor z.B. einen vereinbarten Termin nicht oder nicht in voller Länge einhält. Wurde in so einem Fall ein anderer Supervisor beauftragt, dessen Leistungen mehr kosten, so begründet das eine Haftung für den Differenzschaden. Erscheint umgekehrt ein Supervisand nicht zum vereinbarten Termin, so ist er trotz nicht konsumierter Leistung zahlungspflichtig.

d) Beendigung des Supervisionsverhältnisses

Grundsätzlich endet nach allgemeinen Regeln ein Dauerschuldverhältnis, welches auf Zeit abgeschlossen wurde, durch Ablauf derselben und damit durch Erfüllung, wenn es unbefristet war, durch Kündigung. Es herrscht auch hier wieder Vertragsfreiheit der Partner. Zu klären ist in jedem Einzelfall, ob für die Kündigung eine Frist einzuhalten ist oder nicht. Jedenfalls kann aber aus wichtigen Gründen durch Endigungserklärung ein Dauerschuldverhältnis sofort beendet werden (z.B. bei schwerer Krankheit oder schwerwiegenden Vertragsverletzungen durch den Supervisanden).

Ob ein Auftrag erfüllt ist, hängt vom vereinbarten Ziel ab. Eine Messung von inhaltlichen Kriterien ist im

Supervisionsprozeß wohl in der Regel nicht möglich. Das bedeutet, daß lediglich die Einhaltung der Rahmenbedingungen einer Kontrolle von außen unterliegt.

Für den Supervisor scheint es jedenfalls wünschenswert, daß dieser zur Wahrung seiner eigenen Autonomie das Recht hat, nach eigenem Ermessen den ihm übertragenen Auftrag vorzeitig zu beenden. Wurde in der Vereinbarung hierfür eine Frist vorgesehen, so ist diese natürlich einzuhalten.

Darüber hinaus kann auch der Tod des Supervisors oder Supervisanden das Auftragsverhältnis beenden.

Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
GewO	Gewerbeordnung
KAG	Krankenanstaltengesetz
PG	Psychologengesetz
PthG	Psychotherapiegesetz
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozeßordnung
VStG	Verwaltungsstrafgesetz
ZPO	Zivilprozeßordnung

*Dr. Brigitte Loderbauer
Staatsanwältin und
Psychodramatikerin i.A.*

*Dr. Aldo Frischenschlager
Rechtsanwalt, Mediator und
Familientherapeut i.A.
Wöberweg 8, A-4060 Leonding
Tel. 0732/7601-2238 oder
0732-777238*

Leserbriefe

Betrifft: Beitrag zum Artikel „Übergriff und Mißbrauch in der fachspezifischen Psychotherapieausbildung“ von W. Wladika aus dem Psychotherapie Forum [Suppl] 3: S127-S130 (1995)

Da der Autor die offene Diskussion und Enttabuisierung des Themas fordert, möchte ich einen Beitrag liefern, der sowohl Erfahrungen aus einem Teil meiner Ausbildungszeit bringt als auch diesbezügliche konzeptuelle Gedanken beinhaltet. Wie Wladika treffend formuliert, findet Mißbrauch

von Lehrpersonal gegenüber Ausbildungskandidaten/innen nicht nur im direkten sexuellen Kontakt statt, sondern auch in anderen Bereichen der Psychotherapieausbildung. Besonders wichtig erscheint mir die Meinung, daß das Verhältnis zwischen Ausbilder und Auszubildenden jenem zwischen Psychotherapeut und Klient gleichzustellen sei, da im Falle eines Übergriffs von seiten des Lehrtherapeuten gerne mit der Mündigkeit und Eigenverantwortung des anderen „Parts“ argumentiert wird.

Der Einwand, es könne sich im Einzelfall um eine Beziehung zweier gleichberechtigter Partner handeln, kann als Rationalisierungsstrategie aufgefaßt werden, die gerade für Wiederholungstäter kennzeichnend ist. In diesem Falle besteht ein geradezu klassisches Abhängigkeitsverhältnis, da es sich ja um eine berufliche Ausbildung handelt und gerade die „professionelle Identität“ in unserer Zeit eine immens wichtige ist. Dazu kommt, daß Menschen, die eine Psychotherapieausbildung beginnen, in ihren Anschauungen und Motiven meist noch nicht gefestigt sind, die Möglichkeit zur Neuorientierung suchen und oft einen tiefen Wunsch nach solidarischer Bindung in sich tragen.

Während meiner Ausbildungszeit hatte ich einen Lehrtherapeuten, der sich selbst als Verkörperung jener Ideale sah, die er – Supervisor, Therapeut, Ausbilder in Theoriefragen und Begründer des Vereins in Personalunion – propagierte. Er war z.B. der Meinung, daß Sexualität nicht vor Freundschaft und Zuneigung haltmachen müsse, unabhängig vom gesellschaftlich gegebenen Kontext. Dementsprechend war es üblich, daß sexuelle Kontakte zwischen ihm und Kandidatinnen stattfanden. Auch hatte er mit einer Gruppenteilnehmerin ein Verhältnis, deren Partner ebenfalls sein Ausbildungskandidat war. Gerechtfertigt wurde dies mit dem Hinweis, daß freies Handeln und Entscheiden auch für die Ausbildungszeit gilt. Reue oder gar Entschuldigung dafür gab es seinerseits nie, im Gegenteil, er stellte nur zynisch fest, daß er es pervers finde, ihm die Zuneigung zu einer Frau vorzuwerfen. Der betroffene Mann versuchte zunächst die Sache zu bagatelisieren, setzte seine Ausbildung jedoch nicht mehr weiter fort. Aber auch andere, von Wladika beschriebene mißbräuchliche Übergriffe standen auf der Tagesordnung; er machte Frauen gegenüber anzügliche Witze oder versuchte demonstrativ „locker“ zu sein, indem er bei Gruppensitzungen meist lag und je nach Lust einfach schlief. Wer bei seinen nächtlichen Trinktouren mitmachte und sich sonst gesellig zeigte, wurde als besonders kontaktfähig gesehen, eine Eigenschaft, die wohl für jeden angehenden Psychotherapeuten ein anstrengenswertes Ideal darstellt. Gemeint

war jedoch immer nur die Kontaktfähigkeit zu ihm, dem Lehrtherapeuten, daher hatten es Teilnehmer, die ihm gegenüber eher reserviert waren, nicht leicht, und schon gar nicht jene, die seinen Stil kritisierten.

Wladika führt weiters aus, daß in der Folge solcher Geschehnisse sich die Betroffenen als Außenseiter fühlen und ihrer Wahrnehmung und ihrem Urteilsvermögen zu mißtrauen beginnen. Der hier beschriebene Fall kann als exemplarisch dafür angesehen werden, da der Lehrtherapeut auch das Meinungsmonopol beanspruchte, was ja wiederum eine beispielhafte Form des Machtmißbrauchs einer Ausbildungsperson gegenüber einem Auszubildenden darstellt. Der hier Beschriebene vertrat z.B. die Ansicht, daß die Krankheit AIDS nicht durch Viren verursacht werde, die „Virusursache“ sei eine Erfindung der Pharmaindustrie und diene nur der Geschäftemacherei und der Sexualrepression. Präservative seien daher nutzlos, die Krankheits-symptome hätten andere Gründe und dergleichen ... Man mußte entweder seiner Meinung sein oder wurde gnadenlos als „unreif“, „im mechanistischen Denken verhaftet“, „verbildet“ und „trotzig“ abgestempelt. Die Gruppe wurde durch solche Konflikte verunsichert, und Kritik wurde nur zurückhaltend geäußert, wobei der sich so Exponierende mit erneuter Schelte rechnen mußte.

Wenn ein Lehrtherapeut seine Lehre verkörpert und zusätzlich den Wahrheitsanspruch für sich postuliert (ein prinzipielles Problem der hermeneutisch ausgerichteten Psychotherapieausbildung), so gelten Kritik, Widerspruch und Diskussion immer auch als Angriff auf die jeweilige Lehrmeinung, die es zu vermitteln gilt. Sehr schnell wird dann eine von der „Lehre“ abweichende Meinung dem Kandidaten als sein persönliches Problem vorgeworfen und in Zusammenhang mit seiner Geschichte interpretiert (nicht gelöster Vaterkonflikt etc.). So findet eine Auseinandersetzung im fachlichen Sinn oft gar nicht statt, ein Konflikt wird erst dann bereinigt, wenn der Kandidat nach einer „Arbeit“ kleinlaut und womöglich weinend zugegeben hat, daß er wieder einmal „Ich-haft“ und „unreflektiert“ gehandelt hat und sich auf die Therapie nicht einlassen wollte.

Da Psychotherapie nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes zu einer für das Gesundheitswesen öffentlichen Sache wurde und auch die Ausbildung einer Kontrolle unterliegt, bleibt zu hoffen, daß Kandidat/innen in Zukunft selbstbewußter auftreten und ihre Rechte mit mehr Nachdruck vertreten werden. Die Besonderheit der Beziehung zwischen Lehrtherapeut und Kandidat mit der ihr immanenten Gefahr des Mißbrauchs ist eine Tatsache, auf die von den meisten Schulen hingewiesen wurde. Die Frage, warum Mißstände oft jahrelang toleriert werden, liegt sicher, wie von Wladika beschrieben, im Mißtrauen in die eigene Wahrnehmung und in der Angst, bei kritischen Äußerungen ein Außenseiter in der Gruppe zu sein oder dazu zu werden. Wenn substantielle Kritik zur Distanzierung führt, ist das insofern besonders schmerzlich, da der Bruch nicht nur mit einer Person, sondern auch mit einer Gruppe und persönlichen Idealen und Wahrheiten erfolgen mußte.

Primär wollte ich hiermit nicht selbst erlebte Mißstände und Übergriffe aufzeigen, sondern im Sinne von Wladika einer Tabuisierung dieses heiklen Themas entgegenwirken und einen Beitrag für all jene liefern, die sich derzeit in Ausbildung befinden und ähnliche Erfahrung gemacht haben.

*Dr. med. Klaus Paulitsch
Assistenzarzt auf der Psychiatrischen
Abteilung im Kaiser-Franz-Josefs-
Spital in Wien, Psychotherapeut*

Anmerkungen zum Thema des sexuellen Mißbrauchs an Minderjährigen durch Erwachsene

Im Psychotherapie Forum 3/2 [Supplement] (1995) S 77 f wurden unter dem Titel „Das Phänomen des pädophilen (Wohl-)Täters“ Gedanken zur Prävention und Früherkennung veröffentlicht. Als aktueller Anlaß wurde die Diskussion um den sexuellen Mißbrauch an einem jungen Mann durch Ex-Kardinal Groer genannt. Insbesondere wurden Täterprofile vorgestellt, die Ray Wyre, der in England mit männlichen Beschuldigten und verurteilten Tätern arbeitet, postuliert.

So wichtig die Thematisierung von Mißbrauch ist: Der Kommentar löste

bei mir Unbehagen aus. Ich möchte daher einige Gedanken, die ich aus meiner psychotherapeutischen Arbeit heraus formuliere, hinzufügen.

1. Die Thematik des sexuellen Mißbrauchs ist auch bei Psychotherapeuten/innen stark emotionell besetzt. Veröffentlichungen dazu sollen daher mit äußerster Sensibilität und sachlicher Korrektheit geschehen. Im Fall des genannten Kommentars scheint es mir wichtig, die Begriffe „Pädophilie“ und „sexueller Mißbrauch von Minderjährigen durch Erwachsene“ genauer voneinander abzugrenzen. Die Begriffe wurden synonym gebraucht, sodaß suggeriert wurde, daß das eine notwendigerweise mit dem anderen einhergeht. Das ist falsch.

Während sexueller Mißbrauch (wie auch Vergewaltigung) ein kriminelles Delikt darstellt (und nicht prinzipiell an einen Altersunterschied zwischen Täter und Opfer gebunden ist), handelt es sich bei dem Begriff „Pädophilie“ um ein individuelles Erleben und Begehren, das als krankhafte Störung klassifiziert werden kann, aber nicht notwendigerweise zu einem kriminellen Delikt führen muß. Der Kommentator erwähnte eher nebenbei, daß es „zusätzlicher“ Faktoren bedarf, ob ein Pädophiler zum Täter wird.

Eine klare Begriffsdefinition ist hilfreich, um die (sexuellen) Phantasien der Leser/innen in Grenzen zu halten, die in jedem Fall mobilisiert werden.

2. Der Kommentator schrieb durchwegs von (potentiellen) Tätern, also von Mißbrauchern. Daraus entnehme ich, daß sich sein Kommentar auf die kriminelle Täterschaft bezieht, nicht aber auf die Pädophilie an sich.

Dementsprechend stellen sich mir die Gedanken zur Prävention und Früherkennung eher als polizeilicher Fahndungsbericht und eine Aufforderung zur detektivisch-kriminalistischen Erhebungsarbeit dar. Für die Sensibilisierung zu einem adäquaten psychotherapeutischen Umgang mit der Problematik ist dies abträglich.

Die Darstellung Pädophiler als potentiell Krimineller ist in zweierlei Hinsicht problematisch:

a) Sie schafft einen „Untergrund“, in dem es Pädophilen erschwert wird, aus freien Stücken über ihre Neigun-

gen zu sprechen. Denn darüber zu sprechen würde sie zu Tätern machen. Der Zugang wird so eher verbaut als erleichtert. Das Thema wird stärker tabuisiert (weniger ansprechbar) und somit auch therapeutisch nicht bearbeitbar.

Meiner Erfahrung nach sind sich Pädophile, die sich in Therapie begeben, ihrer Gefahr für Kinder oft selber bewußt.

b) Der Bericht schafft auch bei der Leserschaft eine distanzierende Haltung, die nicht nur Mißbrauchstäter, sondern auch Pädophile mit einschließt: die Pädophilen sind die „bösen“ anderen.

Der „Schrecken, daß es passieren könnte“, erfaßt jedoch in jedem Falle auch die/den Therapeutin/en selbst und fordert eine Auseinandersetzung der Psychotherapeuten/innen mit ihrer eigenen potentiellen Täterschaft. Diese Auseinandersetzung sollte geführt sein, ehe man zu einem Opfer (oder Täter/in) in der Rolle als Psychotherapeut/in in Beziehung tritt.

Tatsächlich sind die Grenzen fließend. Mißbrauch und Pädophilie sollten nicht abgespalten als „das Fremde“ dargestellt werden, so unvorstellbar es vielen von uns auch ist bzw. so sehr wir uns wünschen, daß es für uns unvorstellbar wäre.

3. Der Kommentar suggerierte, daß sexueller Mißbrauch ausschließlich von pädophilen Männern ausgeübt wird. Tatsache ist jedoch, daß es ganz unterschiedliche Täter/innen-Typen gibt.

4. Um die Arbeit von Tate und Wyre richtig einschätzen zu können, fehlen wichtige Informationen:

- Was genau wird bei Wyre unter „deviantem Denken“ verstanden? Wovon weicht das Denken der Mißbraucher konkret ab? Kinder als Gebrauchsobjekte erwachsener Bedürftigkeiten zu benutzen, ist nicht wirklich deviant, weil in vielen Bereichen allgemein üblich. Es scheint, daß das Deviante sich auf kulturelle Sexualnormen bezieht.
- Welche Selektionskriterien gab es, um jemanden als sexuellen Mißbrauchstäter in die Studie aufzunehmen?
- Wie und für welche Population ist diese Auswahl repräsentativ?
- Bezieht sich die Arbeit auf sexuelle Mißbrauchstäter im allgemeinen

oder differenzieren die Autoren zwischen Mißbrauch an Mädchen und Mißbrauch an Buben?

- Wenn von „Täterprofilen“ geschrieben wird, beziehen die Autoren damit auch sexuelle Mißbrauchstäterinnen mit ein oder ist der Begriff ausschließlich männlich zu verstehen?

5. Gerade da es sich im Anlaßfall um den Verdacht des sexuellen Mißbrauch an einem männlichen Jugendlichen handelt, scheint es mir wichtig, diese Thematik geschlechtsspezifisch zu erörtern. Denn die Tatsache des sexuellen Mißbrauchs an Buben und jungen Männern ist nach wie vor gesellschaftlich und sozial tabuisiert und erschwert den Opfern die Bewältigung um ein vielfaches. Angst, als Schwächling zu gelten; Angst, als richtiger Mann versagt zu haben, der sich nicht wehren kann (besonders stark wenn der Mißbrauch durch eine Frau passiert ist, was ein zusätzliches Tabu darstellt); die Angst davor, als homosexuell stigmatisiert zu sein; ... all dies sind Vorurteile und „Bilder“, die auch Psychotherapeuten/innen in sich tragen und auf die männlichen Opfer sexuellen Mißbrauchs (unbewußt) übertragen, wenn sie sich nicht bewußt mit ihren eigenen geschlechtsspezifischen und sexuellen Normen und Haltungen zu Sexualität und sexueller Identität konfrontieren.

Ich hoffe, mit meinen Anmerkungen konstruktiv zur Begriffsklärung in diesem heiklen Gebiet der Psychotherapie beizutragen.

*Dr. Ernst Silbermayr
Psychotherapeut
Klinischer Psychologe und
Gesundheitspsychologe
Peter-Jordanstraße 90/1
A-1190 Wien*

*Ambulatorium für körper- und
mehrfachbehinderte Jugendliche
und Erwachsene
in 1170 Wien, Rhigasgasse 6,
sucht*

Psychologen/in

mit Psychotherapieausbildung
für Teilzeitstelle.
Anfragen unter Tel. 0222/45 57 26.

Aus dem Psychotherapiebeirat – Gesundheitsministerium

Ethik-Rubrik

Forum zur Diskussion berufsethischer Fragen

Das Team der Ethik-Rubrik setzt sich zusammen aus *Dr. Margerita Hoffmann, Dr. Michael Kierein, Dr. Renate Hutterer-Krisch, Dr. Johanna Schopper, Dr. Gerhard Stemberger* und *Wilhelmine Rauscher-Gföhler*. Anfragen und Anregungen zum Berufskodex, zum Kommentar und zur Rubrik Berufsethik im „Psychotherapie Forum“ bitte an: *Dr. Renate Hutterer-Krisch, Kantnergasse 51, A-1210 Wien*.

A. von Heydwohlf

Positivismus für die Normseele

Ethische und psychotherapeutische Überlegungen zur Idee von der Prozeßmessung nach Grawe und Braun

Kürzlich wurden an dieser Stelle Aspekte einer programmatischen Arbeit von Klaus Grawe und Urs Braun (1994) kritisiert (Fäh-Barwinski, 1995). Ich halte ein nochmaliges Eingehen auf die Ideen von Grawe und Braun für wichtig, da es in ihnen um Grundsätzliches der Psychotherapie geht. Es folgen nun Auszüge aus jener Publikation.

Der Konfliktstoff

Die Autoren berichten, daß gegenwärtig von der internationalen *Society for Psychotherapy Research (SPR)*, deren Vorsitzender Klaus Grawe 1995/96 ist, an einer „psychotherapeutischen Kern-Meßbatterie“ gearbeitet werde. Sie stellen fest:

„(Es gibt) heute keinen Grund mehr, mit der Einführung einer routinemäßigen Messung der Prozeß- und Ergebnisqualität von Therapien zuzuwarten. ... Darüber, was gemessen werden soll, besteht im großen und ganzen Konsens.“ „Eines ist von vornherein klarzustellen: Qualitätskontrolle durch regelmäßige Messung der Prozeß- und Ergebnisqualität von

Therapien bedeutet einen Mehraufwand an Arbeit und Zeit sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten bzw. die therapeutische Institution. Für den Patienten ist der zusätzliche Zeitaufwand zumutbar. Er beträgt, verteilt über die gesamte Therapiedauer, wenige Stunden. ... Wie der Patient die Messungen empfindet, hängt in erster Linie davon ab, wie der Therapeut damit umgeht. Schließlich empfinden es Patienten auch nicht als Zumutung, wenn der Arzt ihnen zur Diagnostik und Therapiekontrolle Blut abnimmt, sie zum Röntgen schickt, ihnen Blutdruck mißt usw.“ „Es wäre zu überlegen, ob nicht mit Hilfe der Krankenkassen, die ja ihrerseits ein Interesse an einer solchen Art der Qualitätskontrolle haben, unabhängige Evaluationsstellen eingerichtet werden sollten, die im Auftrag einzelner Psychotherapeuten die psychotherapeutische Eingangs-, Verlaufs- und Ergebnisdagnostik übernehmen und dem Therapeuten regelmäßig die Ergebnisse übermitteln.“ „Für die Krankenkassen wäre dies ... wohlinvestiertes

Geld, denn vor allem bei einer unabhängigen Qualitätskontrolle würde schnell erkennbar, welche Therapeuten oder therapeutische Institutionen regelmäßig unterdurchschnittliche Behandlungsergebnisse erzielen mit sehr kostenträchtigen Folgen für die Krankenkassen.“ (Grawe und Braun, S. 245 f).

Zur diagnostischen Einordnung von Patienten soll das DSM IV dienen. Nach jeder Sitzung sollen ein „Patientenstundenbogen“ und ein „Therapeutenstundenbogen“ ausgefüllt werden (vgl. mit Fäh-Barwinski, 1995).

„Von den Rohdaten des einzelnen Patienten, seinen Antworten auf den von ihm ausgefüllten Fragebogen und Ratingskalen, berechnen unsere Computerprogramme zunächst unter Verwendung der für dieses Meßinstrument veröffentlichten Normdaten für eine den demographischen Merkmalen des Patienten entsprechende Normalpopulation die normierten Werte für die einzelnen Subskalen des Meßinstruments.“ „Der Therapeut kann sich die Prozeßfiguration für eine bestimmte Therapie zu jedem Zeitpunkt der Therapie ausdrucken lassen, um sich ein Bild zu verschaffen, wie der Patient den bisherigen Therapieverlauf erlebt hat.“ (S. 248, 257) „Es können ... beliebige Vergleiche zwischen zwei Gruppen angestellt werden ... der Vorteil der figurationsanalytischen Auswertungsmethodik besteht darin, daß man gewissermaßen auf Knopfdruck einen visuell sehr anschaulichen Gesamtvergleich der beiden interessierenden Gruppen bezüglich Ausgangsmerkmalen, Therapieprozeß und Therapieerfolg erhält. Man sieht durch ein wenige Minuten dauerndes Studium der Figurationen, ob und in welcher Hinsicht sich die beiden Gruppen voneinander unterscheiden. Wenn man will, kann man visuell besonders augenfällige Unterschiede ... auf statistische Signifikanz prüfen.“ (S. 263)

Grawe und Braun äußern, es könne auch die Arbeit einzelner Therapeuten in größeren Institutionen computermäßig „vor dem Hintergrund einer beliebig wählbaren Referenzgruppe anderer Therapeuten abgebildet werden“ (ebd.), und sie befinden:

„Qualitätskontrolle ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Qualitätssicherung. Es geht dabei um die Kontrolle der Übereinstimmung von Ist- und Sollwerten“ ... „Wir setzen grundsätzliche Bereitschaft zur Vornahme solcher Messungen voraus.“ (S. 243).

Die Einwände

Ich spreche mich entschieden gegen „routinemäßige“ Anwendung von Fragebögen im Verlauf von Therapien aus. Die Einwände entwickle ich (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) zunächst aus einer mehr äußerlichen und dann aus einer inneren, psychotherapeutischen bzw. psychologieimmanenten Perspektive.

Betrachten wir zuerst die mehr äußerlichen Gründe:

1. Nachteile für Patienten

Wenn Krankenkassen die prozessorgestützte Überwachung von Therapien finanzieren sollen, so können sie auf der Maschine beliebige Patientengruppen zusammenstellen. Die Selektion von „Risiken“ für die Kassen wäre auf perverse Weise perfektionierbar. Ein internes Strategiepapier des deutschen Verbandes der Angestellten-Ersatzkassen empfahl bereits die „besondere Umwerbung ‚günstiger Risiken‘ und eine offene Diskriminierung ‚weniger attraktiver Personengruppen‘ (ältere Versicherte, Bevölkerungskreise mit geringem Bildungsstand, Drogenabhängige etc.)“ (VdAK, *Strategie 2000 – Angestellten-Ersatzkassen mit eigenständigem Profil*, S. 11 ff [MS, o.J.], zit. nach Gerlinger und Stegmüller, 1994, S. 1477). Besonders für schwerer kranke Psychotherapiepatienten würde sich das Modell von Grawe und Braun fatal auswirken, da es „Sollwerte“ ansetzt und dafür absurderweise auch noch völlig äußerlich demographische Merkmale als normgebende Kriterien hernimmt (vgl. mit Zielen, 1991; zur Normidee s.u.). Daneben sind Fragebögen geeignet, besonders bei

zwanghaften, ängstlichen und psychosegefährdeten Patienten massive innere Konflikte zu provozieren. Therapieabbrüche wären als Folge zu erwarten.

2. Nachteile für Therapeuten

Die Möglichkeit des Vergleichens von Therapeutengruppen bedeutet in Institutionen, daß der persönliche Kontakt zu Vorgesetzten und Supervisoren (letztere verwenden in der therapeutischen Einrichtung an Grawes Institut bereits die Ausdrücke) ausgehöhlt und zersetzt wird. Die pseudoobjektive Vergleichsmöglichkeit ermöglicht eine Praxis, die der Kontrolle von Verkaufsziffern und Umsatzanteilen einzelner Arbeitnehmer in der Wirtschaft gleichkommt. Eine maschinelle Therapieüberwachung wird besonders unter Therapeuten mit Zeitverträgen die Angst um den Arbeitsplatz verstärken und das Ausmaß paranoider Phantasien in bezug auf Patienten und Vorgesetzte steigern. Einem derartigen Modell unterworfenen niedergelassene Therapeuten wären noch mehr als sonst psychotherapiefremden Interessen der Krankenkassen ausgeliefert. Therapeuten, die sich mit dem Modell von Grawe und Braun nicht identifizieren können (die Mehrzahl, vermute ich), müßten ihren Patienten vorleben, wie man eine übergestülpte, entfremdende und zeitraubende Reglementierung des Berufsalltags verarbeitet: Verdrängend, leugnend, ausagierend (z.B. durch Verbündung mit den Patienten gegen die Fragebögen), somatisierend oder paranoid.

3. Ignorieren von Gefühlen und Rechten der Patienten

Es gibt eine „psychologische Differenz“ (Giegerich, 1994): Der empirische Mensch und die Psyche sind zweierlei. Letztere ist nicht positivierbar. Die Gleichsetzung von psychologischen Tests mit Blutentnahmen und Röntgenuntersuchungen braucht man deshalb eigentlich nicht ernst nehmen. Tut man es doch, kann gefragt werden: Wissen Grawe und Braun nicht, daß nicht wenige Menschen jahrelang nicht zum Arzt gehen, weil sie sich vor Blutentnahmen oder Vorsorgeuntersuchungen fürchten? Wissen sie nicht, daß die von

ihnen so sorglos angeführten diagnostischen Eingriffe in der Medizin juristisch bereits (vom Patienten bewilligte) vorsätzliche Körperverletzungen sind? Die Aufklärungspflicht für diagnostische Eingriffe hängt in der Medizin übrigens von deren Dringlichkeit ab. Die Aufklärung hat die Notwendigkeit, Art, Tragweite, Risiken, Komplikationen und Alternativen (!) des Eingriffs zu umfassen. Bei einer gar nicht dringlichen Fragebogenaktion würde sehr genau aufgeklärt werden müssen. Man könnte insofern diskutieren, ob „routinemäßige Prozeßmessungen“ nicht gegen die guten Sitten verstoßen würden.

Auch die Verschwiegenheitspflicht ist zu berücksichtigen. Von Therapeuten ausgefüllte Stundenfragebögen wären aus bundesdeutscher rechtsmedizinischer Sicht selbst in standardisierter Form bereits ganz persönliche Unterlagen des Behandlers. Sie enthalten Wertungen und sind keine Laboraten, da es hier um den Umgang mit Mitmenschen geht. Solche Wertungen müssen einem Patienten oder z.B. einem Anwalt auch auf Anfrage nicht vorgelegt werden, während Patienten sich somatische Befunde fotokopiert aushändigen lassen können.

4. Verordnung eines Mautsystems für Therapien

Die Autoren tun so, als gäbe es „keinen Grund mehr“, mit der institutionellen Installierung von deren Idee „zuzuwarten“. Ich sehe darin eine Entmündigung der Berufsgemeinschaft der Psychotherapeuten und der Patienten (vgl. dazu Hutterer-Krisch und Hoffmann, 1994). Der Vorsitzende der SPR möchte offenbar alle öffentlich finanzierten Therapien an ein elektronisches Mautsystem angeschlossen sehen: Entrichtung eines Datenbeitrags nach jeder Sitzung. Dies ist meines Erachtens erst recht aus psychotherapeutischen, im tiefen Sinne psychologieimmanenten Gründen strikt zurückzuweisen.

5. Die Abdankung des eigenen Urteils

Mit der Idee, sich für die Beurteilung des Therapieverlaufs an einen Computer zu wenden, hat sich das eigene Urteil verabschiedet. Das Ich des Therapeuten hat abgedankt. Es will nicht

verantwortlich sein für das, was es weiß oder nicht weiß. Es verweigert mutlos, sich der Unmittelbarkeit und der unumgeharen Einmaligkeit der Begegnung mit dem Patienten zu stellen. Das Computerprogramm (bereits käuflich zu erwerben) ist der grundsätzliche Vorbehalt gegenüber dem Dialog. Das psychotherapeutische Gespräch ist vom Wesen her enteignet, dem Apparat unterstellt und zur Datenquelle gemacht worden. Mit der psychischen Energie, die man dem unmittelbaren Gespräch und der Reflexion entzogen hat, spielt man jetzt an Knöpfen und beschaut „Figurationsanalysen“ vom Fahrtenschreiber.

6. Eingebaute Subjekt-Objekt-Trennung

Eine „routinemäßige Prozeßmessung“ schreibt dabei mehr noch als die bisherige Psychotherapieforschung die Subjekt-Objekt-Trennung im psychologischen Denken fest. Erst einmal real installiert würde das Modell auf unbestimmte Zeit öffentlich finanzierte Therapie als technologischen Reparaturbetrieb definieren („Ist- und Sollwerte“). Das ist meines Erachtens eine Preisgabe von Psychotherapie an das medizinische Denkmodell, ein positivistischer Bewußtseinsterror (Ziegler, 1980). Es ist die bedingungslose Kapitulation vor dem, was Grawe et al. (1994, S. 10) „das in unserem Gesundheitssystem ‚erstarrte‘ Krankheitsmodell“ nannten. Im übrigen spielen für Grawe und Braun Übertragungsvorgänge im Hinblick auf die Fragebögen keine nennenswerte Rolle („Wie der Patient die Messungen empfindet, hängt in erster Linie davon ab, wie der Therapeut damit umgeht.“ Vgl. aber mit Grawe et al., 1994, S. 704: „Man kann nicht nicht übertragen“ [sic]).

7. Effizienz für Normseelen

Es ist konsequent, innerhalb des medizinisch-technologischen Modells nach Effizienz zu streben. Die Effizienzidee heißt, daß man möglichst wenig geben und möglichst viel dafür bekommen will. In Beziehungen ist eine solche Haltung ungerecht, unethisch, antisozial und ein Mißbrauch des anderen. Die Effizienzidee ist daher antitherapeutisch und ver-

führt zu seelenfeindlicher Oberflächlichkeit. Sie begünstigt kurzsichtiges Denken, stumpft das Fühlen ab und macht das Mittel zum Zweck (Hillman, 1955, S. 33–44). Man will der Psyche (auch der des Therapeuten) Beine machen, um billig davonzukommen. Doch „Effizienz“ ist kein Richter darüber, ob etwas notwendig oder zu befürworten ist oder Qualität hat – man kann auch effizient Krieg führen. Echte Qualität in Therapien erwächst z.B. aus der sparsamen Eleganz guter therapeutischer Interventionen und aus Sorgfalt und Geduld im Umgang mit psychischen Phänomenen. Dazu braucht es beim Therapeuten u.a. die Fähigkeit, differenziert/wahrzunehmen, zu denken, zu fühlen, und Intuition. Computergrafiken als Maßstab begünstigen hingegen eine Entdifferenzierung.

Normen werden von Grawe und Braun verbuchstäblich zum Maßstab erhoben. Im Bereich der Psychotherapie sind Normen aber bloß „Wahrnehmungsmodi zum Sehen von Kontrasten; sie sind Färbemethoden, die uns helfen, Abweichungen schärfer zu sehen.“ „Aus psychologischer Sicht kann weder die statistische Norm, noch die ideale Norm auch nur die geringste Bedeutung hinsichtlich des inhärenten Wertes einer pathologisierten Phantasie oder Erfahrung aufweisen. ... Wenn das fundamentale Prinzip des psychologischen Lebens die Differenzierung ist, dann kann keine einzelne Perspektive das psychologische Leben in sich aufnehmen oder umschließen, und Normen sind die Wahnideen, die Teile einander verschreiben. Ein Standard für eine Gestalt mag Pathologie für eine andere sein, und Pathologie für einen Teil mag von einer anderen Perspektive desselben Individuums aus normal sein.“ (Hillman 1975/1992, S. 87f, eigene Übers.) Die rechnerische Schaffung von Sollwerten auf dem Computer will nichts wissen von der besonderen Einzigartigkeit jeder Psyche; allerdings leistet sie einer späteren Einführung von Fallpauschalen Vorschub.

8. Es reicht nicht aus, nur abzulehnen

In welchem Beruf gibt es soviel „Kontrolle“, wie Grawe und Braun es sich für die Psychotherapie vorstellen? Ich meine, es genügt nicht, den Vorschlag

nur in dessen berufspolitischen und ethischen Dimensionen abzuwehren. Hier gilt es, noch weitere Motive im Kontrollwunsch zu verstehen, denn über die wirkliche „Güte“ (Grawe und Braun, S. 265) der von Therapeuten geleisteten Arbeit kann man mit der äußerlichen Reflexion nach Art der Prozeßmessungen nicht viel sagen.

Stattdessen werden aber Theorie (Forschung) und Praxis (Therapie) im Denken auseinandergerissen. Damit schont sich das Bewußtsein. Es will keine Reflexion der psychischen Grundlagen seiner Reflexionstätigkeit. Die immanente Reflexion (Giegerich, 1994) des Therapiegeschehens unterbleibt. Die empirische Psychologie erzeugt, „um ihren einseitigen, abgespaltenen Begriff der objektiven Erkenntnis behaupten zu können, notwendig einen ebenso einseitigen Begriff des subjektiven Erlebens. Beides folgt aus dem Ansatz und ist mit der Phantasie, aus der die Wissenschaft lebt (Subjekt-Objekt-Spaltung), bereits gegeben.“ (Giegerich, 1977). Damit verweigert das Bewußtsein die Reflexion der in der Subjektivität objektiv wirksamen psychischen Strukturen. Es meidet die Objektivität in der Subjektivität.

Zwar kann valide empirische Beweisführung wahres Wissen gewährleisten und statistisch berechnete, graphisch dargestellte „Fakten“ produzieren („Prozeßkonfigurationen“). Sie bringt aber keinen Zuwachs an therapeutisch notwendiger Bewußtheit, denn die unvermeidbare Mitwirkung der Psyche, in der Erzeugung der Fakten bleibt systematisch unberücksichtigt. Das Menschenbild und das Therapieverständnis in den Fragen der Stundenfragebögen bleiben unreflektiert. Die je ganz individuellen neurotischen Einstellungen, aus denen heraus in einem Fragebogen dieses oder jenes Urteil abgegeben wird, interessieren nicht. Die Arbeit an den psychischen Strukturen, die sich in den je einzelnen Antworten äußern, ist nicht vorgesehen; die Antworten gehen in verallgemeinernden Graphiken auf. Die Prozeßmessung bleibt so in einer äußerlichen, positivistischen Sicht auf die Psyche stecken. Die Qualität des Eingehens auf individuelle psychische Strukturen durch den Therapeuten kann mit diesen Mitteln gar nicht evaluiert werden; lediglich die womöglich ganz neuroti-

sche Gefühlsäußerung darüber wird abgefragt.

Grawe und Braun meinen zwar, mit ihren Prozeßmessungen werde die „Kluft zwischen klinischer Tätigkeit und wissenschaftlichem Erkenntnisgewinn (...) kleiner, sowohl im Sinne des zeitlichen Abstandes von der Datengewinnung bis zu den Ergebnisaussagen als auch im Sinne der Vereinigung beider Tätigkeiten in denselben Personen.“ (a.a.O., S. 266). Diese Aussage ist jedoch der paradoxe und untaugliche (weil die Spaltung festschreibende) Versuch, die vom empirischen Denken erzeugte Kluft dadurch zu überbrücken, daß man reale Personen zu eben diesem Denken anhält. (Warum die Seele ihr selbst dies antut, kann hier nicht ausgeführt werden; siehe dazu Giegerich, 1994.)

Stundenfragebögen nötigen außerdem die Patienten und Therapeuten in ein richtendes Testbewußtsein, egal woran man gerade gearbeitet hat. Das Ich wird am Ende der Sitzung zurückgepfiffen, soll sich am Riemen reißen und plötzlich 29 Urteile fällen (abgestuft „zustimmen“ oder „verneinen“) – obwohl es vielleicht gerade verwirrt ist von einer beschämenden Einsicht, aufgewühlt durch ein erschütterndes Gefühl oder noch benommen von der Arbeit am sehr fremdartigen Traum aus der letzten Nacht.

Damit wird in seelenfeindlicher Weise der Fluß der inneren Prozesse willkürlich abgebrochen, wo er sonst nach der Stunde hätte weitergehen können. „Routinemäßige Prozeßmessungen“ behindern damit systematisch die Entfaltung eines Bewußtseins, das sich auf die nicht positivier-

baren Paradoxien der Seele einläßt, auf Symbole aus der Psyche, die mit ihrem heilenden Überfluß an Sinn die Grenzen der normierten Ausdrucksmöglichkeiten der technischen Sprache auflösen oder sprengen, und auf den Schmerz (Galimberti, 1987). Man kann annehmen, daß günstige Therapieeffekte aus der Sitzung hierdurch abgeschwächt werden, womit die Fragebögen über den Zeitaufwand des Ausfüllens hinaus kontraproduktiv im Sinne von therapieverlängernd wären.

Ich sehe die Phantasie vom Kontrollsystem nach Grawe und Braun letztlich als Ausdruck einer der konfliktierenden Haltungen gegenüber der Psyche im westlichen kollektiven Bewußtsein am Ende des zweiten Jahrtausends unserer Zeitrechnungen: Hier wehrt sich der positivistische Ansatz in der Psychologie und Psychotherapie gegen die längst erfolgte Relativierung seiner selbst durch tiefenpsychologisches Denken. Externer Druck (Krankenkassen) soll dabei als Vorwand und Unterstützung in den Dienst genommen werden. Damit will sich die Subjekt-Objekt-Trennung im Denken über die Psyche bei möglichst vielen Therapeuten und Patienten lebendig halten. Es geht in den Ideen von Grawe und Braun um eine ganz eigene „Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis“: Die positivistische Qualität der eingenommenen Perspektive auf die Seele soll gesichert und kontrolliert werden. Beabsichtigt oder unbeabsichtigt ist sie der eigentliche Sollwert.

Literatur

Fäh-Barwinski M (1995) „We are foreigners!“ – Bemerkungen zum Qualitäts-

- management in der Psychotherapie. *Psychoth Forum [Suppl]* 3/2: S88–S91
- Galimberti U (1987) Die Analytische Psychologie im Zeitalter der Technik. *Analytische Psychologie* 20: 87–120
- Giegerich W (1977) Die wissenschaftliche Psychologie als subjektivistische und zudeckende Psychologie. Erwiderung auf einen Artikel über Synchronizität. *Analytische Psychologie* 8: 262–283
- Giegerich W (1994) *Animus-Psychologie*. Peter Lang, Frankfurt
- Gerlinger T, Stegmüller K (1994) Konkurrenz um „gute“ Risiken. Positionen der Interessengruppen zur dritten Stufe der Seehoferschen Gesundheitsreform. *Blätter für deutsche und internationale Politik* 12: 1470–1482
- Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Z Klin Psychologie* 23/4: 242–267
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
- Hillman J (1975/1992) *Re-visioning Psychology*. Harper Perennial, New York
- Hillman J (1995) *Kinds of power. A guide to its intelligent uses*. Doubleday, New York
- Hutterer-Krisch R, Hoffmann M (1994) Zu den Berichterstattungsforderungen der Krankenkassen. Einige Überlegungen aus psychotherapeutischer Sicht. *Psychother Forum* 2/4: 215–219
- Ziegler AJ (1980) Die goldenen Fallen. Das Leben in einer wissenschaftlichen und einer archetypischen Medizin. *Eranos-Jahrbuch* 49: 323–356
- Zielen V (1991) Die Erfolgsfrage bei Psychosen. Zwei kasuistische Beiträge. *Analytische Psychologie* 22: 240–257

*Dr. med. Andreas von Heydwohlf
Psychotherapeut
(Analytische Psychologie)
Dreifaltigkeitssgasse 3
A-5020 Salzburg
Tel. 0662/87 53 20*

Editorial

Psychotherapie – eine Disziplin im Aufwind!

„Gesellschaft ohne Seele – Psychotherapie ohne Seele?“ Unter diesem Titel fand in Zürich eine Tagung statt, an welcher ReferentInnen und PodiumsteilnehmerInnen aus den Bereichen der Psychotherapie (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie) sowie der Psychologie, Philosophie, Politik, Psychiatrie und Publizistik teilnahmen. Die Stimme der Politik, vertreten durch Stadträtin Ursula Koch (Stadtregierung von Zürich), forderte von uns PsychotherapeutInnen, uns mehr in der Öffentlichkeit mit unseren Einsichten und Ansichten zu aktuellen gesellschaftlichen Fragen zu exponieren. Es werde nicht erwartet, dass Lösungen und Vorschläge gezeigt würden, wie man es besser macht, sondern hilfreiche Fragestellungen und Infragestellungen, die zur Schärfung des Bewusstseins führen könnten. In dieser Hinsicht seien Politiker auf unsere Mitarbeit angewiesen. Sehr deutlich kam auch zum Ausdruck, dass Psychotherapie als kritisch reflektie-

rende Wissenschaft, die notwendigerweise auch ihre eigenen Voraussetzungen reflektiert, von aussen immer stärker in ihrer unverwechselbaren eigenen Wissenschaftlichkeit erkannt und als eigenständige Disziplin wahrgenommen wird.

Die Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland, welche mit der vorliegenden Nummer neu am „Psychotherapie Forum“ beteiligt sind, begrüßen wir mit dieser guten Nachricht.

Mit den zentralen seelischen Aspekten in der Psychotherapie beschäftigt sich auch die Artikel in diesem Forum Schweiz/Suisse. Da die Forschung, vor allem im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Auftrag der Qualitätssicherung, in Zukunft einen vermehrten Einfluss auf die praktische psychotherapeutische Arbeit haben wird, bemühen wir uns um wissenschaftliche Forschungsansätze, welche die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess nicht stören. *Mario Schlegel*

La psychothérapie – une discipline qui a le vent en poupe!

„Société sans âme – psychothérapie sans âme?“ C'est sous ce titre qu'une rencontre a eu lieu à Zurich, à laquelle participèrent des contributeurs/contributrices psychothérapeutes (psychanalyse, thérapie du comportement, thérapie systémique) et des spécialistes d'autres disciplines (psychologie, philosophie, politique, psychiatrie et journalisme). Les politiciens, représentés par Mme la conseillère municipale Ursula Koch (Ville de Zurich), nous demandèrent de prendre plus souvent la parole en public pour exposer nos conceptions et idées concernant les questions sociétales actuelles. On n'attend pas de nous que nous trouvions des solutions ou que nous disions comment on devrait s'y prendre; il faut plutôt que nous formulions des questions et remettons certains aspects en cause, ce qui serait apporter une meilleure conscience des problèmes. De ce point de vue, les politiciens ont besoin de notre collaboration. Une donnée fut très claire-

ment exprimée: la psychothérapie, en tant que discipline pratiquant la réflexion critique – même et obligatoirement au niveau de ses propres présupposés – est de plus en plus reconnue par la société comme une science disposant de sa propre épistémologie et comme une discipline indépendante.

Avec le présent numéro, nos collègues allemand/es participent pour la première fois au „Psychothérapie Forum“. Nous sommes heureux de les accueillir avec cette bonne nouvelle.

Les articles présentés dans le présent Forum Schweiz/Suisse s'intéressent également aux aspects psychiques qui jouent un rôle central en psychothérapie. Dans la mesure où, à l'avenir, la recherche va plus influencer le travail pratique du psychothérapeute – puisque la loi nous contraint à garantir la qualité de ce dernier –, nous sommes en quête d'approches scientifiques permettant de pratiquer la recherche sans gêner la relation et le processus thérapeutiques. *Mario Schlegel*

Die neue Forschungskultur der Psychotherapie

Unter diesem Titel wurden im letzten Heft bereits zwei Vorträge abgedruckt, welche an der 5. Jahreskonferenz der *Association for Psychotherapy* (EAP) vom 23.–25. Juni 1995 in Zürich gehalten wurden. Diese bezogen sich auf den politischen Rahmen im beruflichen und wissenschaftlichen Feld. Wie bereits angekündigt, befassen sich die hier vorliegenden Referate mit den wissenschaftlichen Aspekten der Psychotherapieforschung.

W. Mertens

Welche Wissenschaft braucht die Psychotherapie?

Psychotherapeuten sehen sich heute weltweit mit dem Anspruch konfrontiert, ihre Vorgehensweise und Erfolge einer empirischen Untersuchung und Evaluation zugänglich zu machen. Aus dem insbesondere für Laien schwer durchschaubaren Wirrwarr der verschiedenen Therapieschulen soll vor allem anhand der Wirksamkeit einzelner Verfahren eine Rangreihe derjenigen therapeutischen Maßnahmen erstellt werden, die sich im empirischen Test für bestimmte Störungsbilder als am effektivsten erwiesen haben.

Ich teile Ihnen sicherlich nichts Neues mit, wenn ich zum Ausdruck bringe, daß sich die kognitive Verhaltenstherapie am besten mit einem empirisch-experimentellen Wissenschaftsverständnis überprüfen läßt. Dieses Wissenschaftsverständnis legt großen Wert auf die objektive Meßbarkeit, im Sinne von intersubjektiver Überprüfbarkeit anhand von Operationalisierung, und des Einsatzes von standardisierten Testverfahren und Befundbögen. Die auf diese Weise extrahierten Daten, die aufgrund des Verbal Behavior des Probanden oder Patienten gewonnen werden, setzen eine einigermaßen gesicherte Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Meßinstrumente voraus.

Auch in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie werden diese Verfahren einer empirisch nomothetischen Psychologie seit Jahren eingesetzt, wovon man sich beispielsweise durch einen Blick in die Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse oder Psychoanalytic Psychology überzeugen kann.

Es gibt aber auch seit Jahren ein deutliches Unbehagen an dieser Art der Methodologie, die ich im folgenden der Einfachheit halber empirisch-positivistisch oder quantitativ nennen werde. Und dieses Unbehagen steigert sich zum Ärger, wenn Psychotherapieforscher in Übereinstimmung mit dem Mainstream der gegenwärtigen Universitätspsychologie sich anheischig machen, die empirisch-positivistische Vorgehensweise zur allein gültigen zu erklären. Diesen einheitswissenschaftlichen Anspruch, d.h. auch die Wissenschaft vom Menschen muß mit derselben Methodologie untersucht werden wie die Naturwissenschaft, werde ich im folgenden kritisch analysieren.

Ich bin der Auffassung, daß eine fundierte Kritik dieses Anspruchs unbedingt notwendig ist und daß dazu auch Mut erforderlich ist, denn jeder von uns neigt dazu, sich mit Über-Ich-Forderungen zu identifizieren und sich ängstlich mit dem positivistischen Aggressor konform zu erklären. Erst wenn wir uns psychisch von dem Anspruch gelöst haben, die psychotherapeutische Tätigkeit an abstrakten Standards von Intersubjektivität, jederzeitiger Verifizierbarkeit und Wiederholbarkeit zu messen, uns also nicht länger einem uns fremden Ideal einer Einheitswissenschaft zu unterwerfen brauchen, können wir die Eigenständigkeit unseres Vorgehens begründen und uns dem Thema zuwenden, welche Fragestellungen und Gütekriterien beachtet werden müssen, wenn wir eine empirisch-hermeneutische Vorgehensweise favorisieren oder zumindest gleichrangig

mit der empirisch-positivistischen einsetzen.

In einer Wissenschaft, die die menschliche Subjektivität zum Inhalt hat, mutet es ohnehin merkwürdig an, wenn es nur einen einzigen empirischen Zugang zu dieser Subjektivität geben soll. Alle psychotherapeutischen Auffassungen, z.B. die verhaltenstherapeutischen, kognitiven, körperorientierten und die tiefenpsychologischen Verfahren, sollen über einen Leisten geschlagen werden: Dieser Leisten heißt empirisch ausgewiesene Nützlichkeit im Rahmen einer positivistischen Forschungsmethodologie.

Wenn wir uns aber den psychoanalytischen Zugang zum Subjekt verdeutlichen, dann geht es keineswegs vorrangig darum, daß ein Patient lernt, wie er auf möglichst rasche Weise sein Symptom beseitigen oder ein bestimmtes Problem bewältigen kann. Sondern es geht in erster Linie darum, das Symptom als unbewußten Ausdruck von Lösungswegen zu begreifen, die der Betreffende eingeschlagen hat, um mit unerträglichen Ängsten, Scham- und Schuldgefühlen besser zurechtzukommen, und sich dabei doch noch ein Stück Lebensglück und Triebbefriedigung zu retten. Auf dem Weg des immer differenzierteren und tieferen Verständnisses des eigenen Gewordenseins muß ein Patient auf Soforterfolge und Sofortbefriedigung verzichten lernen, denn es ist ein mühseliger Prozeß, sich mit Angst auslösenden und wenig schmeichelhaften und erquicklichen Aspekten seines eigenen Selbstverständnisses auseinanderzusetzen.

Ob ein Patient zur Konfrontation mit sich selbst bereit ist, ob er konfliktaufdeckend an sich arbeiten kann und mag, ist nicht immer einfach zu entscheiden und stellt das schwierige Thema der Analysierbarkeit dar. Inwieweit wird es mit einem Patienten möglich sein, das von ihm nicht Erinnerung in der Übertragung bearbeiten zu können? Wird er sich auf den deutenden Umgang unbewußter Inszenierungen einlassen können oder bereitet ihm dies all zu viel Seelenqual? Möchte der Patient zwar seine Symptome aufgeben können, aber ist es ihm dabei nicht einsichtig zu machen, daß hierzu aus psychoanalytischer Sicht auch die Auseinanderset-

zung mit unbewußten Konflikten gehört? Hat er den Anspruch, seine Probleme lösen zu wollen, aber gerät ihm dieses Anliegen zu einer Sündenbocksuche? Besteht eine starke Angst vor den eigenen schon seit vielen Jahren nicht mehr zugelassenen Wünschen und Sehnsüchten? Eine Angst vor der Regression, somit auch vor den als kindlich gefürchteten Anhänglichkeits- und Bindungswünschen? „In der Analyse wird man ja nur abhängig. Warum soll ich mich auf die Beziehung zu meiner Therapeutin einlassen, um dann bei Trennungen doch nur leiden zu müssen?“: So oder ähnlich drücken Patienten ihre Ambivalenz gegenüber einem psychoanalytischen konfliktaufdeckenden Vorgehen aus.

Wie groß ist also die Bereitschaft, die Unannehmlichkeiten einer psychoanalytischen oder tiefenpsychologischen Behandlung auf sich zu nehmen?

Inwieweit will man sich wirklich mit sich selbst auseinandersetzen? Waren es bislang immer die anderen, die daran schuld waren, daß Unternehmungen nicht zustande kamen, daß Freundschaften zerbrachen und Ehen auseinandergingen, so erfährt man nun in einem langwierigen und schmerzlichen Prozeß, daß man selbst nicht weniger streitsüchtig, anspruchsvoll, egozentrisch usw. ist. Das Bemühen um eine aufrichtige Haltung sich selbst gegenüber fördert somit in der Regel unbequeme Wahrheiten zutage.

Und deshalb muß ein psychoanalytischer Patient Interesse daran haben, Ereignisse und Erfahrungen gegen den Strich zu kämmen, zwischen den Zeilen zu lesen, den Dingen auf den Grund zu gehen, sich nie mit einer Erkenntnis vorschnell zufrieden zu geben, sondern immer weiter zu forschen und auch immer wieder sein eigener Biograph sein zu wollen, Autor und Entdecker seiner eigenen Lebensgeschichte zu werden und dabei „seinen eigenen Lügen nicht zu glauben“ (Kierkegaard), nie aufzuhören, verschüttete Kindheitsereignisse erneut zu beleben, im Verlauf der Therapie neu und anders zu träumen und sein eigener kompetenter Traumdeuter werden zu können, zusammen mit dem Therapeuten oder der Therapeutin zu entdecken, wie man ihn oder sie in der Beziehung zu

sich selbst immer facettenreicher und differenzierter wahrnehmen kann.

Die Einsichten, die dabei zutage gefördert werden, sind in der Regel für das eigene Selbstverständnis nicht schmeichelhaft und sie sind mitunter auch erschreckend:

Wer z.B. bislang glaubte, eine behütete Kindheit gehabt zu haben, weil der Ausspruch der Eltern stets gewesen ist: „Es hat euch an nichts gefehlt und ihr habt alles bekommen“, was man viele Jahre wie einen Schutzschild vor sich hertrug, wird nun entdecken, daß er von Anfang an ein ungewolltes Kind gewesen ist, daß sein Vater starke Eifersuchts- und Haßgefühle gegen ihn hegte und ihn ein paar mal fast zum Krüppel geschlagen hätte. Und es ist schmerzlich und erschreckend, wenn der Patient – inzwischen selbst Familienvater geworden – bei sich selbst sadistische Phantasien entdeckt, in denen er sein eigenes Kind totschiessen möchte, obwohl er sich doch geschworen hatte, ganz anders als der Vater zu werden.

Oder: Wer als Frau bislang davon ausging, daß an den häufigen Freß- und Brechattacken nur die patriarchalische Gesellschaft mit ihren chauvinistischen Schönheitsidealen und Normen, wie Frauen im Kapitalismus auszusehen hätten, schuld sei, wird nunmehr in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten lernen, daß ihrer Bulimie ein schwieriges und konfliktreiches Mutter-Tochter-Verhältnis und häufig natürlich auch Konflikte zwischen ihr und dem Vater zugrundeliegen.

Kurzum: Viele Scheuklappen müssen beseitigt, viele Eitelkeiten und Kränkungen überwunden werden, bis man sich selbst erkennen kann. Gesellschaftliche Ideologien, steif und fest behauptete Unsinnszusammenhänge, persönliche Mythen und ein rechthaberisches Festhalten an Überzeugungen machen es nicht immer einfach, der Wahrheit über sich selbst und andere, über individuelle und gesellschaftliche Zusammenhänge näherzukommen und den eigenen Lügen nicht mehr zu glauben.

Dieser Exkurs verdeutlicht, wie unterschiedlich verschiedene Therapieformen sind: Symptombeseitigung ist gewiß einfacher zu haben, sicherlich auch billiger; aber wir müssen uns doch auch fragen, ob diese an der Effektivität und Effizienz festge-

machte utilitaristische Ethik, die rasche Symptombeseitigung und konkrete Problembewältigung in den Mittelpunkt ihrer Auffassung stellt, nicht allzusehr einem gefährlichen Zeitgeist unkritisch verhaftet bleibt. Und wenn wir uns nicht unbesehen diesem Trend anschließen wollen, dann müssen wir uns auch mit den wissenschaftlichen Legitimationsbemühungen dieser Ausrichtung vertraut machen und uns überlegen, welche wissenschaftliche Vorgehensweise wir einschlagen wollen.

Überträgt man das empirisch-positivistische Wissenschaftsideal auf die Menschen- und Kulturwissenschaften, so muß es ganz zwangsläufig zu einer Reduzierung der Fragestellungen, im Extrem auf neurophysiologische Forschungsthemen der Informationsverarbeitung, zu einer Dekontextualisierung, d.h. zu einer Abstrahierung von konkreten geschichtlichen und gesellschaftlichen Einflüssen und zu einer Trivialisierung der zu erforschenden Themen kommen, d.h. komplexe psychologische oder psychoanalytische Sachverhalte werden auf die Logik von überschaubaren, mechanischen Systemen vereinfacht. Der kognitionspsychologische Computer hat zwar als Metapher die behavioristische Black Box mit In- und Output abgelöst, aber vom Begreifen des Menschen, der sprach- und reflexionsfähig ist, der zweifelsohne als Naturwesen auch von Kräften determiniert wird, der aber auch dazu in der Lage ist, sich zu dieser Kausalität reflexiv zu verhalten, sind diese Modellbildungen ziemlich weit entfernt.

Reduzierung, Dekontextualisierung und Trivialisierung sollen eine Objektivität der Forschungsergebnisse verbürgen, aber es ist eine Objektivität, die teuer erkaufte ist: Zwar lassen sich nun bestimmte Variablenzusammenhänge in der objektivistischen Laborpsychologie immer wiederholen, so daß dem demokratischen Anspruch auf intersubjektive Überprüfbarkeit offensichtlich Folge geleistet wird, aber die Forschungsergebnisse der Laborpsychologie sind in weiten Teilen auch ein Kunstprodukt: Sie funktionieren nur an diesem Ort, aber nicht in der wirklichen Welt. Es fehlt ihnen in unterschiedlichem Ausmaß an externer oder ökologischer Gültigkeit. Je besser Objektivität im Sinne labor-interner

Gültigkeit gesichert werden kann, desto geringer wird die Generalisierbarkeit auf die wirkliche Welt außerhalb des Labors, in der Menschen leben, arbeiten, lieben, leiden, von den Gesetzmäßigkeiten einer spät-kapitalistischen Industrie- und Kommunikationsgesellschaft beherrscht werden, ohne daß sie es merken, aber auch immer noch ihren utopischen Phantasien nachstreben und oftmals sich vergegenwärtigen müssen, daß sie ihrem Leben noch ihre Träume schulden.

Ich denke, daß eine tendenzielle Fehlentwicklung der modernen Psychologie, soweit sie sich ausschließlich als verhaltens-theoretische, empirisch-nomothetische Disziplin begreift, darin zu sehen ist, daß diese einseitige und streckenweise reduktionistische Verfolgung des Menschlich-Organismischen unter Absehung des Menschen als sinnstiftenden und -interpretierenden Wesens zu einer immer größeren Entfernung vom menschlichen Alltagsverstand geführt hat. Die in einer kontraintuitiven Forschungsmethodik und -sprache gewonnenen Ergebnisse lassen nicht nur häufig eine externe Validität vermissen, sondern sie können in der Regel auch für den Alltag von Menschen nicht genügend fruchtbar gemacht werden. Abgesehen von der Akzeptanz und dem Prestige, die durch eine größere Alltagsnähe zu erreichen ist, bleibt natürlich die entscheidende Frage, „ob die naturwissenschaftliche Zielvorstellung einer möglichst großen Distanz, Entfremdung, Kontraintuitivität etc. zur Alltagswelt ... den größten und relevantesten Erkenntnisfortschritt verspricht“ (Groeben, 1991, S. 45). Was für die Naturwissenschaften sinnvoll sein kann, nämlich eine weitgehende Entanthropomorphisierung ihrer Methoden und Konzepte, braucht noch lange nicht für die Sozial- und Kulturwissenschaften zuzutreffen. Auf das Argument der immer wieder konstatierten mangelnden Relevanz psychologischer Forschungsergebnisse für die Praxis eingehend, merkt Groeben (1991, S. 46) an: „Vielleicht werden die Sozial- und Kulturwissenschaften erst dann eine zur Naturwissenschaft vergleichbare Relevanz und Funktion in dieser Gesellschaft erreichen, wenn sie aufhören, deren Zielkriterium der Distanz- und Kon-

traintuitivitätsmaximierung nachzuahmen“.

Es ließe sich nun einwenden, daß dieser Zielkonflikt zwischen interner und externer Validität das Problem einer jeden Wissenschaft sei, weil es eben im Wesen des Wissenschaftlichen liege, komplexe Zusammenhänge auf ein überschaubares Variablengefüge zu reduzieren, von Kontextvariablen zu abstrahieren und, nach Möglichkeit, komplizierte Wirkungsgefüge zu vereinfachen. Dies mache eben auch den Unterschied zwischen einer Grundlagenwissenschaft und angewandter Wissenschaft aus. An die Psychotherapie als einer angewandten Wissenschaft sei ja gar nicht der strenge Anspruch der Grundlagenforschung zu stellen, aber das schließt selbstverständlich nicht aus, daß eine empirische Evaluation oder Qualitätskontrolle notwendig und durchführbar ist.

Ich möchte nun nicht den Wert von psychologischer Grundlagenforschung bestreiten, obwohl man sich natürlich auch einmal die Frage stellen kann, ob aus den zig-tausenden Einzelbefunden irgendeine relevante psychologische Theorie entstanden ist.

Meine Sorge geht vielmehr dahin, daß die Methodik der Grundlagenforschung mit einem alleinseligmachenden Anspruch auftritt und diesen auch als verbindlich – wenngleich auch weniger streng – für Anwendungsdisziplinen, wie für die Therapie, erklärt; daß ihre unreflektierte Akzeptierung einen formenden Einfluß auf die Art und Weise ausübt, wie man die menschliche Psyche als Variablengefüge von unabhängigen und abhängigen Variablen, als neurophysiologische Mechanismen, die Information verarbeiten, u.a.m. begreift.

Es ist die Sorge, daß andere Zugänge zum Menschen, wie zum Beispiel ein tiefenhermeneutischer oder geschichts- und gesellschaftsbewußter Zugang, als unwissenschaftlich abgewertet werden, daß das aus der Physik übernommene Ideal der Objektivität mit den dazugehörigen methodischen Vorgehensweisen zum wissenschaftstheoretischen non plus ultra wird, und daß dieser einheitswissenschaftliche Anspruch – auch die Mensch- und Kulturwissenschaften sind mit den Methoden der Naturwissenschaften zu untersuchen – allzu imperativ auftritt.

Es ist die Sorge, daß die Vorherrschaft dieser Art von Wahrheitsfindung, sich die Welt technisch verfügbar zu machen, zwar nicht unmittelbar in die Katastrophe mündet, aber doch eines kräftigen Korrektivs bedarf.

Diese gesellschaftspolitische und philosophische Option führt zu einer Aufwertung qualitativer Forschungsmethoden, in der das Verstehen, die Tiefenhermeneutik, die reflektierte Introspektion, die qualifizierte Einzelfallforschung nicht länger als minderwertige Forschungsmethodik belächelt werden würden, sondern gleichrangig mit der naturwissenschaftlich objektivierenden, quantifizierenden Vorgehensweise einzuschätzen, wenn nicht sogar ihr übergeordnet wären.

Die Entmythologisierung und die „Entzauberung der Welt“ (Weber, 1919) wurden einst als Aufgabe des Wissenschaftlers deklariert. Das Realitätsprinzip sollte an die Stelle kindlicher Welterklärungstheorien treten, die sich durch die Projektion von magischen, anschauungsgebundenen, vorurteilsbehafteten, intuitiven, affekt- und körperbestimmten Sichtweisen charakterisieren lassen. Auch Freud war diesem Prinzip der wissenschaftlichen Aufklärung verpflichtet, und auch er erhoffte sich von der Wissenschaft Befreiung aus dem Joch der Unmündigkeit und kulturellen Fortschritt.

Am Ende dieses Jahrhunderts sind wir jedoch skeptisch geworden, ob das Ideal wissenschaftlicher Erkenntnis uns in der kulturellen Entwicklung tatsächlich weitergeholfen hat. Es ist bekannt, daß die Dialektik der wissenschaftlichen Aufklärung neue Mythologeme erzeugt hat. Zwar haben die Fortschritte der naturwissenschaftlichen Erkenntnis sicherlich viele technische Erleichterungen zur Folge gehabt, doch die negativen Auswirkungen der Technik aufgrund der Anwendung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse sind weltweit unübersehbar geworden. Der naturwissenschaftliche Fortschritt in unserem technischen Zeitalter hat auch nicht verhindern können, daß das 20. Jahrhundert zu einem Jahrhundert der Kriege, Massaker und Gewaltverbrechen wurde.

So sehen es heutzutage *kritische* Wissenschaftler nicht länger als ihre

Aufgabe an, die magisch-kindliche Welt mittels naturwissenschaftlicher Faktensuche zu entmythologisieren, sondern vielmehr das Ideal naturwissenschaftlicher Objektivität selbst zu entzaubern. Seitdem es solche Bestrebungen innerhalb der Naturwissenschaften gibt, mutet es – euphemistisch ausgedrückt – verwegener an, wenn Sozial- und Humanwissenschaftler einem mittlerweile veralteten naturwissenschaftlichen Ideal unreflektiert nachstreben.

Denn von vielen Humanwissenschaftlern offensichtlich unbemerkt, ist die naturwissenschaftliche Erkenntnistheorie in den zurückliegenden Jahrzehnten doch erheblich flexibler und offener als diejenige vieler Experimentalpsychologen. Da existiert die Newtonsche Mechanik Seite an Seite mit der Einsteinschen Relativitätstheorie, die Wellentheorie Seite an Seite mit der Quantentheorie, und in jüngster Zeit findet auch die Chaostheorie neben den eher kausal-linearen Erklärungsmodellen ihren Platz. Nur manche Psychologen und Sozialwissenschaftler haben eine sehr enge Vorstellung von kausaler Erklärung und Prognose und dazugehöriger objektiver Erkenntnis entwickelt.

Wie läßt es sich erklären, daß die positivistische Methodologie in der mainstream-Psychologie so sehr favorisiert wird? Liegt es an dem Prestige der Naturwissenschaften, das bei Sozial- und Humanwissenschaftlern dazu führt, ihre Wissenschaft wie Chemiker, Physiker oder Biologen betreiben zu wollen?

Aber können wir es – psychoanalytisch betrachtet – vom mangelnden Selbstwertgefühl dieser Wissenschaftler abhängig machen, daß die psychologische Forschungsthematik auf einen naturwissenschaftlichen Gegenstand reduziert wird? Ist es nicht eher ein trauriges Faktum, daß Universitäts-Psychologen es bislang offensichtlich versäumt haben, eine für ihren Gegenstand angemessene Forschungsmethodologie zu entwickeln? Und können wir es ernsthaft wollen, uns als psychoanalytische Forscher und Psychotherapeuten einem methodologischen Vorgehen zu verschreiben, das nicht unseres ist, nur aus Angst, falls man sich nicht dem Einheitspostulat unterwerfe, als Wissenschaftler nicht mehr ernst genommen zu werden?

Im Jahr 1913 schrieb der Psychoanalytiker Ernest Jones in einem Aufsatz mit dem Titel „Der Gottmensch-Komplex. Der Glaube, Gott zu sein, und die daraus folgenden Charaktermerkmale“:

„Wenn der Betreffende von Natur aus die Gabe besitzt, intuitiv die Seelen der anderen zu erkennen, also ein Menschenkenner ist, wird er davon in seinem Beruf Gebrauch machen, welcher immer es ist; ist er dafür nicht begabt, so neigt er dazu, berufsmäßiger Psychologe oder Psychiater zu werden oder wenigstens ein bedeutendes, abstraktes Interesse an dem Gegenstand zu nehmen. Dieser Wunsch, einen natürlichen Mangel zu kompensieren, gibt uns zweifellos eine der Erklärungen für die offenkundige Tatsache, daß Psychologen von Beruf so oft eine verblüffende Unkenntnis der menschlichen Psyche zeigen. Es erklärt ferner ihr konstantes Bemühen, ihrer Unfähigkeit durch Erfindung ‚objektiver‘ Methoden zum Studium der Psyche abzuweichen, die sie unabhängig von der Intuition machen sollen und ihr Widerstreben gegen solche Methoden wie die Psychoanalyse, die gerade die Intuition mit Bedacht kultivieren; die Flucht von Kurven und Statistiken, die die Wissenschaft der Psychologie zu ersticken droht, legt Zeugnis ab von der Notlage dieser Männer ... Je ungewöhnlicher die Methode, desto mehr zieht sie ihn an, da sie ihm das Gefühl gibt, einen Schlüssel zu besitzen, der nur dem Auserwählten zugänglich ist.“ (S. 9/10).

Und nahezu 80 Jahre später schreibt der Psychologie-Professor Klaus Ottomeyer in seinem Buch „Prinzip Neugier, Einführung in eine andere Sozialpsychologie“ (1992):

„Unsere akademische Psychologie, die es eigentlich besser wissen sollte, hat ... die Züge eines split brain-Patienten oder eines „Alexithymikers“, Gefühlsanalphabeten, noch perfektioniert. Die naturwissenschaftlich exakten, durchmathematisierten Studiengänge sozialisieren. In unserer psychologischen Landschaft kommt allerdings seit einigen Jahren auch eine Spezies vor, die ich als ‚gelernten Positivisten mit humanistischer Dauerkrise‘ bezeichne. Der Mangel wird gespürt, aber immer noch nach dem Muster einer Spaltung bewältigt. Man bewegt sich dann

neben den exakten und vorgezeichneten Bahnen in Bereichen wie Sufi-Mystik, Zen-Buddhismus oder der ‚echten Zwischenmenschlichkeit‘ von Gesprächstherapie oder Encounter-Gruppen.“ (S. 98 f).

Bleiben wir noch einen Moment bei einer psychoanalytisch orientierten Kritik der erkenntnistheoretischen Voraussetzungen der positivistischen Methodologie.

In den Wissenschaften des Altertums, des Mittelalters und der Renaissance wurde die Welt als eine organische Mutter gedacht, mit der die Erkenntniswesen in einer Austauschbeziehung standen. Die Erkenntnistheorie der Moderne und die Wissenschaften haben dieses Bild zerstört und es durch ein mechanisches Modell ersetzt, mit der Folge, daß ein angstmachendes Verlosterleben der Natur als Mutter eingesetzt hat und eine entsprechende Reaktionsbildung auf diese Angst, die in dem Descartschen Rationalismus ihren Ausdruck findet: „Die ‚große cartesische Angst‘, obwohl manifest nur in erkenntnistheoretischen Begriffen ausgedrückt, enthüllt sich selbst als Angst vor der Trennung vom organischen weiblichen Universum. Der cartesische Rationalismus ist dementsprechend eine defensive Antwort auf diese Trennungsangst ...“ (Bordo, 1987, S. 5).

Feministische Wissenschaftshistorikerinnen und -philosophinnen gehen von einem natürlichen Wissen aus, das wir alle einmal besessen haben, zumindest als Kinder, aber das dann verloren gegangen ist, vor allem bei Männern. Das sinnliche Wissen ermöglichte uns, im Einklang mit der Natur zu leben; aber es ist verdrängt worden von der in einer patriarchalischen Gesellschaft einzig akzeptierbaren Form des Wissens, dem abstrakten Denken. Das sinnliche Wissen ist ein Wissen „aus erster Hand“, das direkt und unmittelbar ist. Es ist ein Wissen, das wir zu Beginn unseres Lebens hatten und das dann mehr und mehr abhanden gekommen ist. Das Wissen des Kindes ist noch vermittelt durch seine Körperlichkeit, „durch das Fleisch, durch Gerüche und Berührungen, durch Tränen und Liebkosungen, durch den Klang einer Stimme, rhythmische Bewegungen und sexuelles Vergnügen. Das ist das Wissen über die große Macht, welche die Mutter über Leben und Tod hat.

Aber dieses Wissen bedroht das Ich, das die schreckliche Verwundbarkeit vergessen will, die wir gegenüber der Mutter und den Naturkräften haben. So verdrängen wir dieses primäre Wissen und konzentrieren uns auf Wissen aus ‚zweiter Hand‘, das auf Autoritäten, Symbolen und Abstraktionen basiert. Diese Art von Wissen erlaubt uns, die Illusion zu hegen, daß die Wirklichkeit vorhergesagt, kontrolliert, quantifiziert und besessen werden kann.“ (Griffin, 1981, S. 25).

Bei dieser Art des cartesischen, objektivistischen Erkennens muß man sich in Distanz zu seinem Gegenüber begeben; an die Stelle des fühlenden Umgangs treten die Fernsinne, das Wahrnehmen mit dem Auge und das Hören mit dem Ohr und der von Emotionen gereinigte Intellekt. Die „Gegenstände“ dieser Welt müssen mit Abstand betrachtet werden, damit das Erkennen als „objektiv“ gelten kann. Aber dieses übermäßige Abstandnehmen kann aus psychoanalytischer Sicht nur als Abwehrvorgang, als Verleugnung der sinnlichen Kraft und Ausstrahlung des zu erforschenden Sachverhalts, als Affektisolierung und als Intellektualisierung aufgefaßt werden. Die Kritik an der von Descartes grundgelegten Erkenntnisform der Moderne führt somit auch zu der Konsequenz, daß die Aufspaltung von sinnlichem und erotischem Erkennen einerseits und affektisoliertem und objektiviertem Erkennen andererseits rückgängig zu machen ist.

Wenn man das Descartesche Erkennen als männliche Flucht in die Objektivität und als Flucht vor der Weiblichkeit betrachtet, dann führt die Überwindung dieser Aufspaltung auch zu einer neuen Form des Erkennens, in der männliche und weibliche Anteile verbunden sind. Dann werden wir auch wieder zu einem Teil der Natur, die wir jetzt nur aus einer objektivierten und verfremdeten Perspektive wahrnehmen können.

Das führt uns nun unmittelbar zu der Frage, welche Wissenschaft bzw. welches Wissenschaftsverständnis die tiefenpsychologische Psychotherapie braucht.

Bedeutet die Kritik an der objektivistischen Psychologie, daß psychoanalytische und tiefenpsychologische Wissenschaftler aus den gesagten

Gründen nicht länger dem Ideal der objektiven Erkenntnis verpflichtet zu sein brauchen? Wenn dies nicht gilt, wenn wir uns sehr wohl einer wissenschaftlichen Norm verpflichtet fühlen, dann müssen wir uns natürlich mit der folgenden Frage auseinandersetzen:

Wie lassen sich Reliabilität und Validität – Zuverlässigkeit und Gültigkeit – auch in einer Wissenschaft sichern, die nicht nur aufgrund ihrer anwendungsbezogenen Perspektive, sondern vor allem aufgrund ihres Gegenstandsverständnisses, der Untersuchung unbewußter Kommunikations- und Interaktionsprozesse, in ganz spezifischer Weise damit konfrontiert ist, daß sie subjekt-, situations- und interaktionsbezogene Aussagen macht? Daß sie, mit anderen Worten, Daten erhebt, die nicht unabhängig vom erkennenden Subjekt sind, und immer nur für eine bestimmte Dyade, für eine bestimmte geschichtliche Situation und damit ohne Generalisierungsanspruch gelten?

Brauchen wir aus diesem Grund unsere Aussagen nicht zu validieren? Und wenn wir dies nicht tun, sind wir dann glaubwürdig? Können wir dann unser Vorgehen noch legitimieren? Worin unterscheiden wir uns von astrologischer Deutungskunst oder von anderen Formen therapeutischer Kunstlehre, die alle mit dem Anspruch auftreten, daß ihre Auffassung über die Verursachung einer seelischen Erkrankung und die therapeutischen Wege, die sie beschreiten, die allein zutreffenden sind? Wenn wir die Einstellung vertreten wollen, daß die psychoanalytische Krankheitslehre und Therapeutik den Menschen und seine seelischen Konflikte auf eine tiefgründigere und zutreffendere Weise begreifen können, als dies andere Disziplinen tun, müssen wir offensichtlich unsere Wissenschaft entsprechend den Kriterien, die die Gemeinschaft der Wissenschaftler für verbindlich erklärt, ausweisen. Damit sind wir aber wieder bei dem Problem der objektiven Erkenntnis angelangt. Welche Sicherungen können eingeführt werden, die verbürgen, daß unsere Erklärung seelischer Erkrankungen und die Wirksamkeit unserer therapeutischen Modalitäten zutreffend sind? Wie können wir die Gültigkeit unserer Aussagen sichern? Reicht

dazu ein szenisch vermitteltes tiefenhermeneutisches Evidenzgefühl aus, wie z.B. Alfred Lorenzer behauptet hat?

Es sind keine einfachen Fragen, die bei diesem Problem zu lösen sind, und ich denke, wir sind auch noch ein ganzes Stück davon entfernt, umfassende Antworten geben zu können. Aber wenn wir unser therapeutisches Tun als wissenschaftlich ausweisen wollen und die empirisch-behavioristische Methodologie als zu oberflächlich einschätzen, bleibt uns keine andere Alternative.

Ich möchte zumindest noch in Umrissen andeuten, wie ich mir die Erforschung der therapeutischen Veränderung vorstelle.

Patienten haben vor und während einer analytischen Behandlung bewußte und vorbewußte Vorstellungen von der Entstehung ihrer Krankheit und von dem, was sie heilen wird. Obwohl diese subjektspezifischen „Theorien“ immer auch von jeweils vorherrschenden Ideologien (z.B. Teufelsbesessenheit – Teufelsaustreibung; organische Verursachung – chemische Einwirkung seitens des Arztes) geprägt sind, weisen sie doch auch individuelle Ausgestaltungen auf (z.B. die psychische Störung ist auf den ausschweifenden Lebenswandel zurückzuführen – wenn der Betreffende folgsam den Anweisungen des Arztes bzw. Therapeuten nachkommt, wird er auf magische Weise wieder gesund).

Wenn eine naiv empiristische Position davon ausgeht, daß sie auf möglichst objektive Weise Ausprägungen von „Persönlichkeitseigenschaften“ feststellen kann, dann wird dabei übersehen, daß diese Gegebenheiten nicht unabhängig von der oben beschriebenen Laienätiologie und den Erwartungen an den Heilungsprozeß existieren, die wiederum als interaktionelles Phänomen einen Großteil der Aushandlungsprozesse zwischen Patient und seinem Analytiker während der Behandlung bestimmt haben. Wenn ein Patient z.B. davon ausgeht, daß seine Wünsche und Erwartungen umstandslos vom Analytiker befriedigt werden sollen, wird ihn dieser in zähem Ringen immer wieder damit konfrontieren, daß es der Patient selbst ist, der sich seine gefühlhaften Phantasien vergegenwärtigen und Scham, Trauer, Unlust und Schuld

auf sich nehmen muß. Ob und in welchem Umfang sich ein Patient nach vollendeter Therapie besser fühlt, hängt in nicht unerheblichem Ausmaß von den früheren Auffassungen über die Pathogenese und den therapeutischen Prozeß ab. Wenn ein Patient z.B. die Vorstellung hegt, daß es ihm so schlecht geht, weil sich seine Mitmenschen nicht genügend um ihn kümmern, und er zugleich die Phantasie hat, daß sich sein Therapeut nun endlich um ihn kümmern wird, weist er eine ziemlich große und z.T. auch wirklichkeitsverzerrende Erwartungshaltung auf; es liegt deshalb nahe, daß er seinen „Erfolg“ am Ende einer Therapie, selbst wenn er bis dahin viele Illusionen aufgeben konnte, als relativ bescheiden einschätzen wird. Anders hingegen ein Patient, der insgeheim davon ausging, daß er anderen zur Last fällt und glaubte, nur durch immense Arbeitsleistung seinen Therapeuten zufrieden stellen zu können. Diese Rolle der „Prozeßphantasie“ (vgl. Plassmann, 1986; Buchholz, 1993) hat mit anderen Worten eine relativierende Ankerfunktion. Sie bestimmt ganz wesentlich, was am Ende einer Therapie überhaupt als „Erfolg“ wahrgenommen werden kann und was nicht. Wie Buchholz (1993) aufgezeigt hat, ist die Beurteilung eines Therapieergebnisses aus der Sicht des Patienten nur mit Hilfe einer interpretativen Rekonstruktion seiner Prozeßphantasien zu gewinnen; diese können deshalb auch nicht unmittelbar wie quantitative Daten einem Interviewtext entnommen werden.

Ob eine Therapie dem Patienten aus dessen Sicht geholfen hat, ist deshalb nur patientenspezifisch als empirisch hermeneutische Einzelfallforschung genau bestimmbar. Ein auf die Schnelle applizierter Frage- oder Befundbogen ist der Einstellung einer Black-box-Ideologie oder eines bürokratischen Verwaltungs-Überblicks geschuldet, die sich mit dem Vorwand der angeblich notwendigen intersubjektiven Überprüfbarkeit über eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem, was einen Patienten wirklich interessiert und bewegt, hinwegmogelt. Der auf diese Weise vorgehende Psychotherapieforscher oder Katamnestiker, der sein Gegenüber wie ein naturwissenschaftliches Objekt behandelt, hat

dann zwar seine Pflicht getan und vielleicht sogar noch Meriten damit erworben, aber den Patienten hat er damit nur äußerst wenig verstanden.

Aber nicht nur die individuellen „Prozeßphantasien“, sondern auch der jeweils anders geartete Ausgangspunkt eines Patienten legen ein Einzelfallvorgehen mit jeweils individuellen Zielkriterien nahe. Jeder Patient kommt nur so weit, wie er kommt. Jeder Patient hat andere Durststrecken, in denen er den Eindruck hat, daß die Veränderungsarbeit nur äußerst mühselig und aufwendig ist, bis sich dann wieder die analytische Arbeit zu lohnen scheint. Was davon wird am Ende erinnert, was beschönigt oder bagatellisiert? Sollten in der katamnestischen Befragung auch derartige Wegmarken rückblickend identifiziert werden? Auf jeden Fall ist wohl nur eine individuelle Bewertung unter Einbeziehung von vielen „Moderatorvariablen“ sinnvoll. Die Veränderung in tieferen Persönlichkeitsbereichen kann dabei durchaus mit Veränderungen auf der Verhaltens- oder Symptomebene korrelieren; aber dem Analysanden wird im Rückblick auch eine Einschätzung darüber möglich sein, welche anfänglichen, sehr rasch eingetretenen Symptomerleichterungen auch auf spezielle Übertragungen zurückgingen oder auch, warum der Betreffende solange an einem Symptom festgehalten hat, obwohl die zugrundeliegenden Konflikte bereits in der Übertragung bearbeitet worden waren.

In welchem Ausmaß kann ein Patient nach einer gelungenen Therapie ein stärkeres Gefühl der Verantwortlichkeit für sein bisheriges Leben einnehmen; inwieweit wird ihm die Psychodynamik seiner inneren Welt zugänglich, so daß er sich selbst als intentionalen Akteur seiner neurotischen Symptome begreifen kann? Inwieweit kann er die Selbstentfremdung und die Verminderung der Lebendigkeit verringern, wenn er anfänglich z.B. ein psychosomatisches Symptom nicht mehr als von ihm selbst produziert, sondern als ein organisches Geschehen, das ohne sein Zutun abläuft, wahrnahm, gegen Ende der Therapie sein körperliches Symptom als etwas zu ihm Gehöriges begreifen kann, das im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen, re-

aler und phantasierter, auf eine ganz bestimmte Weise entstanden war.

Es braucht nicht noch einmal betont zu werden, daß dieser Prozeß der Aneignung von Verantwortlichkeit und der Rückeroberung von Lebendigkeit in der Interaktion von Patient und Therapeut geschieht und daß aus diesem Grund der Patient auch nur so weit kommt, wie der Analytiker selbst seine Theorien der Pathogenese, seinen persönlichen Mythos und seine Vorstellung von dem, was heilt, einer gründlichen Reflexion unterzieht.

Es ist auch deutlich geworden, daß das angemessene Forschungsinstrument für die Psychotherapieforschung nur die Einzelfallstudie sein kann, deren Befunde dann im Rahmen einer vergleichenden Kasuistik durchaus verallgemeinert werden können. Statt Objektivität der Erhebungssituation und der Befragung möglichst vieler Patienten, um mit Hilfe großer Fallzahlen die aufgrund des oberflächlichen Vorgehens auftretenden Fehler in ihrer Wirkung nivellieren zu können, brauchen wir dichte und tiefe Beschreibungen zunächst des phänomenologisch Vorfindbaren und, davon getrennt und in einem zweiten Schritt, unserer Vermutungen und Konstruktionen, die wir aber anhand unserer Eindrücke differenziert belegen sollten. Im Unterschied zu den Fallgeschichten herkömmlicher Provenienz sollten wir deshalb unsere Hintergrundannahmen sehr viel genauer explizieren, als wir dies in der Vergangenheit getan haben. Dazu ist auch noch sehr viel gedankliche Konzeptualisierungsarbeit notwendig. Wir dürfen ja auch nie vergessen, daß die Psychotherapie eine sehr junge Wissenschaft ist und daß man in ihr viel zu schnell etwas messen wollte, bevor man überhaupt begriffen hat, was denn nun und mit welchen Methoden überhaupt gemessen werden soll und kann. Gegen die Meßwut, gegen den empirischen Wissenschaftspurismus soll nun aber nicht die Verklärung der Intuition oder des Fühlens treten; ein derartiger Erfahrungsfundamentalismus stellt häufig eine Rationalisierung der eigenen Bequemlichkeit dar. Ich hoffe, klar gemacht zu haben, daß ich sehr wohl für Forschung in der Psychotherapie plädiere, aber für eine, die unserer Thematik eher gerecht wird. Daß diese schwieriger ist, anspruchs-

voller, auch aufwendiger, braucht nicht hinzugefügt zu werden.

Ich fasse zusammen: Bei dem Nachdenken darüber, welche Wissenschaft die psychoanalytische Psychotherapie braucht, wurde aufgezeigt, daß die herkömmlichen objektivierenden Verfahren der Mainstream-Psychologie nicht die alleinige Forschungsstrategie innerhalb der Psychotherapie darstellen dürfen. Denn ihre bewußtseinspsychologische Fundierung, ihre Pseudo-Objektivität, die Nichtberücksichtigung des kommunikativen Kontextes in der Erhebungssituation werden der tiefenpsychologischen Auffassung vom Menschen und seiner einmaligen, unverwechselbaren Lebenssituation nicht gerecht.

Aus diesem Grund sollte die Einzelfallstudie zur Beschreibung therapeutischer Verläufe als Forschungsinstrument eingesetzt werden (siehe hierzu z.B. Fischer, 1989; Leuzinger-Bohleber, 1995).

Als Psychotherapeuten sollten wir uns darüberhinaus vermehrt mit methodologischen Fragen beschäftigen und auseinandersetzen; in der psychoanalytischen Vorgehensweise wenden wir z.B. die Methoden der Beobachtung, der Introspektion, der stellvertretenden Introspektion, des szenischen Verstehens und der Rekonstruktion in einer methodentriangulierenden Weise an: Diese Methoden müssen aber noch genauer expliziert und vor allem hinsichtlich ihrer Fehlerquellen studiert werden, um mehr Sensibilität für die Grenzen der jeweiligen Methode zu erwerben (z.B. Haubl und Mertens, 1996a, b).

Wenn wir uns dem Bereich der Grundlagenforschung zuwenden, kommen Psychotherapeuten nicht darum herum, sich mit einschlägigen interdisziplinären Forschungen auseinanderzusetzen. Die Kleinkindforschung von Daniel Stern oder die Bindungsforschung von Ainsworth oder die Cognitive Science Forschung (z.B. Schneider, 1993), sind hierfür nur einige Beispiele. Dabei dürfen wir unseren spezifischen tiefenpsychologischen Ansatz niemals aus dem Auge verlieren: Konflikte sind ubiquitär, Verdrängungen geschehen allezeit, und die Auswirkungen des individuell und gesellschaftlich Unbewußten sind enorm. Gegen alltagsideologische und bewußtseinspsychologische Verflachungen muß stets der psycho-

analytische Anspruch aufrechterhalten werden; dennoch reicht aber für wissenschaftliche Zwecke die Couch als Forschungssetting doch nicht gänzlich aus; aus diesem Grund das Argument, sich auch für interdisziplinäre Befunde zu interessieren. Insgesamt betrachtet – so will es mir scheinen – erfordert dies alles einen ziemlichen Arbeitsaufwand, aber der Lohn dafür wäre, daß wir am Ende dieses Weges eine Methodologie entwickelt haben, die dem leidenden Menschen und seiner unverwechselbaren und einmaligen Lebensgeschichte doch am meisten gerecht wird. Und dieses Ziel, so meine ich, würde den Arbeitseinsatz lohnen.

Literatur

- Bordo S (1987) *The flight to objectivity. Essays on Cartesianism and culture.* State University of the New York Press, New York
- Buchholz MH (1993) Die Rolle der Prozeßphantasie in der stationären Psychotherapie. *J Psychologie* 1: 64–81
- Fischer G (1989) *Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Modell, Theorie und systematische Fallstudie.* Asanger, Heidelberg
- Groeben N (1991) Der (ethischen) Sinn generierende Organismus: ein legitimes Integrationsideal für die Konstituierung der Sozialwissenschaften?! *Ethik Sozialwissenschaften* 2: 41–46

- Griffin S (1981) Die Angst der Männer vor Frau und Natur: Sinnlich, gierig, grausam, tödlich. Ein Gespräch zwischen Sam Keen und der Philosophin Susan Griffin. *Psychologie heute* 8: 22–29
- Haubl R, Mertens W (1996a) *Der Psychoanalytiker als Archäologe. Methoden und Metaphern der Psychoanalyse.* Kohlhammer, Stuttgart
- Haubl R, Mertens W (1996b) *Der Psychoanalytiker als Detektiv. Methoden und Metaphern der Psychoanalyse.* Kohlhammer, Stuttgart
- Jones E (1913) „Der Gottmensch-Komplex“. *Der Glaube, Gott zu sein, und die daraus folgenden Charaktermerkmale.* *Int Z Psychoanal* 1 (wieder abgedruckt in *Psyche* [1958] 12: 1–17)
- Leuzinger-Bohleber M (1995) Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche* 49: 434–480
- Merchant C (1980). *The death of nature.* Harper & Row, San Francisco
- Plassmann R (1986) Prozeßphantasien: zur Technik der systemischen Einzeltherapie. *Familiendynamik* 11: 90–108
- Ottomeyer K (1992) *Prinzip Neugier, Einführung in eine andere Sozialpsychologie.* Asanger, Heidelberg
- Weber M (1919) *Wissenschaft als Beruf.* In: *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre.* Mohr, Tübingen, S 524–555

*Prof. Dr. Wolfgang Mertens
Institut für Psychologie
Klinische Psychologie
Ludwig-Maximilians-Universität
Leopoldstraße 13, D-80802 München
Bundesrepublik Deutschland*

H. Schneider

Forschung durch praktisch tätige PsychotherapeutInnen: Wie anpacken?

Wie kann die Psychotherapie die neuen Aufgaben bewältigen, vor die sie sich durch die tiefgreifenden Veränderungen gestellt sieht, die sich im Gesundheitswesen vollziehen? Die folgenden Überlegungen gehen von der Überzeugung aus, dass adäquate Lösungen für die anstehenden Probleme nur gefunden werden können, wenn es gelingt, einen Forschungsprozess in Gang zu setzen, in den die einzelnen praktisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihr Wissen und ihre Erfahrung einbringen.

Diese Überzeugung möchte ich mit zwei Argumenten begründen. Für das eine Argument beziehe ich mich auf

Theorien selbstorganisierender Prozesse, wie sie von Haken (1986, 1992) und Prigogine (Prigogine und Stengers, 1979, 1988) entwickelt wurden, und auf die wissenschaftstheoretischen Beiträge von Isabelle Stengers, der langjährigen Mitarbeiterin und Koautorin von Prigogine (Stengers, 1987, 1991; Chertok und Stengers, 1989). Die Beschäftigung mit diesen „Theorien der Komplexität“ (Stewart, 1993) macht deutlich, dass sich die herkömmliche Methodologie der empirischen Psychologie nicht sinnvoll auf *Prozesse des Werdens* anwenden lässt, wie sie für die überwiegende Anzahl der Psychotherapien kennzeichnend sind (Schneider et al., im

Druck). Das erste Argument für eine Forschung durch praktisch tätige Psychotherapeuten ist also, dass diese sich in ihrer praktischen Tätigkeit nur in ganz beschränktem Mass auf wissenschaftliche Modelle der heutigen empirischen Psychologie stützen können (wie dies z.B. Lazarus [1993, S. 677] befürwortet).

Das zweite Argument geht aus der *Psychologie der Praxis* hervor, wie sie Polkinghorne (1992) vertritt. In einem Artikel von 1992 schreibt Polkinghorne: „Die modernistische Auffassung, dass Praktiker der Psychologie Anwender sind von Forschungsergebnissen, ist keine zutreffende Beschreibung der tatsächlichen Praxis. Praktiker haben ein eigenes System der Erzeugung von Wissen entwickelt, das auf dem direkten Umgang mit Klienten aufbaut. [...] Es gibt jetzt zwei Wissenschaften der Psychologie: die modernistische Wissenschaft, die hauptsächlich von akademischen Forschern betrieben wird, und die Wissenschaft der Praxis, die in erster Linie von praktisch tätigen Psychologen betrieben wird“ (Polkinghorne, 1992, S. 154 f).

Ein neuer Lösungsansatz für die Probleme der Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie und der Qualitätssicherung

Um konkret werden zu können, möchte ich die Diskussion auf die Situation in der Schweiz beziehen. In einer Volksabstimmung wurde kürzlich ein neues Krankenversicherungsgesetz (KVG) gutgeheissen, das auf 1. Januar 1996 in Kraft treten wird. Dieses Gesetz enthält u.a. Bestimmungen zur *Wirtschaftlichkeit der Leistungen* und zur *Qualitätssicherung*. Für die Psychotherapie entsteht dadurch ein hoher Bedarf an Problemlösungen, dem bisher nur eine geringe Anzahl von Lösungsvorschlägen gegenübersteht (z.B. Grawe und Braun, 1994; Grawe et al., 1994; Perrez, 1994); diese können dadurch gekennzeichnet werden, dass sie versuchen, Ergebnisse der bisherigen Psychotherapieforschung unvermittelt auf die neue Situation anzuwenden.

Auf der Grundlage der erwähnten epistemologischen Argumente für eine „Forschung durch praktisch tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ möchte ich einen

grundsätzlich neuen Lösungsansatz skizzieren. Das Vorgehen ist ähnlich wie im Bereich der Architektur bei einem schwierigen Projekt: Ausgehend von einer allgemeinen Formulierung der *Zielsetzung* und einer Spezifikation der zu diesem Zeitpunkt erkennbaren *Randbedingungen* werden – in einer ersten Phase – *Lösungskonzepte* erarbeitet, von denen später eines ausgewählt, verfeinert und schliesslich realisiert wird. In unserem Fall besteht die Zielsetzung darin, für die Durchführung von Psychotherapien in der Schweiz ein *Konzept* zu entwickeln, das – unter anderen – den erwähnten durch das neue KVG gesetzten Randbedingungen entspricht, nämlich *Wirtschaftlichkeit der Leistungen* (Art. 56) und *Qualitätssicherung* (Art. 58).

Fehlende Grundlagen für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie

Ich gehe absichtlich von dieser allgemeinen Formulierung aus, die vom Gesetzgeber für das Gesundheitswesen als Ganzes gedacht ist, um deutlich zu machen, wieviel Denkarbeit – und zusätzliche Forschung – notwendig ist, um diese Vorgaben sinnvoll auf den Bereich der Psychotherapie zu beziehen. Die Beurteilung der *Wirtschaftlichkeit einer Psychotherapie* – um damit zu beginnen – setzt ein gesundheitsökonomisches Instrumentarium voraus, das heute erst zu einem kleinen Teil entwickelt ist (vgl. Krupnick und Pincus, 1992). Die Gesundheitsökonomie vergleicht Kosten und Nutzen einer Behandlung. Dabei ist es u.a. wichtig, nicht nur die direkten Kosten einer Behandlung in die Betrachtung einzubeziehen, sondern z.B. auch die Kosten zukünftiger Leistungen, die falsch diagnostizierte oder ungenügend therapierte Fälle in Anspruch nehmen (vgl. Newman et al., 1994; Müller und Braun, 1994).

In dieser unstrukturierten Situation mag es naheliegend erscheinen, auf Ergebnisse der bisherigen Psychotherapieforschung zurückzugreifen, um Fragen im Bereich der Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie zu klären. Dieser Lösungsansatz ist jedoch aus mindestens folgenden drei Gründen fragwürdig:

1. In Untersuchungen, die die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsformen miteinander vergleichen, werden nur Patienten mit der Diagnose einer spezifischen *einzelnen* Störung – z.B. Depression – aufgenommen. Solche Patienten stellen in der täglichen Praxis jedoch eher eine Ausnahme dar; viel häufiger ist, dass Patienten unter *mehreren* Störungen und Problemen leiden (Persons, 1991; Wolfe, 1994).
2. In den für Vergleichsuntersuchungen bisher verwendeten Designs muss auch die Variable „Behandlung“ konstant gehalten werden. Dies wird durch die sogenannte „Manualisierung“ zu erreichen versucht, d.h. die beteiligten Therapeuten werden anhand eines Therapie-Manuals trainiert, und das Befolgen des Manuals wird (z.B. anhand von Videoaufzeichnungen) kontrolliert. Es gibt jedoch Hinweise, dass diese Art der Kontrolle die Wirksamkeit „prozessualer“ oder „entwicklungsorientierter“ (Bastine, 1992) Verfahren senkt, weil sie das flexible Eingehen auf den jeweiligen Patienten erschwert (Henry et al., 1993).
3. Die Störungen, die in die Vergleichsuntersuchungen einbezogen wurden, sind nicht repräsentativ für die in der täglichen Praxis behandelten Störungen. Genauer ausgedrückt, sind Aussagen über die Repräsentativität kaum möglich, weil entsprechende epidemiologische Daten weitgehend fehlen (Schepank, 1994). Es ist also anzunehmen, dass für ein breites Spektrum von in der ambulanten Praxis behandelten Störungsbildern gar keine Ergebnis-Untersuchungen verfügbar sind.

Anzufügen bleibt, dass die Bilanz dieser Vergleichsuntersuchungen sogar in der Sichtweise prominenter Vertreter der Psychotherapieforschung bescheiden ausfällt. Lambert und Bergin (1994, S. 181) halten in der neuesten Auflage des *Handbook of psychotherapy and behavior change* zusammenfassend fest, dass „Unterschiede bezüglich des Ergebnisses zwischen verschiedenen Psychotherapieformen nicht so ausgeprägt sind, wie hätte erwartet werden können. Verhaltenstherapie, kognitive Thera-

pie und eklektische Mischungen davon haben in mehreren Studien über spezifische Störungen bessere Ergebnisse gezeigt als traditionelle verbale Therapien, aber das ist keineswegs der allgemeine Fall“ (als Beispiele werden Panik, Phobien und Zwangsstörungen aufgeführt).

Bei näherer Betrachtung muss es deshalb als gewagt bezeichnet werden, Entscheidungen im Bereich der Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie auf Ergebnisse der bisherigen Psychotherapieforschung abzustützen (s. auch Elliott et al., 1993, S. 474 f). Die Schlussfolgerung, die sich aus diesen Überlegungen ergibt, ist vielmehr: *Was Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie im einzelnen bedeutet, muss in den nächsten Jahren von Grund auf neu erarbeitet – und in der Öffentlichkeit diskutiert – werden.* Dafür ist es notwendig, neuartige Untersuchungen des Verlaufs von Psychotherapien durchzuführen, in deren Planung die praktisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihr Wissen und ihre Erfahrung einbringen (vgl. Hiatt und Goldman, 1994).

Das gilt schon für die Frage, wie Veränderungen auf Grund von Psychotherapien im Rahmen von Vorher-/Nachher-Untersuchungen überhaupt erfasst werden sollen: „Ganz gewiss steckt das Feld der Erfassung von Prozess und Ergebnis noch in den Kinderschuhen“, lautet das Fazit von Lambert und Hill (1994, S. 106). Insbesondere für die Untersuchung des Ergebnisses länger dauernder Psychotherapien fehlen Erfassungsinstrumente bisher weitgehend (Manz et al., 1995, S. 59). Für das Ausarbeiten geeigneter neuer Erfassungsinstrumente könnte auf das Wissen zurückgegriffen werden, das praktisch tätige PsychotherapeutInnen darüber haben, wann sich eine Psychotherapie ihrem Abschluss nähert (Helmut Thomä, Diskussionsbeitrag, *Stuttgart-Kolleg „Dose-effect relations in psychotherapy“*, 27. 6. 94). In einer Vorher/Nachher-Untersuchung sollte der Zustand des Patienten jedoch nicht nur mit solchen standardisierten Instrumenten erfasst, sondern auch in Begriffen des Modells der jeweiligen *psychotherapeutischen Orientierung* beschrieben werden (Persons, 1991; vgl. Schulte, 1993), um die Rückübersetzbarkeit der Un-

tersuchungsergebnisse in die Praxis zu gewährleisten.

Qualitätsmanagement durch Prozessforschung

Für meine Überlegungen zum *Qualitätsmanagement* beziehe ich mich in erster Linie auf die Erfahrung in einer Forschungsgruppe mit Markus Fäh und Rosmarie Barwinski; wir arbeiten seit fünf Jahren zusammen mit der Zielsetzung, Prozesse der Veränderung in Psychoanalysen nachzuzeichnen (Schneider et al., 1993, 1994, 1995). Im Augenblick entwickeln wir diesen Forschungsansatz weiter im Hinblick auf das Qualitätsmanagement. Bei diesem „Qualitätsmanagement durch Prozessforschung“ geht es darum, einerseits die Qualität der einzelnen Psychotherapie zu fördern und andererseits zur Weiterentwicklung des psychotherapeutischen Wissens beizutragen.

Unser Forschungsansatz baut u.a. auf das *Significant Event Paradigm* (Rice und Greenberg, 1984; Greenberg et al., 1993) auf, das dadurch gekennzeichnet ist, dass einzelne Episoden aus dem psychotherapeutischen Prozess intensiv untersucht werden, z.B. das Umgehen mit einer Schwierigkeit in der therapeutischen Beziehung (Safran et al., 1990) oder das Arbeiten an einer Reaktion, die der Klientin an ihr selbst als problematisch auffällt (Rice und Saperia, 1984). Die Untersuchung solcher Sequenzen beginnt damit, dass ausgehend vom intuitiven Wissen ein vorläufiges theoretisches Modell entwickelt wird, das einzelne Schritte des Prozesses der Veränderung beschreibt; diese Beschreibung wird anschliessend in einem Hin und Her zwischen Modell und Material (z.B. Transkripten oder Videoaufzeichnungen) verfeinert, u.a. indem produktive und unproduktive Sequenzen verglichen werden. Als wesentliches Element dieses Forschungsansatzes erwähnen Safran et al. (1988, S. 12) die aktive Beteiligung der Therapeuten und Therapeutinnen am Forschungsprozess: „[...] diese Art des differenzierten Verstehens des Veränderungsprozesses, das aus dieser Forschung hervorgehen kann, kann eine wichtige Rolle spielen bei der langfristigen Entwicklung der Psychotherapie als Wissenschaft. Ebenso

wichtig jedoch ist der unmittelbare Gewinn für den Kliniker, der aktiv am Forschungsprozess teilnimmt.“

Ein weiterer vielversprechender Ansatz für das Qualitätsmanagement durch Prozessforschung wurde durch Bänninger-Huber (1992, 1995) entwickelt. Sie untersucht Prozesse des affektiven und verbalen Austauschs in dyadischen Interaktionen auf einer erst durch die Videotechnik zugänglich gewordenen „mikroanalytischen“ Auflösungsebene. In Psychotherapien lassen sich beispielsweise wenige Sekunden dauernde Mikrosequenzen identifizieren, die die Funktion haben, eine Störung in der affektiven Regulierung des Patienten aufzufangen und es ihm dadurch zu ermöglichen, sich einem belastenden Thema wieder zuzuwenden.

Der Forschungsansatz, den Rosmarie Barwinski, Markus Fäh und ich ausgearbeitet haben, ist dadurch gekennzeichnet, dass wir theoretische Modelle aus Theorien selbstorganisierender Prozesse (Haken, 1986, 1992; Prigogine und Stengers, 1979, 1988) zu „Prozessmustern“ aufbereiten, die wir als konzeptuelle Raster benutzen, um ausgewählte Ausschnitte aus einer Psychotherapie zu untersuchen. Ein solcher Raster wird durch die einzelnen Aspekte des Prozessmusters gebildet: im Falle des aus dem Bénard-Phänomen abstrahierten Prozessmusters (s. Schneider et al., im Druck) legen Konzepte wie „Symmetriebrechung“ und „Sensibilität für Randbedingungen“ nahe, auf entsprechende Aspekte des psychotherapeutischen Geschehens besonders zu achten. Diese (und weitere) Konzepte bezeichnen die Felder eines „Formulars“ – technisch ausgedrückt: die *slots* eines *frame* (s. Minsky, 1990, S. 245): in diese Felder werden Beschreibungen des untersuchten Ausschnitts unter dem jeweiligen theoretischen Aspekt eingetragen. Das Hin- und Herpendeln zwischen Prozessmuster und Material ermöglicht ein zunehmend differenzierteres Aufschlüsseln des psychotherapeutischen Geschehens im Hinblick darauf, wie sich eine Veränderung in der Zeit vollzieht.

Interessant an diesen Prozessmustern ist zusätzlich, dass sie nicht spezifisch sind für eine bestimmte therapeutische Orientierung: Auf der Grundlage dieser Denkinstrumente

aus dem Bereich der Theorien selbstorganisierender Prozesse könnte sich also eine neue schulenübergreifende Diskussion entwickeln. In unserem aktuellen Projekt (Schneider et al., 1995) zeichnen wir z.B. nach, wie sich ein Objektbeziehungsmuster eines Patienten in einer Psychoanalyse über einen Zeitraum von dreieinhalb Monaten nach und nach verändert. Als konzeptuelle Grundlage benutzen wir die Metapher der epigenetischen Landschaft (s. Waddington, 1974), die in ähnlicher Form auch von anderen Forschungsgruppen (z.B. Schiepek et al., 1992) verwendet wird.

Dienstleistungen als Voraussetzung für das Entstehen einer neuen Forschungskultur

Was braucht es an Dienstleistungen, damit eine Forschungskultur der praktisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entstehen kann? Wie können Psychotherapeuten ihr Wissen auf Grund ihrer Erfahrung *selbst* weiterentwickeln? Welche „Infrastruktur“ benötigen sie dazu? – Zur Finanzierung bemerke ich nur, dass ich davon ausgehe, dass die Kosten für Forschung und Qualitätsmanagement in der Psychotherapie wie im übrigen Gesundheitswesen als Bestandteil der Kosten der jeweiligen Leistung betrachtet werden: im Preis für ein Medikament z.B. ist der Aufwand für die Forschung jeweils mit-enthalten.

Anhand von drei Beispielen möchte ich illustrieren, durch welche Dienstleistungen die entstehende Forschungskultur unterstützt werden kann.

1. Gewährleisten einer erhöhten Zugänglichkeit zu Untersuchungsansätzen und Ergebnissen der Psychotherapieforschung durch eine *kommunikative Vernetzung forschender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*.
2. Entwickeln und Bereitstellen von *computergestützten Dokumentationssystemen* für das Aufarbeiten von Ausschnitten aus Psychotherapien – z.B. anhand von Prozessmustern – im Rahmen des Qualitätsmanagements durch Prozessforschung (s. Schneider, 1989).
3. Unterstützen des Aufarbeitens, Systematisierens und Zugänglichma-

chens von Wissen durch entsprechend aufgebaute *Datenbanken* – Stichwort: Wissensmanagement (s. Mühlmann, 1995). Ich denke z.B. an Wissen bezüglich produktiver *matches* (vgl. Kantrowitz, 1995), d.h. des günstigen Zusammenfindens von Patienten und Therapeuten (vgl. Robert-Tissot, 1995): Nehmen wir einmal an, es wäre möglich, das Wissen nutzbar zu machen, das jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut hat, mit welchen Patienten sie gut arbeiten können: es scheint denkbar, dass allein schon durch das Einsetzen dieses Wissens die Kosten der Krankenkassen für Psychotherapie – um 2–3%? – vermindert werden könnten, indem es z.B. weniger Therapieabbrüche gäbe.

Bei diesen Dienstleistungen geht es grundsätzlich darum, praktisch tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Lage zu versetzen, Erfahrungen strukturiert aufzuarbeiten und ihr Wissen mit anderen forschenden Psychotherapeuten auszutauschen. Ich könnte mir vorstellen, dass auf diese Weise nach und nach eine neue „Forschungsszene“ entsteht, die durch die Interessen der praktisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten getragen wird.

Auch unter dem Zeitdruck des unmittelbar bevorstehenden Inkrafttretens des neuen Krankenversicherungsgesetzes halte ich es für unabdingbar, eine sorgfältige Analyse der Problemsituation durchzuführen, bevor naheliegende Lösungsvorschläge implementiert werden. Nur auf diese Weise können für die anstehenden, sehr schwierigen Problemstellungen zukunftsweisende Lösungen entwickelt werden.

Dank

Für ihre Kommentare zu früheren Versionen dieses Texts möchte ich Katharina Weber herzlich danken.

Literatur

Bänninger-Huber E (1992) Prototypical affective microsequences in psychotherapeutic interaction. *Psychotherapy Res* 2: 291–306
 Bänninger-Huber E (1995) Die Untersuchung von Schuldgefühlen in der psy-

chotherapeutischen Interaktion. Eine mimische Mikroanalyse. In: Koch G (Hrsg) *Auge und Affekt. Wahrnehmung und Interaktion*. Fischer, Frankfurt/Main, S 39–56
 Bastine R (1992) Differentielle Psychotherapie in der Entwicklung – einige Bemerkungen zu dem Artikel von Klaus Grawe. *Psychologische Rundschau* 43: 171–173
 Chertok L, Stengers I (1989) *Le coeur et la raison. L'hypnose en question, de Lavoisier à Lacan*. Payot, Paris
 Chertok L, Stengers I (1992) A critique of psychoanalytic reason. Hypnosis as a scientific problem from Lavoisier to Lacan. Stanford University Press, Stanford
 Elliott R, Stiles WB, Shapiro DA (1993) Are some psychotherapies more equivalent than others? In: Giles ThR (ed) *Handbook of effective psychotherapy*. Plenum, New York, pp 455–479
 Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Z Klin Psychol Forschung Praxis* 23: 242–267
 Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
 Greenberg LS, Rice LN, Elliott R (1993) *Facilitating emotional change. The moment-by-moment process*. Guilford, New York
 Haken H (1986) *Erfolgsgeheimnisse der Natur. Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken*. Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart
 Haken H (1992) *Synergetics in psychology*. In: Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (eds) *Self-organization and clinical psychology. Empirical approaches to synergetics in psychology* (Springer series in synergetics, vol 58). Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 32–54
 Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder JL (1993) Effects of training in time-limited psychotherapy: changes in therapist behavior. *J Consult Clin Psychol* 61: 434–440
 Hiatt H, Goldman L (1994) Making medicine more scientific. *Nature* 371: 100
 Kantrowitz JL (1995) The beneficial aspects of the patient-analyst match. *Int J Psychoanal* 76: 299–313
 Krupnick JL, Pincus HA (1992) The cost-effectiveness of psychotherapy: a plan for research. *Am J Psychiatry* 149: 1295–1305
 Lambert MJ, Bergin AE (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, pp 143–189
 Lambert MJ, Hill CE (1994) Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, pp 72–113

- Lazarus AA (1993) Theory, subjectivity and bias: can there be a future? *Psychotherapy* 30: 674–677
- Manz R, Henningsen Ch, Rudolf G (1995) Methodische und statistische Aspekte der Therapieevaluation am Beispiel der Berliner Psychotherapiestudie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 45: 52–59
- Minsky M (1990) *Mentopolis*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Mühlemann S (1995) Das verschüttete Kapital (Spezial/Wissensmanagement). *Bilanz* 1: 76–80
- Müller K, Braun E (1994) Psychosomatisch Kranke invalidisieren? *Neue Zürcher Zeitung* 294: 15
- Newman FL, Chow H, Angeletti M (1994) Estimating the costs of mental illness and estimating the costs of a therapeutic intervention. Paper presented at the Stuttgart-Kolleg „Dose-effect relations in psychotherapy“. Stuttgart, June 25–26, 1994
- Perrez M (1994) Kosten und Nutzen in der Psychotherapie. Wahl von Heilverfahren und Methoden ihrer Beurteilung. *Neue Zürcher Zeitung* 295: 89
- Persons JB (1991) Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy. *Am Psychologist* 46: 99–106
- Polkinghorne DE (1992) Postmodern epistemology of practice. In: Kvale S (ed) *Psychology and postmodernism*. Sage, London, pp 146–165
- Prigogine I, Stengers I (1979) *La nouvelle alliance. Métamorphose de la science*. Gallimard, Paris
- Prigogine I, Stengers I (1986) *Dialog mit der Natur. Neue Wege naturwissenschaftlichen Denkens*. Piper, München
- Prigogine I, Stengers I (1988) *Entre le temps et l'éternité*. Fayard, Paris
- Prigogine I, Stengers I (1993) *Das Paradox der Zeit. Zeit, Chaos und Quanten*. Piper, München
- Rice LN, Greenberg LS (eds) (1984) *Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process*. Guilford, New York
- Rice LN, Saperia EP (1984) Task analysis of the resolution of problematic reactions. In: Rice LN, Greenberg LS (eds) *Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process*. Guilford, New York, pp 29–66
- Robert-Tissot Ch (1995) Quel traitement, pour quel patient, par quel thérapeute? *L'efficacité des psychothérapies. Psychoscope* 16 (mai): 4–7
- Safran JD, Crocker P, McMains S, Murray P (1990) Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy* 27: 154
- Safran JD, Greenberg LS, Rice, LN (1988) Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process. *Psychotherapy* 25: 1–17
- Schepank H (1994) Die Versorgung psychogen Kranker aus epidemiologischer Sicht. *Spezialisierung oder Generalisierung? Psychotherapeut* 39: 220–229
- Schiepek G, Fricke B, Kaimer P (1992) Synergetics of psychotherapy. In: Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (eds) *Self-organization and clinical psychology. Empirical approaches to synergetics in psychology*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 239–267
- Schneider H (1989) Models, tools, procedures ... What they may mean to the practising psychotherapist. Paper presented at the 3rd European Conference of the Society for Psychotherapy Research. Berne, Switzerland, September 5–9, 1989
- Schneider H, Barwinski R, Fäh M (1995) Wie können Prozesse der Veränderung in Psychoanalysen nachgezeichnet werden? Referat an der 18. Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse „Sprache, Interaktion, Veränderung: Prozesse praxisnah untersuchen“, Ulm, 16. und 17. Juni 1995
- Schneider H, Barwinski R, Fäh M (im Druck) How does a psychoanalyst arrive at a judgment on what is going on between herself and her patient? A study based on theories of self-organizing processes. In: Boothe B, Hirsig R, Helminger A, Meier B, Volkart R (eds) *Perception – evaluation – interpretation. Swiss monographs in psychology*, vol 3. Huber, Bern
- Schneider H, Fäh M, Barwinski R (1993) Überlegungen zu einer Vorgehensweise für das Untersuchen langfristiger Prozesse der Veränderung in Psychotherapien. Referat an der 3. Herbstakademie „Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie. Empirische Zugänge zu einer psychologischen Synergetik“. Sozialpsychiatrische Universitätsklinik Bern, 4.–8. Oktober 1993
- Schneider H, Fäh M, Barwinski R (1994) Die Potentiallandschaft als Denkwerkzeug für Untersuchungen des psychotherapeutischen Prozesses. Referat an der 4. Herbstakademie „Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie“, Münster, 4.–7. Oktober 1994
- Schneider H, Fäh M, Barwinski R (1995) „Denkwerkzeuge“ für das Nachzeichnen langfristiger Prozesse der Veränderung in Psychoanalysen. In: Schiepek G, Tschacher W (Hrsg) *Synergetik in Psychologie und Psychiatrie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo (im Druck)
- Schulte D (1993) Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Z Klin Psychol* 22: 374–393
- Stengers I (1987) Complexité. Effet de mode ou problème? In: Stengers I (ed) *D'une science à l'autre. Des concepts nomades*. Seuil, Paris, pp 331–351
- Stengers I (1991) *Une science au féminin? [Avant-propos de L'intuition du vivant. La vie et l'oeuvre de Barbara McClintock, par Evelyn Fox Keller. Editions Tierce, Paris, 1988]*. In: Stengers I, Schlanger J (eds) *Les concepts scientifiques*. Gallimard, Paris, pp 173–187
- Stewart I (1993) Nature's semantics [Review of „Complexity: the emerging science at the edge of order and chaos“, and „Complexity: Life at the edge of chaos“]. *Nature* 361: 507
- Waddington CH (1974) A catastrophe theory of evolution. In: Waddington CH (ed) *The evolution of an evolutionist*. Edinburgh University Press, Edinburgh, pp 253–266
- Wolfe BE (1994) Comment: adapting psychotherapy outcome research to clinical reality. *J Psychother Integration* 4: 160–166

Henri Schneider, Dr. phil., war bis 1990 Oberassistent an der Abteilung Klinische Psychologie der Universität Zürich. Er entwickelt einen theoretischen Bezugsrahmen für die Untersuchung langfristiger Prozesse der Veränderung in Psychoanalysen und ist als Berater im Bereich der Psychotherapieforschung tätig.

*Dr. Henri Schneider
Goldauerstrasse 42
CH-8006 Zürich, Schweiz*

Une nouvelle culture de la recherche en psychothérapie

Nous avons déjà publié dans notre dernier numéro deux des quatre contributions présentées à la 5e conférence annuelle de l'Association Européenne de Psychothérapie (AEP/IEAP) qui s'est tenue du 23 au 25 juin 1995 à Zurich. Ces premiers textes traitaient de questions liées au cadre politique dans lequel se situent notre profession et sa démarche scientifique. Comme nous l'avions annoncé, les deux contributions ci-dessous se réfèrent plus directement aux aspects scientifiques de la recherche en psychothérapie.

W. Mertens

De quelle recherche la psychothérapie a-t-elle besoin?

1. Partout dans le monde, les psychothérapeutes se voient aujourd'hui contraints de soumettre leurs méthodes et leurs résultats à une analyse et à une évaluation critiques. Il s'agit d'étudier en priorité les effets des divers traitements, en vue de dégager d'un enchevêtrement de différentes écoles auquel le non-spécialiste n'a que difficilement accès une sorte de classement des mesures thérapeutiques qui se sont révélées les plus efficaces, sur le plan empirique, pour traiter des troubles spécifiques.

Je ne vous apprendrais certainement rien de nouveau si je constate que c'est avant tout la thérapie cognitive du comportement qui peut être abordée par une approche scientifique de type empirico-expérimental. Ce genre d'approche met l'accent sur des indicateurs objectifs, aptes à être rendus opérationnels et contrôlés sur un plan intersubjectif, ainsi que sur l'utilisation de procédures de test standardisées et sur la représentation graphique des résultats. Les données acquises de la sorte sont en rapport avec le comportement verbal de l'enquêté ou du patient; il faut que la fiabilité et la validité des instruments utilisés soient relativement bien garanties.

Il suffit de jeter un coup d'oeil aux revues professionnelles ('Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse' ou 'Psychoanalytic Psychology', par exemple), pour s'apercevoir que la psychothérapie d'orientation psychanalytique applique également depuis des années les

procédures d'une psychologie empirique et nomothétique.

Mais il est également de fait que depuis des années cette méthodologie – que, pour simplifier, je qualifierai ci-dessous soit de 'empirico-positiviste' soit de 'quantitative' – provoque un certain malaise. Et ce malaise se transforme en colère dès l'instant que des chercheurs en psychothérapie, s'adaptant aux tendances centrales de la psychologie universitaire actuelle, déclarent soudain que les procédures empirico-positivistes sont les seules valables. C'est cette exigence d'une recherche 'unifiée' – dans le sens où une même méthodologie est appliquée à l'étude de l'homme et à la recherche en sciences naturelles – que j'analyse ci-dessous d'un point de vue critique.

Je considère qu'une critique fondée est absolument indispensable, même si elle requiert un certain courage puisque chacun de nous tend à s'identifier aux exigences du surmoi et à accepter l'agresseur positiviste par simple crainte. Ce n'est qu'une fois que nous nous serons libérés psychiquement des notions que les résultats de notre travail doivent être mesurés aux standards abstraits de l'intersubjectivité, qu'ils doivent être vérifiables et réitérables en tout temps, donc une fois que nous aurons cessé de nous soumettre à l'idéal d'une science unique sans rapport avec ce que nous faisons, que nous serons en mesure de justifier le fait que nous pratiquons des procédures spécifiques. C'est aussi à partir de ce moment-là que nous pourrions nous

consacrer à la question de savoir quels sont les aspects et critères de qualité dont nous devons tenir compte si nous pratiquons une approche de type empirico-herméneutique ou, du moins, si nous l'appliquons au moins aussi souvent que des procédures empirico-positivistes.

Il semble de toute façon curieux qu'une discipline ayant pour contenu la subjectivité humaine accepte que l'approche de cette subjectivité ne puisse se faire que sur une seule base empirique. Si cela était le cas, il suffirait de mettre dans le même sac toutes les théories psychothérapeutiques – thérapies du comportement, cognitive, corporelle, psychologie des profondeurs, par exemple –, celui de leur utilité empiriquement démontrée dans le cadre d'une méthodologie de recherche de type positiviste.

Pourtant, nous ne cherchons pas du tout à clarifier la manière dont la psychanalyse aborde le sujet dans le but de suggérer qu'il faut qu'un patient apprenne aussi rapidement que possible à éliminer son symptôme ou à maîtriser un problème donné. Il s'agit au contraire de concevoir le symptôme comme l'expression inconsciente de la démarche que le patient a entreprise pour mieux vivre avec des peurs insupportables et avec des sentiments de honte ou de culpabilité, réussissant ainsi à ne pas être trop malheureux et à satisfaire quelques-unes de ses pulsions. Au moment de comprendre son propre devenir de manière plus différenciée et plus complète, le patient doit apprendre à renoncer aux gratifications et succès immédiats. En effet, la démarche au cours de laquelle il s'affronte aux côtés effrayants de sa propre identité, à des aspects peu flatteurs et peu réconfortants, constitue un processus pénible.

Il n'est pas toujours facile de décider si un patient peut et veut s'affronter à lui-même, travailler pour mettre en lumière ses conflits; il s'agit du difficile thème de la capacité à faire une analyse. Jusqu'à quel point un patient donné pourra-t-il travailler, dans le contexte du transfert, sur ce dont il ne se souvient pas? Va-t-il accepter de participer à l'interprétation de ses scénarios inconscients ou cet aspect représente-t-il pour lui une trop forte torture psychique? Le patient peut vouloir renoncer à ses

symptômes, mais d'un point de vue psychanalytique il faudra encore lui faire comprendre que cela ne sera possible que s'il s'affronte à ses conflits inconscients. Il se peut qu'il veuille trouver des solutions à ses problèmes mais ne soit capable de le faire qu'en désignant comme responsable un bouc émissaire. Le patient a-t-il très peur de tous les souhaits et aspirations qu'il a réprimés depuis de nombreuses années? Craint-il la régression, c'est-à-dire les besoins de dépendance et d'attachement qu'il considère comme infantiles? "L'analyse ne fait que rendre dépendant. Pourquoi devrais-je accepter de m'attacher à ma thérapeute puisque cela me fera souffrir lorsque nous serons séparés?": c'est ainsi ou de manière analogue que certains patients expriment leur ambivalence envers une procédure psychanalytique visant à mettre en lumière leurs conflits.

Jusqu'à quel point les gens sont-ils donc disposés à assumer les aspects désagréables d'un traitement psychanalytique ou de la psychologie des profondeurs? Jusqu'où veulent-ils vraiment s'affronter à eux-mêmes? Alors que jusqu'à maintenant les autres pouvaient toujours être considérés comme responsables du fait que l'on échouait dans certaines entreprises, ou que des amitiés se brisaient et des mariages aboutissaient à une séparation, il s'agit maintenant d'accepter, au cours d'un processus long et douloureux, que l'on est soi-même un peu agressif, exigeant, égocentrique etc. En règle générale, les efforts faits pour adopter une attitude honnête envers soi-même forcent à admettre des vérités peu agréables.

C'est pourquoi le patient qui suit un traitement psychanalytique doit manifester un intérêt à examiner de près son vécu et ses expériences, à lire entre les lignes, à aller jusqu'au fond des choses, à ne jamais accepter une seule explication et à continuer à chercher. Il doit aussi vouloir devenir son propre biographe, l'auteur et l'explorateur de l'histoire de sa propre vie, tout en "ne croyant jamais en ses propres mensonges" (Kierkegaard), en ne cessant jamais de réactiver le vécu enfoui dans son enfance. Il doit apprendre à nouveau à rêver ou à rêver autrement et doit

pouvoir devenir l'interprète de ses propres rêves; en travaillant avec le/la thérapeute, il va découvrir comment sa relation avec lui-même peut, par le biais d'une relation avec l'autre, s'élargir et se différencier.

En général, les connaissances acquises de cette manière ne sont pas flatteuses pour l'individu et peuvent aussi l'effrayer: alors, par exemple, qu'il croyait avoir eu une enfance heureuse parce que ses parents lui avaient toujours dit qu'il n'avait manqué de rien et avait tout reçu et qu'il a porté cette idée pendant des années comme un bouclier, il découvre maintenant qu'il n'était pas un enfant désiré, que son père était très jaloux de lui et le détestait, et qu'il l'a même parfois violemment battu. Et le patient qui – devenu depuis lui-même père de famille – découvre qu'il a des fantaisies sadistes dans lesquelles il voudrait battre à mort son propre enfant va souffrir et avoir peur – surtout lorsqu'il s'était promis de devenir quelqu'un de très différent de son père.

Ou encore: la femme qui avait jusqu'à maintenant attribué la responsabilité de ses fréquents accès de boulimie à une société patriarcale, à son idéal chauviniste de beauté et aux normes définissant l'apparence extérieure des femmes vivant en régime capitaliste, va découvrir, dans la relation de transfert sur la thérapeute, que sa boulimie est l'expression d'une relation mère-fille difficile et conflictuelle et, le cas échéant, des conflits l'opposant à son père.

Bref: de nombreuses oeillères doivent être éliminées, de nombreuses vanités et vexations surmontées jusqu'à ce qu'on puisse se reconnaître soi-même. Les idéologies sociétales, les arguments peu flexibles utilisés pour soutenir avec entêtement des interprétations absurdes, les mythes personnels et une volonté d'ergoter et de rester sur ses convictions – tout cela fait qu'il n'est pas toujours facile d'appréhender la vérité sur soi et sur les autres, sur l'individu et sur la société, et de ne plus croire aux mensonges qu'on s'était racontés.

La digression ci-dessus montre indirectement combien les diverses formes de thérapie peuvent être différentes: il est plus simple, et certainement meilleur marché, d'éli-

miner les symptômes; mais nous devons aussi nous demander si une éthique utilitaire, plaçant l'accent sur les effets et l'efficacité, ainsi que sur l'élimination rapide des symptômes et la maîtrise concrète des problèmes n'est pas trop influencée par un esprit du temps dangereux, qu'elle n'aurait pas analysé de manière critique. Et si nous voulons adhérer à cette tendance sans y réfléchir, nous devons également nous informer quant aux efforts de légitimation scientifique entrepris par ce courant. Nous devons aussi décider quelle procédure scientifique nous souhaitons adopter.

Si nous tentons d'appliquer aux sciences humaines et culturelles un idéal scientifique de type empirico-positiviste, nous nous voyons forcément contraints de réduire le nombre de questions, de synthétiser ces dernières en des thèmes de recherche neurophysiologique pouvant être traités par l'informatique. Nous sommes forcés d'isoler les questions de leur contexte, donc d'abstraire les influences concrètes de l'histoire et de la société. Nous aboutissons alors à une banalisation des thèmes de recherche puisque des contenus complexes du point de vue psychologique ou psychanalytique sont réduits à la logique de simples systèmes mécaniques. Il est vrai que la métaphore de la 'black box' behavioriste de type input/output a été remplacée par celle de l'ordinateur capable de cognition psychologique. Mais les modèles élaborés demeurent assez éloignés de la manière dont l'homme perçoit; ce dernier est doté d'un langage et capable de réflexion, en tant que créature il est sans aucun doute également déterminé par des forces extérieures, mais il demeure capable de réfléchir à cette causalité.

Les réductions, la séparation d'avec le contexte et la banalisation doivent garantir l'objectivité des résultats de la recherche. Mais cette objectivité a un prix élevé: s'il est vrai que la psychologie pratiquée dans les laboratoires objectivistes permet de reproduire les rapports entre variables, de sorte que bien évidemment cette discipline satisfait aux exigences démocratiques de la vérification intersubjective, les résultats qu'elle fournit demeurent un produit artificiel. Ils ne fonctionnent qu'en

laboratoire et pas dans le monde réel. A un degré ou à un autre, il leur manque une validité externe ou 'écologique'. Mieux leur objectivité est garantie dans le sens d'une validité au sein du laboratoire, et plus il devient difficile de les généraliser dans le monde réel, monde dans lequel les hommes vivent, travaillent, aiment, souffrent et sont influencés sans le savoir par les lois de la société post-industrielle ou de la société de communication; un monde aussi où ils continuent à vouloir concrétiser leurs fantasmes utopiques et où ils doivent souvent se rappeler à eux-mêmes qu'ils n'ont pas encore réalisé leurs rêves de vie.

Je pense que la psychologie moderne a tendance à se développer dans une mauvaise direction: là où elle ne se perçoit pas exclusivement comme une discipline centrée sur la théorie du comportement et des procédures empirico-nomothétiques, elle se concentre de manière unilatérale et parfois réductionniste sur l'homme en tant qu'organisme, oubliant de s'intéresser à l'être humain créateur de sens et interprétant. Elle s'est ainsi éloignée d'une perception du quotidien de l'homme. Les résultats acquis par le biais de méthodes de recherche et d'un langage peu intuitifs ne sont souvent pas valides hors du laboratoire et, en règle générale, ils ne sont pas d'une grande utilité dans le quotidien. Mis à part le respect et le prestige que gagneraient les chercheurs à se rapprocher du quotidien, il faut aussi répondre à une question décisive: est-il exact que "l'objectif scientifique selon lequel le respect d'une aussi grande distance que possible par rapport au monde quotidien, sa désaffectation, l'emploi d'une contre-intuition etc. ... promettent les plus grands progrès dans l'acquisition de connaissances pertinentes" (Groeben 1991, p. 45)? Il est possible que les sciences naturelles bénéficient d'une démarche de désanthropomorphisation de leurs méthodes et de leurs concepts; mais ceci ne s'applique pas forcément aux sciences humaines et culturelles. En réponse à l'argument selon lequel il arrive fréquemment que les résultats d'une recherche en psychologie soient peu pertinents au niveau de la pratique, Groeben écrit (1991, p. 46): "Il est possible que les

sciences humaines et culturelles n'acquerront une pertinence et une fonction sociétale comparables à celles des sciences naturelles qu'une fois qu'elles auront cessé d'imiter la manière dont ces dernières s'efforcent de maximiser la distance et la contre-intuition".

On pourrait objecter que le conflit d'objectifs entre validité interne et validité externe constitue un problème pour toute science; il est en effet de la nature de la science qu'elle réduise des rapports complexes à un système relativement simple de variables, qu'elle abstraie les variables du contexte et que, dans la mesure du possible, elle simplifie des structures d'effets compliquées. Que c'est justement ce qui différencie la recherche fondamentale de la recherche appliquée. Et qu'il ne s'agit pas d'exiger de la psychothérapie, science appliquée, qu'elle satisfasse aux strictes exigences posées à la recherche fondamentale, ce qui n'exclut pas qu'il faille effectuer des évaluations empiriques ou un contrôle de qualité.

Mon intention n'est pas de contester la valeur de la recherche fondamentale en psychologie, bien que l'on puisse tout de même se demander si les milliers de résultats isolés qui ont été produits à ce jour ont donné naissance à une seule théorie psychologique pertinente, quelle qu'elle soit.

Ce qui m'inquiète, c'est plutôt le fait que les chercheurs pratiquant les méthodes de la recherche fondamentale considèrent celles-ci comme les seules acceptables et aillent jusqu'à les déclarer obligatoires – bien que dans un sens moins strict – pour les disciplines intéressées par la pratique et pour la thérapie. Je suis aussi préoccupé par le fait qu'elles sont acceptées sans être réfléchies, ce qui joue un rôle au niveau de la manière dont on considère le psychisme humain comme un ensemble de variables dépendantes et indépendantes, de mécanismes neuropsychologiques destinés à traiter les informations, etc.

Je crains également que d'autres approches de l'être humain, de type herméneutique des profondeurs ou historique ou sociologique par exemple, soient dévalorisées sur des bases peu scientifiques. J'ai peur que

l'idéal de l'objectivité emprunté à la physique et les procédures qui l'accompagnent deviennent le nec plus ultra de l'épistémologie. Et je ne voudrais pas que cette exigence d'une science unifiée – selon laquelle il faudrait appliquer les méthodes des sciences naturelles à l'humain et au culturel – ne devienne trop impérative.

Je m'inquiète parce que je considère que la domination de ce type de recherche de la vérité, de la tendance à utiliser des moyens techniques pour se mettre le monde à disposition, si elle ne conduit pas directement à la catastrophe, doit vraiment être remise en question.

Le correctif consiste à adopter, au niveau philosophique et à celui de la politique sociale, une approche revalorisant les méthodes qualitatives de recherche, qui ne considèrent plus comme ayant moins de valeur les tentatives faites pour comprendre, l'herméneutique des profondeurs, l'introspection réfléchie et la recherche de cas entreprise dans une optique qualitative. Cette approche perçoit toutes ces méthodes comme ayant au moins autant de valeur – si ce n'est plus – que les procédures empruntées aux sciences naturelles, objectivantes et quantificatrices.

On avait autrefois considéré que la tâche du scientifique consistait à démystifier et à "désensorceler le monde" (Weber, 1919). Le principe de réalité devait remplacer les explications du cosmos basées sur des théories infantiles dans lesquelles on projetait des perceptions de type magique, idéologique, préconçu, intuitif ou se laissait guider par l'affect et les réactions physiologiques. Freud lui-même accepta le principe du rationalisme scientifique; il espérait que la recherche libérerait l'homme du joug imposé par un manque de maturité et apporterait un progrès culturel.

Pourtant, à la fin de ce siècle nous sommes devenus sceptiques et doutons que l'idéal de la connaissance scientifique ait beaucoup contribué à notre développement culturel. On sait que la dialectique du rationalisme scientifique a donné naissance à de nouveaux mythologèmes. Il faut admettre que les connaissances supplémentaires acquises par les sciences naturelles ont permis de nombreuses

innovations techniques positives; mais, partout dans le monde, les applications techniques de la connaissance acquise par les sciences naturelles se sont accompagnées d'importants effets négatifs. Les progrès accomplis par notre époque technologique n'ont pas pu empêcher le 20^e siècle de devenir un siècle de guerres, de massacres et de crimes violents.

Les scientifiques qui exercent leur *esprit critique* ne considèrent donc plus aujourd'hui que leur tâche consiste à démystifier un monde magico-infantile en utilisant des méthodes positivistes; ils tentent plutôt de désensorceler l'idéal même de l'objectivité scientifique. Compte tenu du fait que même des chercheurs en sciences naturelles ont entrepris cette démarche, il peut sembler assez audacieux – et ce mot est un euphémisme – de la part de chercheurs en sciences sociales et humaines qu'ils cherchent à appliquer un idéal positiviste maintenant dépassé.

Car, comme ne l'ont apparemment pas remarqué de nombreux chercheurs en sciences humaines, durant les dernières décennies l'épistémologie positiviste est devenue passablement plus flexible et plus ouverte que celle appliquée par nombre de chercheurs en psychologie expérimentale. En sciences naturelles, la mécanique newtonienne cohabite avec la théorie de la relativité d'Einstein, la théorie des ondulations avec celle des quanta et, à une époque plus récente, la théorie du chaos s'est établie en parallèle à des modèles plus causo-linéaires d'explication. Seulement, quelques psychologues et sociologues ont développé des notions assez étroites de ce que sont les pronostics et les explications causales ou la connaissance objective à laquelle ces dernières se réfèrent.

Comment peut-on expliquer le fait que la psychologie mainstream favorise tellement la méthodologie positiviste? Cette tendance est-elle en rapport avec le prestige attribué aux sciences naturelles, prestige qui conduirait les chercheurs en sciences sociales et humaines à vouloir pratiquer leur discipline comme des chimistes, des physiciens ou des biologistes?

Suffit-il – d'un point de vue psychanalytique – d'attribuer au manque de

confiance en eux-mêmes de ces chercheurs le fait que la psychologie a réduit l'objet de ses recherches aux dimensions d'un objet au sens des sciences naturelles? Ne faut-il pas plutôt admettre – bien que cela soit attristant – que les psychologues des universités ont apparemment négligé jusqu'à maintenant d'élaborer une méthodologie de recherche adaptée à leur objet? Et pouvons-nous, nous les chercheurs en psychanalyse et en psychothérapie, sérieusement accepter d'adopter une méthodologie qui n'est pas la nôtre, par simple crainte que si nous n'adhérons pas au postulat d'une science unifiée, nous ne serons plus pris au sérieux en tant que chercheurs?

Le psychanalyste Ernest Jones écrivait en 1913, dans une contribution intitulée "Der Gottmensch-Komplex. Der Glaube, Gott zu sein, und die daraus folgenden Charaktermerkmale" ('Le complexe de l'homme-Dieu. Croire être Dieu et les traits de caractère qui s'ensuivent'): "Lorsque la personne en question dispose par nature du don de percevoir intuitivement l'âme des autres, donc lorsqu'elle connaît les hommes, elle fait usage de ce don dans sa profession, quelle que soit cette dernière; les personnes qui ne disposent pas de ce don tendent à devenir psychologues ou psychiatres ou manifestent au moins un intérêt certain, mais abstrait pour cet objet. Le besoin de compenser un manque naturel de talent semble bien fournir une explication possible au fait évident que les psychologues par profession manifestent souvent un manque étonnant de connaissances sur le psychisme humain. Il explique en outre les efforts qu'ils font constamment pour compenser cette incapacité en inventant des méthodes 'objectives' devant leur permettre d'étudier le psychique sans devoir utiliser leur intuition, comme d'ailleurs leur résistance à l'égard de méthodes telle la psychanalyse qui cultive justement systématiquement l'intuition. Le flot de rapports standardisés et de statistiques qui menace d'étouffer la psychologie témoigne de la situation critique dans laquelle se trouvent ces hommes ... Plus la méthode est inhabituelle, plus elle les attire car elle leur donne le sentiment d'être en possession d'une

clé à laquelle seuls les élus ont accès." (p. 9/10)

Et près de 80 ans plus tard, le professeur de psychologie Klaus Ottomeyer écrit dans son ouvrage, "Prinzip Neugier, Einführung in eine andere Sozialpsychologie" ('Le principe de curiosité – une introduction à une autre psychologie sociale') (1992):

"Notre psychologie universitaire, qui devrait il semble en savoir plus long, a encore perfectionné toutes les caractéristiques manifestées par un patient souffrant d'un split-brain ou par un 'alexithymique', un analphabète du sentiment. Les filières sont de type sciences naturelles exactes et les cours abondent en mathématiques, ce qui socialise les psychologues dans ce sens. Pourtant, depuis quelques années la tribu psychologique inclut également une race que je qualifierais de 'positiviste éduqué passant sans cesse par une crise humaniste'. Cet individu ressent ses lacunes mais persiste à les dominer selon un schéma dissociatif. Il continue à fréquenter les voies habituelles de l'exact, mais pratique également des domaines tels que le mysticisme soufiste, le bouddhisme Zen ou les 'relations authentiques' de la thérapie par entretiens et des encounter groups." (p. 98 s.)

Restons encore quelques instants au niveau de la critique psychanalytique des présupposés épistémologiques de la méthodologie positiviste.

Les sciences pratiquées dans l'Antiquité, au Moyen Age et durant la Renaissance percevaient le monde comme une mère organique avec laquelle l'essence de la connaissance entretenait une relation d'échange. L'épistémologie et les sciences des temps modernes ont détruit cette image et l'ont remplacée par un modèle mécanique. Conséquences: la nature a perdu son rôle de mère et, pour l'homme, cette perte s'accompagne de peur, provoquant la réaction qui s'est exprimée dans le rationalisme de Descartes: "La 'grande peur cartésienne', bien qu'elle ne soit manifeste que dans des concepts épistémologiques, se révèle en tant que peur de la séparation d'avec un univers organique féminin. Dans ce sens, le rationalisme cartésien est une réaction de défense face à la

peur de l'abandon ..." (Bordo, 1987, p. 5).

Les historiennes des sciences et les épistémologistes féministes pensent qu'il existe un savoir naturel que nous avons tous possédé une fois, au moins lorsque nous étions enfants, mais que nous avons ensuite oublié; ceci se produit surtout chez les hommes. Ce savoir des sens nous permettait de vivre en harmonie avec la nature; mais il a été supplanté par la seule forme de connaissance acceptable dans une société patriarcale: la pensée abstraite. Le savoir des sens est un savoir 'de première main', il est direct et immédiat. C'est un savoir dont nous disposions au début de notre vie et que nous avons de plus en plus oublié. L'enfant sait encore par le biais de son corps, "par la chair, par les odeurs et les attouchements, par les larmes et les caresses, par le son d'une voix, par les mouvements rythmés et par le plaisir sexuel. Il sait le pouvoir de sa mère sur la vie et sur la mort. Mais ce savoir menace le moi, qui souhaite oublier sa terrible vulnérabilité face à la mère et aux forces de la nature. C'est pourquoi nous réprimons ce savoir primaire et nous concentrons sur un savoir 'de seconde main', basé sur des autorités, des symboles et des abstractions. Ce type de savoir nous permet de nous bercer de l'illusion qu'il est possible de prédire, de contrôler, de quantifier et de posséder la réalité" (Griffin, 1981, p. 25).

Lorsqu'on pratique ce type de connaissance cartésienne, objectiviste, on prend ses distances par rapport à son interlocuteur; les rapports basés sur le sentiment sont remplacés par une perception à distance, on perçoit avec l'oeil et entend avec l'oreille et saisit avec un intellect purifié de toute émotion. Les "objets" de ce monde doivent être observés à distance pour que la connaissance soit considérée comme objective. Mais d'un point de vue psychanalytique, cette distanciation exagérée ne peut être que mécanisme de défense, que déni du pouvoir sensuel et du rayonnement de l'objet à étudier; elle est isolement de l'affect et intellectualisation. La critique élaborée à l'égard des formes prises par les connaissances à l'époque moderne, en référence à Descartes, implique donc également que l'on renonce à dissocier le savoir des sens/savoir

érotique d'un savoir dont l'affect a été isolé et qui a été objectivé.

Le savoir cartésien étant considéré comme un mécanisme permettant aux hommes de se réfugier dans l'objectivité et de fuir le féminin, la maîtrise de cette dissociation peut également conduire à une nouvelle forme de connaissance, associant composantes masculines et composantes féminines. Alors nous redeviendrons cette partie de la nature que, pour l'instant, nous ne sommes à même de percevoir que dans une perspective objectivée et aliénée.

2. Ceci nous conduit directement à la question de savoir de quelle recherche et de quelle épistémologie la psychothérapie de type psychologie des profondeurs a besoin.

La critique émise à l'égard de la psychologie objectiviste signifie-t-elle que les chercheurs en psychanalyse et en psychologie des profondeurs n'ont plus besoin de se conformer à l'idéal de la connaissance objective? S'il n'en va pas ainsi, si nous devons tout de même respecter certaines normes scientifiques, alors nous devons réfléchir à la question suivante:

Comme peut-on garantir les aspects fiabilité et validité par rapport à une discipline qui d'une part adopte une perspective orientée vers l'application et qui, d'autre part et surtout, ne peut formuler d'énoncés que dépendants du sujet, de la situation et de l'interaction, puisque son objet est l'étude de processus inconscients de communication et d'interaction? Une discipline, en d'autres termes, dont le problème spécifique est qu'elle collecte des données qui ne sont pas indépendantes du sujet cognitif et qui, n'étant jamais valides que pour une dyade spécifique ou pour une situation historique donnée, ne peuvent donc être généralisées?

Ceci implique-t-il que nous n'avons pas besoin de valider nos énoncés? Et si nous ne le faisons pas, demeurons-nous crédibles? Sommes-nous encore capables de légitimer nos procédures? Qu'est-ce qui nous sépare alors de l'astrologie ou de toutes les autres formes d'ésotérisme thérapeutique qui prétendent que leur manière de percevoir les causes d'un trouble psychique et de le traiter est la seule qui soit adéquate? Si nous voulons

soutenir que la nosologie et la thérapeutique psychanalytiques permettent de saisir l'homme et ses conflits de manière plus appropriée et mieux fondée que ne le font d'autres disciplines, il est clair que nous devons pouvoir légitimer notre discipline en fonction des critères que la communauté scientifique considère comme obligatoires. Ce qui nous ramène au problème de la connaissance objective. Quels sont les mécanismes que nous pouvons introduire pour garantir que les explications que nous donnons des troubles psychiques et les effets de nos modes thérapeutiques sont adéquats? Comment pouvons-nous démontrer la validité de nos énoncés? Alfred Lorenzer avait-il raison lorsqu'il prétendait qu'il suffisait que nous présentions un sentiment d'évidence fondé sur une herméneutique des profondeurs?

Les questions devant être résolues ne sont pas simples et je pense que nous sommes encore loin de pouvoir fournir des réponses complètes. Mais nous n'avons pas d'autre alternative, si nous voulons démontrer que notre thérapeutique possède un caractère scientifique et considérons la méthodologie empirico-béhavioriste comme trop superficielle.

Je voudrais au moins tenter d'esquisser la manière dont je conçois l'étude des processus évolutifs engendrés par la thérapie.

Avant et pendant le traitement analytique, les patients ont des idées conscientes et pré-conscientes concernant l'origine de leur trouble et la manière dont il peut être guéri. Bien que ces "théories" subjectives soient toujours marquées par les idéologies dominantes (exemples: possession diabolique – exorcisme; cause organique – intervention chimique prescrite par le médecin), elles ont tout de même un caractère relativement individuel (par exemple, le trouble est dû au fait que le patient a mené une vie dissolue – si ce dernier respecte à la lettre les prescriptions du médecin ou du thérapeute, il guérira comme par magie).

Les empiristes qui assument naïvement qu'ils peuvent cerner objectivement les manifestations de certains "traits de caractère" oublient que ces traits ne sont pas totalement indépendants de l'étiologie amateur

esquissée plus haut, ni des attentes formulées à l'égard du processus de guérison. Ces dernières, à leur tour, définissent une bonne partie du processus interactionnel qui lie le patient et l'analyste pendant le traitement. Lorsque, par exemple, un patient pense que ses souhaits et ses attentes vont être satisfaits sans problème par l'analyste, ce dernier va constamment le confronter au fait qu'il doit lui-même se remémorer ses fantasmes émotionnels et accepter sa honte, sa tristesse, son dégoût et sa culpabilité. La question de savoir si et jusqu'à quel point le patient se sent mieux une fois la thérapie terminée dépend en bonne partie de la manière dont il a conçu sa pathogenèse et le processus thérapeutique. Par exemple, le patient qui pense qu'il va mal parce que les autres ne s'occupent pas assez de lui et qui imagine simultanément que le thérapeute va enfin jouer ce rôle, a des attentes importantes – et en partie peu réalistes; il semble donc naturel qu'il considère le "succès" de la thérapie comme relativement modeste, même si en cours de traitement il réussit à renoncer à nombre d'illusions. Il n'en ira pas de même du patient qui était secrètement convaincu d'être une charge pour autrui et que son thérapeute ne serait satisfait que s'il effectuait un énorme travail. En d'autres termes, le rôle des "fantasmes sur le processus" ('Prozessphantasie', cf. Plassmann, 1986; Buchholz, 1993) a fonction relativisante. Il contribue beaucoup à définir ce qui, à la fin d'une thérapie, est considéré comme un "succès" et ce qui ne l'est pas. Comme l'a montré Buchholz (1993), l'évaluation des résultats d'une thérapie à partir de la manière dont le patient les perçoit ne peut se faire que par le biais d'une reconstruction et d'une interprétation des fantasmes mentionnés plus haut. Et ces fantasmes ne peuvent être simplement extraits du texte d'une interview, comme de simples données.

Une réponse à la question de savoir si le patient considère que la thérapie l'a aidé ne peut donc être trouvée que par rapport à un patient spécifique, dans le contexte d'une étude de cas menée de manière empirique et herméneutique. Un questionnaire ou un rapport médical standardisé appliqué

en vitesse reflète une idéologie de la 'black box' ou le contrôle d'un surmoi bureaucratique. Sous prétexte de permettre la comparaison intersubjective soit-disant requise, on néglige d'examiner ce qui intéresse vraiment le patient, ce qui le touche. Les chercheurs en psychothérapie et autres spécialistes en katamnèse qui traitent leur interlocuteur comme un objet de recherche du type sciences naturelles ont sans doute fait leur devoir et en ont peut-être retiré des mérites; mais ils n'ont que très peu compris le patient.

Mais l'obligation d'appliquer à chaque cas des critères individuels ne dérive pas seulement de la présence de "fantasmes sur le processus"; elle résulte aussi du fait que le point zéro des patients est différent. Chaque patient ne progresse que jusque là où il progresse effectivement. Chaque patient a d'autres périodes à vide, durant lesquelles il a le sentiment que le travail investi en vue d'une évolution est simplement pénible et requiert beaucoup d'énergie de sa part, jusqu'au moment où le travail analytique semble à nouveau porter ses fruits. De quoi se souvient-il en fin de traitement, que va-t-il enjoliver ou bagatelliser? L'établissement d'une katamnèse doit-elle permettre d'identifier rétroactivement les différentes étapes? En tous les cas, seule une évaluation individuelle tenant compte des nombreuses "variables modérateur" a un sens. A ce niveau, il se peut que l'évolution ayant pris place à des niveaux profonds de la personnalité trouve des corrélations à ceux du comportement ou des symptômes. Mais l'analysant devrait être également capable de dire quels symptômes ont été d'abord ou rapidement éliminés et quels transferts spécifiques ont simultanément pris place. Il devrait aussi pouvoir savoir pourquoi il s'est si longtemps accroché à un symptôme bien que les conflits sous-jacents aient depuis longtemps été traités dans le transfert.

Jusqu'à quel point le patient qui a suivi une thérapie réussie est-il capable de mieux assumer la responsabilité pour son passé? Dans quelle mesure a-t-il accès à la psychodynamique de son monde intérieur, de sorte qu'il puisse se percevoir lui-même comme acteur volontaire de

ses symptômes neurotiques? Peut-il être moins aliéné et se sentir plus vivant à partir du moment où il cesse, par exemple, de percevoir un symptôme psychosomatique comme une réaction organique qu'il ne peut influencer pour, en fin de thérapie, percevoir ce même symptôme physique comme quelque chose qui fait partie de lui-même et qui en était venu à se manifester d'une manière toute particulière dans le contexte de ses relations – réelles ou imaginaires – avec d'autres?

Il n'est pas besoin de souligner que le processus au cours duquel l'individu assume ses responsabilités et retrouve sa vitalité se déroule dans le cadre de l'interaction entre patient et thérapeute. C'est pourquoi le patient ne peut progresser que dans la mesure où l'analyste a soumis à une réflexion critique la manière dont il conçoit la pathogenèse, son mythe personnel et ses idées sur ce qui est facteur de guérison.

Il est aussi devenu clair que le seul instrument de recherche qui peut être considéré comme adéquat en psychothérapie est l'étude de cas; ses résultats peuvent parfaitement être ensuite généralisés dans le contexte d'une casuistique comparative. En lieu et place de l'objectivité de la situation dans laquelle les données ont été enregistrées et de l'interview d'un nombre aussi élevé de patients que possible – qui permet de niveler les erreurs produites par une procédure superficielle en enquêtant auprès d'un grand nombre de personnes – ce dont nous avons besoin, c'est de descriptions précises et approfondies, d'abord de ce qui peut être saisi phénoménologiquement, et ensuite – dans une deuxième étape – de nos suppositions et constructions; mais il faut que nous puissions justifier ces dernières de manière différenciée. Contrairement aux études de cas traditionnelles, celles que nous faisons doivent donc présenter très clairement nos pré-supposés – ce que nous n'avons pas fait jusqu'à maintenant. Pour ce, il faut que nous fassions encore un grand travail au niveau conceptuel. Nous ne devons jamais oublier que la psychothérapie est une discipline très récente et que l'on a tenté beaucoup trop rapidement d'effectuer des mesures – en fait, avant de savoir ce

qui devait et pouvait être mesuré et par le biais de quelles méthodes. La manie des mesures et le purisme empiriste ne doivent pas être remplacés par une idéalisation de l'intuition ou du sentiment; souvent, l'attitude fondamentaliste selon laquelle seule l'expérience compte n'est autre qu'une rationalisation de tendances à la paresse. J'espère avoir montré clairement que je suis tout à fait partisan de la recherche en psychothérapie, mais qu'il faut que cette recherche soit mieux adaptée à notre objet. Inutile d'ajouter que cette dernière démarche est plus difficile, plus complexe et requiert un plus grand travail.

Le résumé: nous avons réfléchi à la question de savoir de quelle recherche la psychothérapie psychanalytique a besoin et avons montré que les procédures objectivantes de la psychologie mainstream traditionnelle ne peuvent constituer la seule stratégie de recherche pratiquée par notre discipline. Car leurs fondements dans le conscient, leur pseudo-objectivité et le fait qu'elles ne tiennent pas compte du contexte communicatif de la situation d'enquête ne rendent pas justice à une perception psychanalytique de l'être et de sa situation existentielle unique.

C'est la raison pour laquelle il faut utiliser comme instrument de recherche l'étude de cas individuels, qui permet de décrire des déroulements thérapeutiques (voir à ce sujet, par exemple, Fischer, 1989; Leuzinger-Bohleber, 1995).

En tant que psychothérapeutes, nous devrions en outre nous intéresser plus souvent aux questions de méthodologie et y réfléchir. Par exemple, dans notre pratique nous utilisons les méthodes de l'observation, de l'introspection, de l'intropection de substitution, de la perception scénique et de la reconstruction, en une démarche dans laquelle ces méthodes se complètent. Mais il faut encore que nous les explicitions et les étudions, du point de vue en particulier des causes d'erreur qu'elles impliquent. Nous serons alors plus sensibles aux limites des différentes méthodes (par ex., Haubl et Mertens, 1966a, b).

Si nous voulons nous intéresser au domaine de la recherche fondamentale, il faut que nous étudions les

recherches interdisciplinaires qui ont été faites. Je pense entre autres à la recherche sur les petits enfants (Daniel Stern), à celle sur les fixations (Ainsworth) et à la recherche de type cognitive science (par ex., Schneider, 1993). Simultanément, il ne faut pas que nous oublions notre propre approche: les conflits sont partout, des répressions se produisent tout le temps et les effets de l'inconscient individuel et social sont énormes. Les visées de la psychanalyse doivent s'opposer aux simplifications motivées par l'idéologie et le conscient; et pourtant, en ce qui concerne la recherche, le setting du divan n'est pas tout à fait suffisant: c'est pourquoi il faut que nous nous intéressions aux résultats produits par

d'autres disciplines. Dans l'ensemble – du moins je le crois –, tout cela requiert pas mal de travail. Mais pour compenser, nous disposerions finalement d'une méthodologie qui serait bien adaptée à l'étude de l'être souffrant et de sa biographie unique. A mon avis, cet objectif vaut bien le travail investi.

Bibliographie

cf. version allemande de l'article

*Prof. Dr. Wolfgang Mertens
Institut für Psychologie
Klinische Psychologie
Ludwig-Maximilians-Universität
Leopoldstraße 13, D-80802 München
République fédérale d'Allemagne*

H. Schneider

La recherche menée par des praticiens de la psychothérapie: où commencer?

Comment la psychothérapie va-t-elle réussir à maîtriser les nouvelles tâches qui lui sont imposées par les profondes mutations subies par la santé publique? Les réflexions qui suivent se fondent sur une conviction que des solutions adéquates aux problèmes qui se présentent ne pourront être trouvées que si nous réussissons à mettre en marche un processus de recherche auquel les praticien/nes de la psychothérapie apportent leur savoir et leur expérience.

Deux arguments appuient ma conviction. Le premier se réfère aux théories des processus auto-organisés, développées par Haken (1986, 1992) et Prigogine (Prigogine et Stengers, 1979, 1988), et aux contributions épistémologiques d'Isabelle Stengers, qui a travaillé des années durant avec Prigogine et a collaboré aux ouvrages de ce dernier (Stengers, 1987, 1991; Chertok et Stengers, 1989). Si l'on s'intéresse à ces "théories de la complexité" (Stewart, 1993), on remarque nettement que la méthodologie utilisée jusqu'à maintenant par la psychologie empirique ne peut pas être appliquée utilement aux *processus de devenir* qui carac-

térisent la grande majorité des psychothérapies (Schneider et al., à paraître). Le premier argument en faveur d'une recherche menée par des praticiens de la psychothérapie est donc que, dans leur travail, ces derniers ne peuvent que relativement mal appliquer les modèles scientifiques de la psychologie empirique moderne (alors que, par exemple, Lazarus [1993, p. 677] le leur conseillent).

Le second argument se fonde sur la *psychologie de la praxis* de Polkinghorne (1992). Dans un article publié en 1992, ce dernier écrit: "La conception moderniste selon laquelle les praticiens de la psychologie appliquent les résultats de la recherche ne décrit pas correctement la praxis. Les praticiens ont élaboré leur propre système d'acquisition de connaissances, système qui se fonde sur le contact direct avec des clients. [...] On trouve deux psychologies: une conception moderniste, pratiquée surtout par les chercheurs travaillant dans les universités, et une recherche sur le travail concret, menée avant tout par les psychologues oeuvrant dans la pratique" (Polkinghorne, 1992, p. 154 s.).

Une nouvelle approche des problèmes liés aux aspects économiques de la psychothérapie et à la garantie de qualité

Pour concrétiser ce que j'avance, je me réfère maintenant à la situation existant en Suisse. Lors d'un scrutin récent, une nouvelle loi sur l'assurance maladie et accident (LAMA) a été approuvée; elle doit entrer en vigueur le 1er janvier 1996. Cette loi inclut, entre autres, des prescriptions en matière d'économie des prestations et de garantie de qualité. La psychothérapie se voit donc confrontée au besoin de résoudre de nombreux problèmes, alors même que peu de solutions ont été proposées jusqu'à maintenant (par ex., Grawe et Braun, 1994; Grawe et al., 1994; Perrez, 1994). Ces propositions sont caractérisées par le fait qu'elles tentent d'appliquer directement à la nouvelle situation les résultats acquis jusqu'à maintenant par la recherche en psychothérapie.

Me référant aux arguments épistémologiques que j'ai mentionnés plus haut et qui parlent en faveur d'une "recherche menée par les praticien/nes de la psychothérapie", je me propose d'esquisser une démarche fondamentalement neuve. Il s'agit de procéder de manière analogue à la recherche de solutions pratiquée par les architectes lorsqu'un projet est difficile: on part d'une formulation globale des objectifs et spécifie les conditions-cadres qui peuvent être identifiées pour – dans une première phase – conceptualiser des solutions. Plus tard, l'une de ces solutions sera choisie, affinée et finalement réalisée. Dans notre cas, l'objectif est de développer un concept en matière de pratique psychothérapeutique en Suisse, concept qui doit être adapté – entre autres – aux conditions-cadres définies par la nouvelle LAMA, à savoir l'économie des prestations (art. 56) et la garantie de qualité (art. 58).

Manque de bases sur lesquelles évaluer l'économie de la psychothérapie

C'est volontairement que je me réfère à la formulation globale élaborée par le législateur pour l'ensemble du système de la santé: je voudrais

montrer qu'une réflexion intensive – et des travaux supplémentaires de recherche – seront requis pour appliquer utilement les normes légales à la psychothérapie. L'évaluation du degré auquel une psychothérapie est économique – pour commencer par là – exige que l'on dispose d'instruments relatifs à l'économie de la santé qui n'existent encore aujourd'hui qu'en petite partie (cf. Krupnick et Pincus, 1992). L'économie de la santé compare coût et utilité d'un traitement. A ce niveau, il est entre autres important de ne pas tenir compte uniquement des coûts directs du traitement, mais également, par exemple, des coûts occasionnés plus tard par les prestations qui doivent être fournies aux cas pour lesquels un diagnostic erroné avait été fait ou pour lesquels le traitement n'avait pas suffi (cf. Newman et al., 1994; Müller et Braun, 1994).

La situation étant peu structurée, on conçoit aisément que l'on décide d'utiliser les résultats des travaux de recherche en psychothérapie menés jusqu'à maintenant pour clarifier des questions relatives à l'économie des thérapies. Mais cette solution est problématique, ceci pour au moins trois raisons:

1. Les études comparant l'efficacité de différentes formes de traitement n'incluent que des patients pour lesquels un seul trouble spécifique a été diagnostiqué – une dépression, par exemple. Dans la pratique quotidienne, ces patients tendent à constituer une exception; il est beaucoup plus fréquent que les patients souffrent de plusieurs troubles ou aient plusieurs problèmes (Persons, 1991; Wolfe, 1994).

2. Les protocoles de recherche appliqués jusqu'à maintenant aux études comparatives doivent garder constante la variable "traitement". On tente d'y parvenir en procédant à ce que l'on appelle une "manuelisation", ce qui veut dire que les thérapeutes participant à l'étude sont formés, sur la base d'un manuel de thérapie, et que l'on contrôle (par le biais, par ex., d'enregistrements vidéo) qu'ils suivent les instructions de ce dernier. Certains indices donnent toutefois à penser que ce type de contrôle rend moins efficaces les procédures dans lesquelles des "pro-

cessus" ou un "axe développement" jouent un rôle (Bastine, 1992), car il rend plus difficile l'établissement d'une relation flexible avec chaque patient (Henry et al., 1993).

3. Les troubles inclus dans les études comparatives ne sont pas représentatifs de ceux traités dans la pratique quotidienne. Plus précisément, il est difficilement possible de définir leur représentativité car nous ne disposons pas des données épidémiologiques requises (Schepank, 1994). Il faut donc supposer qu'aucune étude n'existe en matière de résultats, concernant toute une série de troubles traités dans la pratique ambulatoire.

Il reste à ajouter que même certains représentants connus de la recherche en psychothérapie reconnaissent que le bilan de ces études comparatives est modeste. Dans la dernière édition du *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Lambert et Bergin (1994, p. 181) résumant la situation comme suit: "Les différences entre les résultats produits par diverses formes de psychothérapie ne sont pas aussi marquées qu'on aurait pu l'attendre. Selon plusieurs études concernant des troubles spécifiques, la thérapie du comportement, la thérapie cognitive et des combinaisons éclectiques de ces méthodes produisent de meilleurs résultats que les thérapies verbales traditionnelles, mais ce n'est pas, de loin, toujours le cas" (les exemples fournis sont ceux des accès de panique, des phobies et des névroses obsessionnelles).

Un examen plus détaillé montre donc qu'il est assez audacieux de faire dépendre des résultats des recherches menées jusqu'à maintenant les décisions prises dans le domaine de l'économie de la psychothérapie (voir aussi Elliott et al., 1993, p. 474 s.). La conclusion qui s'impose est plutôt la suivante: *Dans le courant de ces prochaines années, il faudra repartir à zéro pour définir ce qui constitue l'économie (ou la rentabilité) de la psychothérapie – et débattre publiquement de cet aspect.* Dans ce but, il est indispensable de mener de nouvelles études sur le déroulement des psychothérapies, en demandant à des praticien/nes de collaborer à leur préparation et d'y apporter leur savoir et leur expérience (cf. Hiatt et Goldman, 1994).

Ceci s'applique même à la question de savoir comment il est possible, dans le cadre d'études de type avant/après, de saisir les changements provoqués par les psychothérapies: "Il est absolument clair que le domaine de l'analyse de processus et de résultats se trouve encore à l'état embryonnaire" concluent Lambert et Hill (1994, p. 106).

Plus spécifiquement, on ne dispose jusqu'à maintenant que de très peu d'instruments permettant d'évaluer les résultats de psychothérapies de relativement longue durée (Manz et al., 1995, p. 59). Pour élaborer ces instruments, on pourrait exploiter le savoir acquis par les psychothérapeutes-praticien/nes, concernant le moment où une psychothérapie approche de sa conclusion (Helmut Thomä, contribution au débat, *Stuttgart Kolleg "Dose-effect relations in psychotherapy"*, 27. 6. 94). Une étude avant/après ne devrait toutefois pas se contenter d'enregistrer l'état des patients en utilisant ce type d'instrument standardisé; elle devrait également décrire cet état en utilisant les concepts faisant partie du modèle utilisé par l'école de psychothérapie en question (Persons, 1991; cf. Schulte, 1993), ceci pour garantir que les résultats de l'étude puissent être traduits en termes de pratique.

Gestion de qualité par le biais de la recherche sur les processus

Concernant la *gestion de qualité*, je me réfère avant tout aux expériences que j'ai faites au sein d'un groupe de recherche auquel participent Markus Fäh et Rosmarie Barwinski; nous travaillons depuis cinq ans ensemble, notre objectif étant de décrire des processus évolutifs qui se déroulent durant les psychanalyses (Schneider, Barwinski et Fäh, 1995, à paraître; Schneider, Fäh et Barwinski, à paraître). Nous sommes actuellement occupés à développer cette approche plus avant pour qu'elle puisse être utilisée en matière de gestion de qualité. Cette "gestion de qualité par la recherche sur les processus" vise, d'une part, à améliorer la qualité des traitements individuels et, d'autre part, à élargir le savoir existant en matière de psychothérapie.

Notre démarche de recherche se fonde, entre autres, sur le *significant*

event paradigm (Rice et Greenberg, 1984; Greenberg et al., 1993). Ce paradigme implique que l'on étudie de manière intensive certains épisodes du processus psychothérapeutique, par exemple la manière dont a été géré un problème lié à la relation thérapeutique (Safran et al., 1990) ou le travail sur une réaction que la cliente elle-même considère comme problématique (Rice et Saperia, 1984). L'étude de ce genre de séquences débute par l'élaboration, fondée sur l'intuition, d'un modèle théorique provisoire décrivant différentes étapes du processus de changement. Plus tard, cette description est affinée en un mouvement de va-et-vient entre le modèle et le matériel concret (transcriptions, par ex., ou enregistrements vidéo), au cours duquel on compare les séquences productives et celles qui ne le sont pas. Safran, Greenberg et Rice (1988, p. 12) considèrent comme un élément central de cette approche le fait que le/la thérapeute participe activement au processus de recherche: "[...] le type de perception différenciée du processus évolutif qui peut être produit par cette recherche est appelé à jouer un rôle important par rapport au développement à long terme de la psychothérapie en tant que discipline scientifique. Mais le gain immédiat qu'en retire le clinicien participant activement au processus de recherche est tout aussi important."

Bänninger-Huber (1992, 1995) a élaboré une autre approche prometteuse de la gestion de qualité par la recherche sur les processus. Elle étudie les processus d'échange émotionnel et verbal au sein de dyades interactives en appliquant un type de micro-analyse qui n'est devenu possible que grâce à la technique vidéo. Par exemple, il est possible d'identifier dans le cadre d'une psychothérapie des micro-séquences ne durant que quelques secondes; leur fonction est d'intercepter certains brefs troubles de la régulation affective du patient, lui permettant ainsi de se consacrer à nouveau à un thème pour lui difficile à aborder.

La démarche de recherche que Rosmarie Barwinski, Markus Fäh et moi-même avons élaborée se caractérise par le fait que, prenant pour base des modèles théoriques empruntés aux théories sur les processus auto-

organisants (Haken, 1986, 1992; Prigogine et Stengers, 1979, 1988), nous avons créé des "schémas de processus" que nous utilisons en tant que grille conceptuelle pour examiner des moments extraits d'une psychothérapie. La grille est formée par les différents aspects du schéma de processus: dans le cas par exemple du schéma abstrait à partir du phénomène Bénard (voir Schneider et al., à paraître), des concepts tels que "brisement de symétrie" et "sensibilité aux conditions-cadres" suggèrent qu'il faut examiner de plus près les aspects correspondants du processus thérapeutique. Ces concepts (et d'autres) désignent les cases d'un "formulaire" (exprimé en langage technique: les *slots* d'un *frame* (cf. Minsky, 1990, p. 245); des descriptions du moment examiné sont notées dans la case correspondante sous l'aspect théorique concerné. Le mouvement de va-et-vient entre schéma de processus et matériel concret permet de progressivement mieux différencier ce qui se passe sur le plan psychothérapeutique, ceci dans le but d'examiner comment une évolution prend place dans le temps.

Ces schémas de processus sont également intéressants parce qu'ils ne sont pas spécifiques d'une école thérapeutique donnée. L'utilisation de concepts empruntés aux théories des processus auto-organisants pourrait permettre de lancer un nouveau débat dépassant les frontières des différentes écoles. Concernant le projet que nous menons actuellement (Schneider et al., 1995), nous enregistrons par exemple la manière dont un schéma de relation d'objet du patient se transforme progressivement au cours d'une période de psychanalyse durant trois mois et demi. Nous utilisons comme base conceptuelle la métaphore du paysage épigénétique (voir Waddington, 1974), que d'autres groupes de chercheurs ont appliquée sous une forme similaire (p. ex., Schiepek et al., 1992).

Les prestations requises pour que se crée une nouvelle culture de recherche

Quelles sont les prestations qui sont requises pour que les psychothérapeutes travaillant dans la pratique puissent élaborer une nouvelle

culture de recherche? Comment peuvent-ils/elles élargir *eux/elles-mêmes* leurs connaissances en se fondant sur leur expérience? Quelle est "l'infrastructure" dont ils/elles auraient besoin? Concernant le financement de la démarche, je me contente de mentionner que je pars du principe que les coûts de la recherche et de la gestion de qualité en psychothérapie doivent être considérés comme part intégrante des coûts de la prestation, comme c'est le cas partout dans le domaine de la santé: par exemple, le prix des médicaments inclut les coûts de la recherche ayant servi à les développer.

Je donne trois exemples, pour illustrer comment – par quelles prestations – la culture de la recherche qui est en train de naître pourrait être soutenue:

1. Il faut *établir des réseaux de communication entre les psychothérapeutes* qui pratiquent la recherche, pour garantir que leurs démarches et leurs résultats soient bien accessibles à tous.

2. Il faut élaborer et mettre à disposition des *systèmes informatiques de documentation* pouvant être

utilisés pour étudier des extraits de traitements psychothérapeutiques – par le biais de schémas de processus, par exemple – dans le cadre d'une gestion de qualité par la recherche sur les processus (voir Schneider, 1989).

3. Il faut soutenir l'élaboration, la systématisation et la diffusion de connaissances en installant des *banques de données* adéquates – En bref: gestion des connaissances (voir Mühlemann, 1995). Je pense par exemple au savoir dont nous disposons en matière de "matching" favorable entre un patient et un/e thérapeute donné/e (Kantrowitz, 1995; Robert-Tissot, 1995). Supposons qu'il soit possible de diffuser les informations dont dispose chaque psychothérapeute concernant le type de patient/e avec lequel il/elle travaille bien: on peut concevoir que cette simple information suffise pour faire baisser – de 2–3%? – les sommes versées par les caisses pour la psychothérapie puisque moins de traitements seraient interrompus.

Les prestations auxquelles nous pensons serviraient en principe à permettre aux thérapeutes travaillant dans la pratique de saisir leurs expériences de manière plus structurée et

d'échanger leur savoir avec d'autres psychothérapeutes pratiquant la recherche. J'imagine qu'une "scène de la recherche" pourrait ainsi s'établir, qui se fonderait sur les intérêts des praticiens de la psychothérapie.

Même si le fait que la nouvelle loi sur l'assurance maladie va bientôt être mise en vigueur constitue une pression, je pense qu'il est indispensable d'effectuer une analyse détaillée de la situation avant de mettre en oeuvre des solutions qui, bien qu'elles aient l'avantage d'être immédiatement disponibles, seraient peu indiquées. Ce n'est qu'en procédant de la sorte que des solutions adéquates aux problèmes imminents pourront être élaborées.

Remerciements

Je remercie chaleureusement Katharina Weber pour ses commentaires sur les premières versions du présent texte.

Bibliographie

cf. version allemande de l'article

*Dr. Henri Schneider
Goldauerstrasse 42
CH-8006 Zürich, Suisse*

C. Krause-Girth

Die Deutschen im Europäischen Psychotherapieverband – zur Gründung des deutschen Dachverbandes für Psychotherapie (DVP)

Von der diesjährigen Mitgliederversammlung des Europäischen Psychotherapieverbandes (EAP) in Zürich, an der ich als Vertreterin von GRAS, einem gruppenanalytischen Ausbildungsinstitut für Psychoanalytiker/innen, teilnahm, kam ich als nationale Delegierte für Deutschland zurück mit dem Auftrag, einen deutschen Dachverband zu gründen, der für eine repräsentative Vertretung der Deutschen im EAP sorgt.

Aus diesem Auftrag ist mittlerweile eine konkret geplante Tagung am 10. Februar 1996 in Frankfurt am Main geworden, zu der alle deutschen Psychotherapieverbände und interessierte Psychotherapeut/innen eingeladen sind. Vormittags gibt es einen wissenschaftlichen Teil zu Themen, die im EAP bisher nicht in Form kontinuierlicher Arbeitsgruppen diskutiert werden. Nachmittags steht die Gründung eines Deutschen Dachverbandes im Zentrum. Dazu werden die Vertreter/innen der Englischen und Österreichischen Dachverbände ihre Erfahrungen beitragen und der EAP wird sich vorstellen.

Eine Reihe von Verbänden, die noch nicht Mitglieder im EAP sind, haben ihr Interesse an einer Verbandsgründung mitgeteilt und ihr Kommen zugesichert. Die Idee zur Gründung eines Dachverbandes ist nicht neu, zumal die jahrelangen Bemühungen um ein Deutsches Psychotherapeutengesetz die Vertreter/innen verschiedener Psychotherapieschulen an einen Tisch gebracht haben. Auch der so entstandene Gesprächskreis „Psychotherapeuten-Gesetz“ (bestehend aus 15 Fachverbänden) hat immer wieder überlegt, einen Dachverband zu gründen.

Wie komme nun gerade ich dazu, diese Initiative in Deutschland zu stärken? Das habe ich mich natürlich auch gefragt, nachdem ich mich von meiner ersten Überraschung über so ein gewagtes Projekt erholt hatte. Die Ziele des EAP erschienen mir von

Anfang an sinnvoll und unterstützenswert. Besonders gefiel mir jedoch in Zürich die kooperative schulenübergreifende Arbeit an konkreten Themen in den Arbeitsgruppen und die Tatsache, daß ethischen und gesundheitspolitischen Fragestellungen dort ein höherer Stellenwert eingeräumt wird als der Auseinandersetzung mit verschiedenen Schulen. Einen kooperativen Stil ohne gegenseitige Abwertung und negative Konkurrenz wünsche ich mir auch in einem deutschen Dachverband. Darüber hinaus finde ich es dringend notwendig, übergreifende Standards für psychotherapeutische Tätigkeit zu entwickeln, um zu verhindern, daß unter dem Namen „Psychotherapie“ weiterhin auch unzureichend qualifizierte Menschen in verantwortungsloser Weise und zum Schaden der Patienten ihre Dienste anbieten. Als Leiterin einer Psychosozialen Ambulanz am Universitätsklinikum Frankfurt werde ich immer wieder mit schlechten Therapieerfahrungen konfrontiert. Es gibt jedoch für mich kaum eine Möglichkeit festzustellen, ob solche Erfahrungen auf einer mangelnden Ausbildung oder einer ungeeigneten Therapeutenpersönlichkeit, oder einer verzerrten Darstellung des Patienten beruhen. Es gibt keine Stelle in Deutschland, die kompetent informiert, wieviele Ausbildungen mit welchen Standards angeboten werden, und mir selbst sind nur ganz bestimmte Ausbildungsinstitute vertraut. Im Interesse der gerade in Deutschland insgesamt sehr hohen Qualität der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung ist Transparenz und die Festlegung allgemein verbindlicher wissenschaftlicher und ethischer Standards dringend notwendig, die Psychotherapeuten nicht unterschreiten dürfen. Ich denke, daß dafür nur ein Dachverband sorgen kann.

Meine siebenjährige Arbeit als Delegierte einer Landesärztekammer

hat die Überzeugung gestärkt, daß neben den einzelnen Fachverbänden ein Gremium existieren muß, das die Berufspflichten seiner Mitglieder überwacht und ggf. auch die Berufsausübung verhindern kann; das auch den öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützt und evtl. bei Streitigkeiten zu vermitteln hat, damit sie sich nicht zum Schaden der Patienten auswirken. Für eine Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung erscheint mir die Kooperation der im gleichen Feld Tätigen, aber auch mit anderen Gesundheitsberufen, eine wichtige Aufgabe, und, da die Psychotherapie sich immer neue Anwendungsfelder erschließt, eine für die Zukunft umso dringlichere Aufgabe. Die gegenseitige Abgrenzung und negative Konkurrenz so mancher Therapieschulen oder Therapeuten untereinander bedeuten letztlich auch eine erhebliche Verunsicherung der natürlicherweise hin und her wandernden Patienten und leistet der Anerkennung und Wirksamkeit psychotherapeutischer Arbeit keinen Dienst.

So möchte ich das EAP-Ziel unterstützen, für jedes Land in Europa, möglichst auch für jede Provinz in Deutschland, bekannt zu machen, welche wie qualifizierten Psychotherapeut/innen welche Versorgungsaufgaben übernehmen, und ich finde die Idee eines Eurozertifikats mit entsprechenden Listen absolut sinnvoll. Wenn es gelingt, am 10. Februar 1996 einen repräsentativen deutschen Dachverband zu gründen, so ist dadurch eine sehr viel bessere gesund-

heitspolitische Vertretung der deutschen Psychotherapeut/innen möglich, die sich den Aufgaben von Qualitätssicherung psychotherapeutischer Arbeit, Transparenz, Kooperation untereinander und mit anderen Gesundheitsberufen widmen kann.

Ab sofort können gesundheitspolitische Aktivitäten in dieser Richtung über mich im „Psychotherapie Forum“ Supplement veröffentlicht werden, und ich möchte dazu auffordern, mir entsprechende Aktivitäten und Beiträge zuzusenden.

Die deutsche Psychotherapie im europäischen Verband – wer vertritt sie?

Gründungstreffen für den Deutschen Dachverband für Psychotherapie (DVP) in Frankfurt/Main

Vorläufiges Programm (Stand: 31. 10. 1995)

Freitag, 9. Februar 1996

ab 20 Uhr Informeller Meinungsaustausch von EAP-Mitgliedern und interessierten Gästen
Geselliges Beisammensein in schönem Rahmen

Samstag, 10. Februar 1996

Vormittags (9.30–13.00 Uhr): Wissenschaftliche Vorträge mit Diskussion

9.30 Uhr Begrüßung und Eröffnung

Mögliche Beiträge der Deutschen im EAP

Dr. med. Dipl.-Psych. Cornelia Krause-Girth, Frankfurt/Main

Schulenübergreifende Psychotherapie im stationären Bereich

Prof. Dr. Reinhard Plaßmann, Bad Hersfeld

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin – Auswirkungen für die psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung

Prof. Dr. med. Paul Janßen, Dortmund

11.00 Uhr Kaffeepause

11.30 Uhr *Die psychotherapeutische Versorgung im Allgemeinkrankenhaus:*

Ergebnisse einer europäischen Verbundstudie

Dipl.-Psych. Barbara Stein; Dr. med. Dipl.-Psych. Thomas Herzog, Freiburg

Spezifische Probleme von Frauen in der Psychotherapie

Dipl.-Psych. Heidi Scharff, Frankfurt/Main

Ein integratives Modell zum Verständnis der unterschiedlichen Therapien von Psychosen

Prof. Dr. med. Stavros Mentzos, Frankfurt/Main

13.00 Uhr Gemeinsames Mittagessen in der Mensa

Nachmittags (14.00–19.00 Uhr): Gründung eines deutschen Dachverbandes

14.00 Uhr *Warum wünscht sich der EAP einen deutschen Dachverband?*

Dr. Heiner Bartuska, Wien, Präsident des EAP

History, Structure and Political Influence of the U.K.C.P.

Prof. Digby Tantam, London, Präsident des englischen Dachverbandes

Psychotherapy in the European Union

Prof. Emmy van Deurzen-Smith, London (U.K.C.P.)

Die Psychotherapeuten und die Politik

Dr. Alfred Pritz, Wien, Präsident des österreichischen

Dachverbandes und des World Council for Psychotherapy

15.30 Uhr Kaffeepause

16.00 Uhr Vorstellung der anwesenden Verbände

Plenumsdiskussion

Gründung des „Deutschen Dachverbandes für Psychotherapie“ (DVP)

ca. 19 Uhr Abschluß der Tagung

Interessenten wenden sich bitte an:

Dr. med. Cornelia Krause-Girth, Abt. Med. Psychologie, Haus 56,

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/M, Tel. 069/6301-7603, Fax 069/6301-7606

Ziele der Gründung eines „Deutschen Dachverbandes für Psychotherapie“ (DVP)

1. Sicherung der Qualität psychotherapeutischer Arbeit
2. Kooperation verschiedener Therapeuten untereinander und mit anderen Gesundheitsberufen
3. Gesundheitspolitische Vertretung
4. Überblick über Ausbildungsinstitute und Standards
5. Transparenz psychotherapeutischer Arbeit

1st Congress of the World Council for Psychotherapy – WCP
Vienna, June 30 – July 4, 1996

Der Weltkongreß weiter auf Erfolgskurs

Schon in unserem letzten News Letter 95/01 haben wir Ihnen von einem sensationellen Voranmeldungsstand des 1. Weltkongresses für Psychotherapie berichtet. In diesem Schreiben haben wir Sie auch darüber informiert, daß im vergangenen Juni der Call for Papers versandt wurde. Zum Zeitpunkt unserer Publikation konnten wir bereits 150 eingelangte Vorträge registrieren. Heute – vier Monate danach – vermehren wir mit großem Stolz, daß bereits über 1.200 Papers von Vortragenden aus 51 Ländern und Workshopleiter/innen von unserem Kongreßsekretariat entgegengenommen werden konnten (siehe untenstehenden Kasten).

Einen durchschlagenderen Beweis für die umfassende Attraktivität des Programmes können wir nicht mehr bieten. Aufgrund dieser enorm hohen Rücklaufquoten haben wir die Deadline für eingereichte Vorträge von Mitte September auf Ende Oktober verschoben.

Bis Ende des Jahres werden die eingereichten Vorträge vom International Scientific Committee gesichtet, zugeordnet und beurteilt. Es zeigt sich jedoch schon heute, daß sich die Auswahl als schwierig darstellen wird, zumal die Qualität der Papers durchwegs als exzellent bis gut bezeichnet werden kann. Diese Beurteilung kann zum momentanen Zeitpunkt bereits abgegeben werden, da der wissenschaftliche Ausschuß bereits drei Vier-

tel der Referate überblicksmäßig redigiert hat.

Fast alle Subsymposiumskoordinatoren haben bereits ein fachlich hochwertiges Programm zusammengestellt. Nähere Informationen finden Sie in unseren nächsten Newsletters.

Als weitere Vortragende des Vorkongresses begrüßen wir:

Daniel Stern – Kinderpsychotherapie;
S. Mentzos – Psychoanalytiker;
Gert-Walter Speierer – „Jenseits der Grundhaltungen. Neue Ziele und Therapieoptionen in der klientenzentrierten Psychotherapie“.

Zudem ist die Zahl der Voranmeldungen auf über 2.200 gestiegen. Interessenten aus 72 Ländern aller Kontinente haben sich bei uns gemeldet. Naturgemäß ist die Rücklaufquote der Europäer am höchsten: Deutschland (452), Österreich (422), Italien (145), Schweiz (120), Belgien (108), Frankreich (108), USA (82), Großbritannien (67), Neuseeland (55) und Schweden (34). Wir dürfen daher heute schon mit Recht von einem Weltkongress sprechen.

*Für den Inhalt verantwortlich:
Mag. Dr. Eva-Maria Wolfram*

*ICOC Congress Organisation Service
Ges.m.b.H.*

*Johannessgasse 14, A-1010 Wien
Tel. +43/1/512 80 91
Fax +43/1/512 80 91 80*

Argentinien	5	Italien	96	Peru	1
Australien	12	Japan	9	Polen	12
Belgien	13	Jugoslawien	28	Portugal	2
Brasilien	19	Kamerun	2	Rumänien	8
Bulgarien	4	Kananda	12	Rußland	20
Burkina Faso	1	Kolumbien	1	Schweiz	57
China	20	Korea	3	Slowakische Rep.	3
Dänemark	1	Kroatien	7	Spanien	5
Deutschland	298	Kuba	1	Südafrika	6
Elfenbeinküste	2	Litauen	5	Taiwan	1
Estland	2	Mexiko	2	Tanzania	1
Finnland	5	Namibia	2	Tschechische Rep.	3
Frankreich	26	Neuseeland	4	Ukraine	24
Großbritannien	22	Niederlande	13	Ungarn	4
Indien	5	Nigeria	3	Uruguay	2
Indonesien	1	Norwegen	5	USA	70
Israel	8	Österreich	333		

S. N. Madu

Psychotherapieähnliche Heilungsprozesse in Nigeria

Zusammenfassung: In diesem Artikel werden die psychotherapeutischen Tätigkeiten der Medizinmänner/Frauen, der religiösen Geistheiler, und der „westlich“ orientierten Psychotherapeuten in Nigeria erläutert. Die Kliententypen und ihre Erwartungen, die verschiedenen Meinungen über Krankheitsursachen, die Diagnose- und Therapiemethoden und die Nützlichkeit der verschiedenen Methoden werden dargestellt. Die Probleme der Anwendung einer westlich orientierten Methode in einer afrikanischen Kultur (Nigeria) wird ebenfalls präsentiert. Schließlich wird eine Zusammenarbeit zwischen den Medizinmännern/Frauen, den religiösen Geistheilern und den in Europa/USA ausgebildeten Psychotherapeuten empfohlen und mehr Forschungsarbeit im Gebiet der traditionellen afrikanischen Heilungsmethoden vorgeschlagen.

Einführung

Die Leute, die sich mit Heilung (generell) in Nigeria beschäftigen, sind:

- die Medizinmänner/Frauen: – die Kräuterheilkundigen/Herbalisten, und die Medizinmänner/Frauen (per se)/Traditionelle Priester;
- die religiösen Geistheiler: die Priester und die Geistheiler;
- die „westlich“ orientierten Therapeuten: die Schulmedizin oder Ärzte und die Psychotherapeuten bzw. Klinische Psychologen.

Die Frage ist nun: Was sind die psychotherapeutische Aktivitäten der Medizinmänner/Frauen, der religiösen Geistheiler und der in Europa ausgebildeten Psychotherapeuten (bzw. Klinische Psychologen) in Afrika?

Die Medizinmänner/Frauen

In Nigeria glaubt man traditionsgemäß, daß Krankheiten – sowohl psychische als auch physische Störungen – eine von den Göttern für böse Taten auferlegte Strafe sei und daß diese

Strafen (die Krankheit) nur dann wieder aufgehoben werden können, wenn Buße getan wurde (Baasher, 1975). Deshalb suchen viele kranke Menschen bei Medizinmännern, die mit traditionellen Methoden arbeiten, und bei Kräuterheilkundigen Hilfe. Der Kräuterheilkundige ist auf die Anwendung von Kräutern zur Behandlung verschiedener Krankheiten spezialisiert. Die Kenntnisse über Heilkräuter, eine sehr komplexe Kunst des Heilens, wird als Familiengeheimnis von Generation zu Generation weitergegeben. Der Medizinmann, der mit traditionellen Methoden arbeitet, ist der König der Geister, der Vermittler zwischen den Göttern und den Menschen, der Priester, der Opfer darbringt. Er kann in die Zukunft sehen, Ereignisse vorhersagen und eine Reihe von Behandlungsmethoden verschreiben, um alle Arten von Krankheiten zu heilen, da man ja glaubt, daß alle Krankheiten, einschließlich psychischer Störungen, von den Göttern auferlegte Strafen seien.

In der Praxis jedoch hat ein Kräuterheilkundiger das gleiche Wissen und die gleichen Fähigkeiten wie ein Medizinmann und umgekehrt. Man glaubt sogar, daß manche neue Kräuter- oder Arzneimischungen entdeckt werden, wenn ein Medizinmann im Bann der Götter steht und deren göttliche Aufträge ausführt. Deshalb geht ein kranker Nigerianer traditionsgemäß zu einem solchen Heiler und erzählt ihm von seinen Problemen, die psychischer oder physischer Natur sein können. Der Kranke muß den Medizinmann also nur aufsuchen und ihn um Hilfe bitten, während dieser alles übrige übernimmt.

Kliententypus

Nach Ebigo und Ihezue, 1981, gibt es drei Typen von Klienten in Nigeria. Der traditionelle Typus wächst in Dörfern auf und verbringt die prägenden Jahre in ländlicher Umgebung. Einige der diesem Typus angehörenden Menschen ziehen dann zu einem rela-

tiv späten Zeitpunkt ihres Leben in die Stadt. Ihre Vorstellungswelt ist höchst alogisch, magisch und bildhaft. Es hat für sie nur die Fähigkeiten eingeborener Medizinmänner/Frauen gegeben, um ihre Probleme behandeln zu lassen. Der Mischtypus ist entweder in einem Dorf geboren und aufgezogen worden, lebt und arbeitet aber als Erwachsener in der Stadt, oder wächst in der Stadt auf und hat dennoch starke innere Bindungen zur ländlichen Umgebung.

Dieser Typus stellt so etwas wie eine „verworrene Mischung“ zweier Kultursysteme (traditioneller/westlicher) dar, wobei er dazu tendiert, Behandlungsmethoden beider Systeme in Anspruch zu nehmen. Einige wenden sich auch an religiöse Geistheiler. Die letzte Gruppe von Klienten ist die des „westlich orientierten“ Typus. Viele Klienten dieser Gruppe wurden in Städten geboren und wuchsen auch dort auf. Sie sind mehr oder weniger gebildet, sind Christen oder Moslems, stammen aus monogamen Familien und haben gebildete Eltern. Von Kindheit an werden sie in Spitälern behandelt und sind deshalb an diesen Behandlungsmodus (westlich) gewöhnt, ohne je auf den Gedanken gekommen zu sein, sich von einem Medizinmann behandeln zu lassen.

Die Krankheitsursache

Gemäß der Medizinmänner/Frauen sind die möglichen Ursachen sowohl für psychische als auch für physische Störungen eine von den Göttern für böse Taten auferlegte Strafe, ein böser Blick, ein Fluch, eine Hexerei, eine Beleidigung der Götter, eine Zerstörung der Harmonie in einem früheren Leben, „Juju“ (Zauberei), Naturursachen, Tabu- oder Sittenbruch, eine Störung der sozialen Beziehungen, aggressive Ahnengeister, eine Geisterbesessenheit, eine teuflische Besessenheit oder eine Einmischung von Gegenständen.

Die Erwartung der Klienten

Die Erwartung der Klienten sind objektivbezogen. Z.B. erwarten sie fertige Lösungen für ihre Probleme zu bekommen, und zwar in Form von Medikamenten, Mixturen, Injektionen, Operationen (chirurgischen

Eingriffen), Fetischen, Opfern an ihre Gottheit usw. Sie erwarten also, etwas Konkretes zu bekommen, was ihnen helfen und sie heilen kann.

Die diagnostische Methode

Die diagnostische Methode der Medizinmänner/Frauen sind Zuhören, Beobachtung/Durchschauen, Weissagung/Divination – d.h. in die Zukunft zu sehen und Ereignisse vorherzusagen, besonders wenn sie in Trance oder außergewöhnlichen Bewußtseinszuständen sind, Geister beschwören bzw. während traditionellen Gebete.

Die Therapiemethoden

Die Therapiemethoden hängen von den Fähigkeiten des Medizinmanns und den Problemen, die präsentiert wurden, ab. Aber die üblichen möglichen Methoden sind:

- Opfer darzubieten, d.h. den Göttern ein Opfer zu bringen.
- Anwendung von Kräutern (bei Herbalisten) oder eine Mischung von Kräutern und Wurzeln, die als Flüssigkeit, Puder oder Salbe zubereitet ist.
- Aufschneiden der kranken Körperteile; das Ziel ist es, die Krankheit dadurch aus dem Blut auszuspülen. Im allgemeinen glaubt man, daß die Farbe des ausfließenden venösen Blutes – also schwarzes Blut – ein Beweis für dessen Vergiftung ist. Auf diese Schnittstellen wird dann die Medizin aufgetragen.
- Totaler Entzug (z.B. bei Drogenfällen). Einsperren (z.B.) ist dabei nicht außergewöhnlich.
- Psychotherapieähnliche Methoden: mit Techniken des Sich-Abreagierens, wie z.B. Lärmen, Tanzen, Rituale, Suggestionen.
- Großen Wert legen sie dabei auch auf Gehorsam und Aufmerksamkeit, auch wenn sie dabei manchmal auf recht abschreckende Methoden zurückgreifen (z.B. Hand- und Fußschellen).
- „Incantations“: Dies sind Entspannungs- oder hypnoseerzeugende oder emotionerregende, monotone Gesänge/Gedichte, die oft kulturell sehr bedeutende, überzeugende suggestive Wörter beinhalten.

Die Nützlichkeit der traditionellen Heilmethoden

- Sie entsprechen den emotionalen und kulturellen Bedürfnisse vieler Klienten in Afrika; z.B. dem traditionellen Typus und dem Mischtypus. Die Medizinmänner (und die religiösen Geisterheiler) sprechen den Beobachtungen von Ebigbo und Tyodzua, 1982, zufolge einen Großteil der psychisch Kranken in Nigeria an.
- Sie dienen als alternative Heilmethode.
- Die modernen (orthodox) medizinischen Methoden und die traditionellen afrikanischen Methoden sollen einander ergänzen. Einige Krankheiten, die die moderne Medizin nicht heilen kann, heilt man mit den traditionellen Heilmethoden und umgekehrt.

Die religiösen Geisterheiler

Seit den 70er Jahren haben in Nigeria auch Heilverfahren, die auf religiösen Gebeten basieren, an Bedeutung gewonnen. Religiöse Geisterheiler praktizieren eine Art Psychotherapie, und zusammen mit den Medizinmännern sprechen sie einen Großteil der psychisch Kranken in Nigeria an.

Die Krankheitsursache (Ätiologie-Modelle)

Die religiösen Geisterheiler (fast wie bei den Medizinmännern) halten die Krankheitsursachen für:

- Strafe von Gott für begangene Sünden,
- Teufelshandwerk,
- teuflische Besessenheit,
- eine Hexerei,
- eine Zauberei (Juju) oder
- Folge von Naturursachen.

Ihre diagnostische Methode sind oft Visionen, Prophezeiungen und Intuitionen.

Die Klienten und ihre Erwartungen

Die Klienten, die zu den religiösen Geisterheilern gehen, sind oft die, die zum Mischtypus gehören. Aber manchmal kommen auch einige, die zum westlich orientierten Typus gehören. Die Klienten erwarten auch, etwas Konkretes zu bekommen oder eine konkrete Handlung, die ihnen

helfen und sie heilen kann – z.B. Weihwasser, Medaillen, Reliquien, heiliges Öl, heilige Opfer (die Messe), Vergebung ihrer Sünden (Buße), heilige Rituale usw. Sie erwarten auch eine spontane Heilung.

Die Therapiemethoden

Die Therapiemethoden hängen auch von der Fähigkeit der religiösen Geisterheiler und der Probleme der Klienten ab. Oft benutzte Methoden sind:

- Die Methode, die auf die Einbeziehung aller Sinnesorgane in den Heilungsprozeß abzielt. Eine gesteigerte Stimulation aller Sinnesorgane kann am richtigen Ort, mit der richtigen Musik und der richtigen Stimmung durch Tanz zu ekstatischen Zuständen führen, die eine seelische Entspannung nach sich ziehen.
- Emotion erregende Tätigkeiten wie Singen, Händeklatschen usw.
- Gebete: Durch die emotionalen Gebete (des Anführers) entstehen Suggestionen dramatischer Szenen und Visionen, die bedrohliche Symbole heraufbeschwören (wie z.B. böse Geister, Teufel, Hexen usw.).
- Exorzismus: Austreibung der bösen Geister.
- Gruppenrituale: Gruppenrituale werden angewendet, um den Zusammenhalt einer Gruppe zu fördern.
- Handauflegung.
- Andere therapeutische Techniken dieser religiösen Geisterheiler sind Mut, Selbstsicherheit und Überzeugung (z.B. durch Zeugnisse oder „Testimony“).
- Schizophrene und Drogenabhängige werden manchmal zum Gehorsam geschlagen und/oder bekommen Handschellen angelegt.
- Fasten: Durch Fasten werden die inneren und äußeren Abwehrmechanismen des Klienten abgebaut. Und so wird er/sie mehr suggestibel. Durch Fasten kann man auch zum außergewöhnlichen Bewußtseinszustand kommen.

Woraus besteht die Wichtigkeit der (religiösen) Gebetshäuser?

- Sie sind ergänzende oder auch manchmal vollständige Alternativen zur traditionellen und orthodox-medizinischen Methode.

- Die emotional isolierten Personen finden dort eine soziale Integration. Man fühlt sich dort zugehörig, entwickelt Lebensprinzipien, eine andere Einstellung zum Leben, die den Gruppenwerten entsprechen.
- Durch Tanzen, Singen, Gebete und Händeklatschen drückt man viele Emotionen aus. Viele emotionelle Bedürfnisse werden dort erfüllt.
- Durch Buße und öffentliche Zeugnisse fallen „Steine aus dem Herzen“. Viele fühlen sich dadurch erleichtert.
- Die Behandlung kostet fast nichts und ist unbürokratisch.
- Man kann auch dort Abwehrmechanismen für persönliche Handlungen, Motive, oder idiosynkratische Konflikte finden.
- Viele Patientenerwartungen werden dort erfüllt.
- Charismatische Erlebnisse und außergewöhnliche Bewußtseinszustände, die auch heilsam sein können, werden erlebt.

In den konventionellen Religionen und psychotherapeutischen Beratungen fehlen manchmal emotionserregende Techniken, wobei sie kognitive Veränderungen und intellektuelles Verständnis betonen. Andererseits ist ihnen genauso wie bei den Medizinmännern die Konfrontation mit unbewußten Motiven und die Bewußtmachung von pathogenen, aber latenten Problemen fremd.

Die „westlich“ orientierten Therapeuten

Neben den traditionellen und religiösen Heilverfahren hat auch die moderne Medizin in Nigeria bereits Fuß gefaßt und wird als solche anerkannt. In vielen Teilen des Landes ist es bereits üblich geworden, im Falle einer Krankheit die moderne Medizin zu Rate zu ziehen. Andere paramedizinische Bereiche wie z.B. (westliche) Psychotherapie (bzw. Klinische Psychologie) müssen sich erst durchsetzen (Peltzer et al., 1988).

Die Aktivitäten der in Europa/USA ausgebildeten afrikanischen klinischen Psychologen bzw. Psychotherapeuten in Afrika kann man folgendermaßen einteilen:

- Unterricht,
- Forschung,
- Diagnose,
- Therapie und Rehabilitation.

Unterricht

Die Psychotherapeuten bzw. Psychologen unterrichten an der Universität und anderen Hochschulen. Sie geben wieder, was sie in Europa oder den USA gelernt haben – „westliche“ Psychologie/Psychotherapie. Aber viele bemühen sich, nun afrikanische Einsichten und afrikanische kulturelle Komponenten mit westlicher Psychologie/Psychotherapie zusammenzubringen. Die psychotherapeutischen und klinisch psychologischen Aktivitäten der Medizinmänner in Nigeria wurden nur in Madu und Ohacri (1989) und Madu (1989) erläutert.

Forschung

Die Psychotherapeuten/Psychologen, die unterrichten, sind auch die, die Forschungen machen. Obwohl es einige gibt, die nur in Forschungsinstituten arbeiten. Sie versuchen, die psychotherapeutischen Aspekte und klinisch-psychologischen Instrumente/Tests, die in und für Europa/USA gemacht worden sind, für die Anwendung in Afrika anzupassen oder zu adaptieren. Einige solche Versuche in Nigeria, Tests zu adaptieren, sind: P. O. Ebigbo und G. I. Izuora (1989), A. Awaritefe und J. C. Abie (1982), I. E. Eyo (1986), A. O. Oyegfeso (1989), U. H. Ihezue und N. Kumaraswamy (1983).

Viele neue Instrumente/Tests sind auch schon in Nigeria und für Nigeria entwickelt. Einige Beispiele sind: S. N. Madu und H. A. A. Yusuf (1991), P. O. Ebigbo (1981), A. Awaritefe (1982), I. E. Eyo (1981).

Manche bemühen sich, menschliches/tierisches Verhalten in Afrika zu erforschen. Zum Beispiel S. N. Madu und D. B. Lawal (1992), P. O. Ebigbo und U. H. Ihezue (1981), W. H. Sangree (1982), A. Awaritefe und J. C. Ebie (1975), P. F. Omoluabi (1968), S. N. Madu und J. U. Ohaeri (1989). Es gibt noch zu wenige Berichte über Psychotherapieforschung (z.B. Madu, 1991).

Forschungsprobleme

Bei der Forschungsarbeit stoßen die Forscher auf einige Probleme – Probleme der Reliabilität und Validität: Bei der Anwendung westlicher Instrumente in Afrika muß man zuerst ihre Reliabilität und Validität für die Kul-

tur feststellen (Reliabilität = Zuverlässigkeit; Validität = Sicherheit, daß die Instrumente das messen, was sie messen sollen oder die Wahrscheinlichkeit, daß die Instrumente genau das messen, was sie messen sollen). Die Instrumente, die z.B. in Europa und für Europa gemacht worden sind, können nicht in Afrika verwendet werden, ohne zuerst zu schauen, ob sie reliabel und valide in Afrika sind (z.B. Psychologische Teste, Biofeedback, usw.).

Probleme der Entwicklung neuer Instrumente

- Mangelnde Technologie.
- Die Maßnahmen/Prozesse und die Anerkennungsrichtlinien werden von Europa/USA bestimmt. Dadurch werden die sozio-kulturelle Elemente Afrikas nicht berücksichtigt.
- Finanzielle Probleme (wie auch unten angedeutet wird).

Finanzielle Probleme

- Unzureichende Forschungsaufträge von Institutionen, Organisationen und Regierungen.
- Unzureichende wissenschaftliche Zeitschriften, die sich für solche Arbeiten interessieren.

Diagnose

Die Diagnosen werden in den Spitälern, Universitätskliniken und privaten Praxen durchgeführt. Die adaptierten und die neu entwickelten Tests werden benutzt. Wichtig in diesen Tests ist, daß sie die sozio-kulturellen Elemente der Bevölkerung berücksichtigen.

Kliententypus

Die westlich orientierten und die Mischtypen benützen am häufigsten die psychotherapeutischen Behandlungsangebote. Die traditionellen Typen werden ab und zu von Ärzten überwiesen. Die Erwartungen der Klienten sind so objektbezogen wie bei den Klienten der Medizinmänner und religiösen Geisterheilern.

Therapie

Die Therapien werden auch in Spitälern, Kliniken oder in der privaten

Praxis ausgeübt. Die Therapieformen sind genau wie in Europa/USA (z.B. Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Familientherapie, Psychoanalyse, Gestalttherapie, Eklektische Therapie usw.). Aber diese Therapieformen sollten vorher adaptiert und dann angewendet werden. Einige solche adaptierten Therapieformen sind: S. N. Madu (1987, 1990), Hanneke Bot (1989) und B. Y. Oladimeji (1988).

Die Probleme der Therapiepraxis (besonders bei Einzeltherapie)

Aus meiner sechsjährigen Erfahrung (1985–1991) als Dozent und Gesprächspsychotherapeut an der Universität Ibadan, Nigeria, behaupte ich das Folgende:

Viele Klienten sind sehr unbeständig bei der Einhaltung von Verabredungen und Terminen. Es kann vorkommen, daß ein Klient, der um neun Uhr morgens zur Therapie erscheinen und um zehn Uhr wieder gehen sollte, letztendlich dann erst gegen zehn oder überhaupt nicht kommt. Er erklärt dann möglicherweise, daß das benützte öffentliche Verkehrsmittel Verspätung hatte oder daß sein Wagen unterwegs eine Panne hatte und der öffentliche Fernsprechautomat, mit dem er den Therapeuten hätte verständigen können, außer Betrieb war. Das sind alltägliche Vorkommnisse in Nigeria und häufig gebrauchte Entschuldigungen, wenn man zu spät kommt, auch z.B. zur Arbeit. Der Therapeut müßte nun also alle späteren Termine des Tages verschieben und dadurch sowohl sich als auch den anderen Klienten Unannehmlichkeiten verursachen oder aber den Klienten enttäuschen, der möglicherweise glücklich darüber war, trotz aller Hindernisse doch noch zur Therapie zu kommen. Dem Klienten die Stunde zu verrechnen, ohne sie tatsächlich abgehalten zu haben, wäre undenkbar und würde vom Klienten als grausam empfunden werden.

Sich selbst zum Zweck eines besonderen Treffens (wie z.B. eine psychotherapeutische Sitzung) zu isolieren, wird traditionsgemäß als ungern gesehene Handlung empfunden. Menschen, die heimlich Informationen austauschen, werden oft verdächtigt, böse Absichten zu hegen. Ein Gespräch zwischen zwei Menschen, das

sich über längere Zeit erstreckt, wird nur dann als natürlich und akzeptabel empfunden, wenn es bestimmten Kommunikationsmodellen entspricht, die von der Öffentlichkeit erlaubt werden. Jene Art von Einzelgespräch, die bei den Sitzungen der individuellen Psychotherapie praktiziert wird, wird mit großem Mißtrauen betrachtet. Alles, was nicht in der Öffentlichkeit oder im Beisein der Familie besprochen werden kann, wird als böse angesehen. Familienmitglieder und Freunde nehmen oft an Gesprächen teil, die sich um das Wohlergehen eines Mitglieds drehen. Die Erwartungen der Klienten sind objektbezogen (wie ich schon oben erwähnt habe). Das heißt, sie erwarten etwas Konkretes zu bekommen, das ihnen helfen und sie heilen kann. Wenn z.B. jemand zu einem Praktischen Arzt geht, um sich behandeln zu lassen, erhält er irgendwelche Tabletten, Kapseln oder Injektionen; wenn er zu einem Medizinmann geht, bekommt er irgendwelche Kräuter oder Mixturen; geht er zu einem religiösen Geistesheiliger oder in ein Gebetshaus, nimmt er zumindest heiliges Wasser oder sonst irgendwas Heiliges mit nach Hause. Geht man z.B. zu einem Gesprächstherapeuten, „spricht“ man nur und hat nichts Konkretes zum Mitnehmen – so zumindest denken viele nigerianische Klienten.

Oft kommt es vor, daß ein Psychotherapeut, der in Europa/USA ausgebildet wurde, ein gänzlich anderes Glaubenssystem bezüglich Krankheiten hat als seine Klienten in Afrika. Ein Beispiel dafür ist ein Student, der während seiner ersten drei Studienjahre an der Universität Ibadan mit seinen Prüfungen gut vorankam, während seines letzten Studienjahres aber plötzlich Probleme hatte. Der Student glaubte, daß seine Studienprobleme von der zweiten Frau seines Vaters verursacht wurden, von der er annahm, daß sie eine böse Medizin (Juju) machte, um zu verhindern, daß er sein Studium beendete. Seinen Berichte zufolge wollte die zweite Frau seines Vaters, daß ihr eigener Sohn, der noch zur Schule ging, als erster in der Familie sein Studium abschliesse. Während der Therapiesitzungen fand der Therapeut heraus, daß sich der Klient in einer Konfliktsituation befand. Einerseits wollte er sein Studium abschließen, andererseits aber hatte

er keine Aussicht auf eine Stellung, und viele seiner Freunde, die schon einige Jahre davor graduiert hatten, waren noch immer auf Arbeitssuche. Diese Konfliktsituation – graduierten oder nicht graduierten – versetzte ihn in einen Zustand der Hoffnungslosigkeit, und die Aussicht, keine Stelle zu bekommen, demoralisierte ihn.

Deshalb hatte er keinen Erfolg mehr bei seinen Prüfungen. Versuche des Therapeuten, dem Klienten diesen Konflikt und die demoralisierende Wirkung der ganzen Situation bewußt zu machen, stießen auf Ablehnung. Er war einfach der festen Überzeugung, daß etwas Übernatürliches (Juju), hergestellt von der zweiten Frau seines Vaters, die Ursache für sein Versagen wäre.

Klienten verfallen oft in eine passive Rolle während der therapeutischen Sitzungen. Die Klientenzentrierte Psychotherapie (z.B.), die eine aktive Teilnahme des Klienten voraussetzt, die Selbstverwirklichung des Klienten fördert und für ihn Bedingungen schafft, in denen er selbst fähig wird, unabhängig Entscheidungen zu treffen, ist vielen Klienten neu und fremd. Die traditionellen Behandlungsmethoden, an die sie gewöhnt sind, und andere medizinische Behandlungsformen drängen den Klienten in eine passive Rolle, sobald er sein Problem einmal geschildert hat.

Die Vielsprachigkeit Nigerias (und überhaupt Afrikas) stellt für die Anwendung von Psychotherapie ein Hindernis dar. Z.B. gibt es drei Hauptsprachen – entsprechend den drei größten ethnischen Gruppen Nigerias – nämlich Hausa, Igbo und Yoruba. Neben diesen Sprachen gibt es noch weitere untergeordnete Sprachen und Dialekte. Das stellt einen Psychotherapeuten, der vom Stamm der Igbo kommt und nur deren Sprache sowie die Amtssprache Englisch versteht, in seinem Einsatzbereich aber auch Klienten aus anderen ethnischen Gruppen behandelt, vor ein Problem. Die Möglichkeit einer Behandlung beschränkt sich daher auf Klienten, die dieselbe Sprache beherrschen wie der Therapeut – in diesem Fall also Igbo und Englisch. Klienten aus anderen ethnischen Gruppen haben also, wenn sie nicht Englisch sprechen, keinen Zugang zu einer Therapie, da sich die Vorgangsweise in diesem Fall von

der der Medizinmänner, der religiösen Geisterheiler und der praktischen Ärzte unterscheidet. Bei psychotherapeutischen Sitzungen kann kein Dolmetscher als „Kommunikationsmittel“ zwischen Therapeut und Klient eingesetzt werden. Diese Sprachbarriere verhinderte die Behandlung vieler Klienten, die eine Behandlung wollten, aber mit dem Therapeuten (mit mir) nicht direkt kommunizieren konnten.

Aufgrund eines Mangels an Informationen wissen viele afrikanischen Klienten nicht, worum es bei Psychotherapie überhaupt geht, was das Ziel dabei ist oder wann eine derartige Therapie nötig ist. Deshalb schätzen viele Klienten, die an einen Psychotherapeuten überwiesen werden, die Psychotherapie nicht allzu hoch ein (siehe auch Madu, 1991). In vielen Fällen nehmen sie die Therapie nicht ernst. Einige wollen nur einen Rat, was gegen ihr Leiden zu tun sei.

Diesem Problem wirkte der Autor recht erfolgreich entgegen, indem er die Klienten über diese Problembereiche aufklärte. Das geschah vor allem beim ersten Gespräch in der Klinik und während der Sitzungen, wann immer es dem Autor als nötig erschien. Auch bei Vorlesungen für Studenten und Vorträge in der Öffentlichkeit über Themen, die mit klinischer Psychologie oder Psychotherapie in Zusammenhang stehen, nutzte er die Gelegenheit dazu. Auch öffentliche Workshops und Seminare dienten diesem Zweck.

Die Nützlichkeit der Aktivitäten der in Europa/USA ausgebildeten klinischen Psychologen/ Psychotherapeuten in Afrika

- Wie schon oben angedeutet, entsprechen sie dem Lebensstil der Klienten, die zum westlich orientierten Typen gehören.
- Die klinischen Psychologen und Psychotherapeuten gehen die Probleme wissenschaftlich an.
- Die tiefenpsychologisch orientierten klinischen Psychologen/Psychotherapeuten interessieren sich auch für die unbewußten Motive der Klienten.

Schlußbemerkung

- Die Medizinmänner, die religiösen Geisterheiler und die in Europa/USA ausgebildeten klinischen Psychologen/Psychotherapeuten in Afrika sollten zusammenarbeiten und zum Wohle der Klienten einander ergänzen.
- Kultur ist nie statisch, und so sollen die klinischen Psychologen/Psychotherapeuten in Afrika jederzeit die gegenwärtige Kultur der Bevölkerung berücksichtigen.
- Es sollten mehr Anstrengungen gemacht werden, um die klinisch psychologischen Aktivitäten der Medizinmänner und der religiösen Geisterheiler in Afrika schriftlich zu dokumentieren.

Literatur

Awaritefe A, Abie JC (1982) Nigerian norms on the school readiness survey. *Nigerian J Clin Psychology* 1/1: 119-129

Awaritefe A (1982) The Awaritefe psychological index. *Nigerian J Clin Psychology* 1/2: 42-51

Awaritefe A, Ebie JC (1975) Contemporary attitude towards mental illness in Africa. *Afr J Psychiatry* 1: 37-43

Baasher TA (1975) Traditional treatment of psychiatric disorders in Africa. *Afr J Psychiatry* 1: 77-85

Ebigbo PO, Izuora GI (1981) Draw a person test: standardization, validation, guidelines for use in Nigeria. Enugu, Chuka

Ebigbo PO, Ihezue UH (1981) The „ogbanje“ phenomenon and its meaning for psychotherapy in Nigeria. *Z Psychosom Med Psychoanal* 27: 84-91

Ebigbo PO, Tyodzua W (1982) Healing methods of a prayer house in Enugu, Nigeria. In: Erinoshio OA, Bell NW (eds) *Mental health in Africa*. University of Ibadan Press, Ibadan, pp 192-195

Ebigbo PO (1981) Development of a culture specific (Nigeria) screening scale of somatic complaints indicating psychiatric disturbance. *Cult Med Psychiatry* 6: 55-69

Eyo IE (1981) Honesty as a policy: the development of a measure. Unpublished manuscript, University Nsukka

Eyo IE (1986) Nigerian adaptation of Hermans' questionnaire measure of achievement motivation. *Nigerian J Psychology* 5/1: 62-71

Hanneke B (1989) Psychoanalytic psychotherapy in Africa: Kenyan experiences. In: Peltzer K, Ebigbo PO (eds) *Clinical psychology in Africa*. Chuka, Enugu, pp 575-585

Ihezue UH, Kumaraswamy N (1983) The crown crisp experimental index (i.e. the Middlesex Hospital Questionnaire - MHQ) in Nigeria - a standardization and validation study. *Nigerian J Clin Psychology* 2/1: 65-74

Madu SN (1987) Die Praxis der klientenzentrierten Psychotherapie in Nigeria. *Personzentriert* 1/2: 47-55

Madu SN (1989) Klientenzentrierte Psychotherapievariablen in der Behandlungsmethode eines nigerianischen Medizinmannes. *Personzentriert* 1: 48-54

Madu SN (1990) Klientenzentrierte Psychotherapie bei nigerianischen Familien. *Personzentriert* 1: 40-51

Madu SN (1991) Sechs Jahre klientenzentrierte Psychotherapie in Nigeria: Probleme, die sich dabei stellten. *Personzentriert* 2: 64-78

Madu SN, Lawal DB (1992) With which ear do human beings hear better? *Indian J Behavior* 16/1: 1-6

Madu SN, Yusuf HAA (1991) Development and standardization of fear of failure behavior scale for use among students in Nigeria. *Indian J Behavior* 15/3: 1-10

Madu SN, Ohaeri JU (1989) Nigerian traditional healers method of treatment of obsessional neurosis. *Trop Geogr Med* 41/4: 383-387

Oladimeji BY (1988) Applications of behavior therapy in Nigeria. In: Peltzer K, Ebigbo PO (eds) *Clinical psychology in Africa*. Chuka, Enugu, pp 612-619

Omoluabi PF (1968) Psychophysiological indicants of brain-fag syndrome. In: Wilson EB (ed) *Psychology and society: selected reading: Ife Nigerian Psychological Association*

Oyefeso AO (1989) Social anxiety scale: a modification and cross validation of Friend and Watson's (1969) social avoidance and distress scale. Unpublished manuscript, University of Ibadan.

Peltzer K, Ebigbo PO (1989) *Clinical psychology in Africa*. Working group for Africa Psychology, Enugu

Peltzer K, Ebigbo PO, Stubbe H, Madu SN (1988) Training in clinical psychology at masters level. In: Peltzer K, Ebigbo PO (eds) *Clinical psychology in Africa*. Working group for Africa Psychology, Enugu

Sangree WH (1982) Spirit possession cult in Iriwge, Nigeria. In: Erinoshio OA, Bell NW (eds) *Mental health in Africa*. Ibadan University Press, Ibadan, pp 60-75

*Dr. Sylvester N. Madu
Psychotherapeut, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe
Universitätsdozent in Ibadan/Nigeria
Lehrauftrag an der Universität Wien
Wurlitzergasse 55/3/15, A-1160 Wien*

Veranstaltungskalender

18.–23. Februar 1996, Berlin

11. Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Auskunft: DGVT-Geschäftsstelle – Kongreß 1996
Postfach 1343, D-72003 Tübingen
Tel. 0049/7071/43801, Fax 45021

23.–24. Februar 1996, Flensburg Workshop 96 –

Mit Eltern kooperieren!

Für alle, die mit Eltern zusammenarbeiten

Anmeldungen bis 31. 12. 1995

Auskunft: projekt system

Jürgen Hargens

Norderweg 14, D-24980 Meyn

Tel. 0049/4639/7506

25. Februar–1. März 1996, Berlin Kongreß für Klinische

Psychologie und Psychotherapie

Vielfalt gestalten – Aufgaben und Formen psychosozialen Handelns
Auskunft: deutsche gesellschaft für verhaltenstherapie (dgvt)

Postfach 1343, D-72003 Tübingen

Tel. 0049/7071/41211

11.–16. März 1996, Goldegg

5. Goldegger Psychotherapie-woche des ÖAGG

Ressource und Ressourcenentwicklung

zur persönlichen Karriereplanung

Auskunft: ÖAGG-Sekretariat Goldegg,

Frau Dr. Elisabeth Wildberger

Griesgasse 15, A-5020 Salzburg

Tel./Fax 0043/662/84 92 55 od. 430 489

17.–23. März 1996, Istanbul

2. Türkisch-Deutscher

Psychiatriekongreß:

Integration und Krankheit –

Wege und Irrwege der Migration

Deutsch-Türkische Gesellschaft für

Psychiatrie, Psychotherapie und Psy-

chosoziale Gesundheit

Hauptthemen: Migration, Kinder und

Jugendpsychiatrie, Depression, Psy-

chotherapie, Stellung der Frau

Kongreßpräsidenten: Prof. Dr. Metin

Özek (Istanbul), Prof. Dr. Wolfgang

M. Pfeiffer (Erlangen)

Auskunft: Dr. Eckhardt Koch

Psychatisches Krankenhaus

Cappeler Straße 98

D-35039 Marburg/Lahn

Tel. 0049/6421/404 411, Fax 404 442

21.–26. April 1996,

Bad Gleichenberg

2. Internationales Seminar

für körperbezogene

Psychotherapiemethoden

Das Seminar gibt Gelegenheit, sich

über diese innovativen Verfahren zu

informieren und kritisch mit ihnen

auseinandersetzen

Auskunft: Sekretariat der Universi-

tätsklinik für Medizinische Psycholo-

gie und Psychotherapie

Frau Maria Bogner, Di. u. Do.

8.00 bis 12.00 Uhr

Auenbruggerplatz 39

Postfach 25

A-8036 Graz

Tel. 0043/316 385-2292, Fax 385-3155

29. April – 1. Mai 1996, Stuttgart

4. Stuttgarter Therapietage

Thema: Kognition, Imagination und

Hypnose

Auskunft: Weiterbildungs-Akademie

der Gerhard-Alber-Stiftung

Christophstraße 8

D-70178 Stuttgart

Tel. 0049/711/6408092, Fax 6408093

10.–12. Mai 1996, Zürich

Psychotherapie – Antworten auf

die neue Herausforderung

Erster wissenschaftlicher Kongreß der

psychotherapeutischen Ausbildungs-

institutionen und Fachverbände

(Charta).

Auskunft: Schweizer Psychotherapeu-

ten-Verband

Weinbergstrasse 31

CH-8006 Zürich

Tel. 0041/1/266 64 00, Fax 262 29 96

23.–25. Mai 1996, Flensburg

Workshop 96 – Systemisches

Arbeiten mit Gruppen

Anmeldungen bis 31. Januar 1996

Auskunft: projekt system

Jürgen Hargens, Norderweg 14,

D-24980 Meyn, Tel. 0049/4639/7506

31. Mai – 1. Juni 1996, Flensburg

Workshop 96, Language and

Reality: Generating Therapeutic

Change

Anmeldungen bis 31. März 1996

Auskunft: projekt system

Jürgen Hargens, Norderweg 14,

D-24980 Meyn, Tel. 0049/4639/7506

7. Juni 1996, Flensburg

Workshop 96 –

Verhaltensprobleme in der Schule

Lösungsstrategien für die Praxis

Auskunft: projekt system

Jürgen Hargens, Norderweg 14,

D-24980 Meyn, Tel. 0049/4639/7506

7. und 8. Juni 1996, Bonn

Language and Reality:

Generating Therapeutic Change

Auskunft: Axel Wrede

Oswald-Achenbach-Straße 17a

D-53125 Bonn

Tel. 0049/228/29 88 49

15. und 16. Juni 1996, Berlin

Language and Reality:

Generating Therapeutic Change

Auskunft: Berliner Institut für

Familientherapie

Obentraustraße 57, D-10963 Berlin

Tel. 0049/30/216 40 28

28.–30. Juni 1996, Wien

International Conference on

Systemic Brief Therapy

Information:

Mag. Stefan Geyerhofer

Institut für Systemische Therapie

Am Heumarkt 9/2/22

A-1030 Wien

Tel./Fax 0043/1/714 38 00