



Forum Österreich

AUS DEM ÖBVP

- S 67 Brief des Präsidenten des ÖBVP
S 68 Bartuska, H.: Zum Umgang mit Krankenkassenbeschwerden
S 68 Bartuska, H.: Rechtsurteil gegen Fachärzte gibt Krammer recht
S 69 Kommentar zum Obersten Gerichtshof-Entscheid
S 69 Leithner, K., Nemeskeri, N., Springer-Kremser, M., Söllner, W.: Psychotherapie in der Medizin
S 72 Raviola, Ch.: Zur Problematik des Transsexualismus
S 74 Jupiter, E.: Transsexualität – vom Wunsch bis zur Stempelmarke
S 76 Adler, E.: Probleme der Transsexuellen bei der Behandlung durch die Krankenkassenunterstützung
S 77 Ellmauthaler, V.: Das Phänomen des pädophilen (Wohl?-)Täters
S 79 Picker, R.: 25 Gebote menschengerechter Psychotherapie
S 80 Leserbriefe

AUSBILDUNG – FORTBILDUNG – WEITERBILDUNG

- S 81 Kalchmayr, R., Kern, S.: Fristlose Ausbildung
S 82 Supervisionsgruppe Psychosenpsychotherapie

AUS DEM PSYCHOTHERAPIEBERAT – GESUNDHEITSMINISTERIUM

- S 83 Ethik-Rubrik: Perner, R. A.: Anmerkungen zur Forderung nach psychotherapeutischer Diagnostik
S 84 Leserbrief



Forum Schweiz/Suisse

- S 87 Editorial – Verhandlungen gescheitert!
S 88 Editorial – Les négociations ont échoué!
S 88 Fäh-Barwinski, M.: „We are foreigners!“ – Bemerkungen zum Qualitätsmanagement in der Psychotherapie
S 90 Veranstaltung
S 91 Fäh-Barwinski, M.: „We are foreigners!“ – Remarques concernant la gestion de qualité en psychothérapie
S 93 Franzetti, W.: Damit der Psychotherapie-Diskurs nicht entgleist
S 96 Franzetti, W.: Pour que le discours sur la psychothérapie ne déraile pas
S 98 Vetter-Lüscher, I.: Aus der Vorgeschichte der „Charta für die Ausbildung in Psychotherapie“
S 99 Vetter-Lüscher, I.: Les antécédents de la „Charte concernant la formation en psychothérapie“

Psychotherapie International

- S 103 Pritz, A.: Zum Aufbau der Psychotherapie in der Ukraine
S 104 Lanske, P., Papst, W.: Arbeitsmöglichkeiten in Österreich für Psychotherapeuten/innen aus Mitgliedstaaten des EWR
S 106 Pjeshkazini, V.: The psychotherapeutic treatment of the torture victims in ARCT
S 108 Meignant, M.: L'avenir de la psychothérapie française passe par l'Europe
S 110 VERANSTALTUNGSKALENDER



Aus dem ÖBVP

Brief des Präsidenten des ÖBVP

*Sehr geehrte Kollegin!
Sehr geehrter Kollege!*

Zunächst herzlichen Dank für die vielen durchwegs positiven Rückmeldungen zum neuen Erscheinungsbild des Psychotherapie Forums sowie zur gelungenen Premiere der Kooperation mit dem Schweizer Psychotherapeutenverband SPV/ASP.

Was gibt es Neues in Österreich:

1. *Kassenverhandlungen.* Am 4. 5. 1995 wurden die Verhandlungen mit den Krankenkassen um „Psychotherapie auf Krankenschein“ wieder aufgenommen. Die Sitzung verlief in sachlicher Atmosphäre mit gegenseitigen Beteuerungen, an der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages des ASVG hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung einen weiteren Schritt tun zu wollen. Am 12. 6. 1995 wird die nächste Sitzung stattfinden. Trotz der leicht euphorischen Zeitungsmeldung vom 5. 5. 1995 hinsichtlich einer konkreten Umsetzung von „Psychotherapie auf Krankenschein“ ab Herbst, was nicht ausgeschlossen ist, sind aber noch konkrete Verhandlungsschritte notwendig. Insbesondere bedarf die Abgrenzung von Selbsterfahrung und Psychotherapie noch einiger Diskussionen.

2. *Tagung des ÖBVP in Kooperation mit dem ÖGB.* Am 13. 11. 1995 findet eine gemeinsame Enquete von ÖGB und ÖBVP zum Thema „Psychotherapeuten/innen als Arbeitnehmer/innen“ statt. Detaillierte Einladung erfolgt im Herbst.

3. *Psychotherapie und Justiz.* Am 26. 4. 1995 fand eine Besprechung mit Sektionschef Dr. Neider, Sektionschef Dr. Salzner und Ministerialrat Dr. Zemanek vom Justizministerium statt. Ziel des Gesprächs war, die Stellung der Psychotherapie in der Justiz zu klären. Der tragische Tod unserer Kollegin Dr. Veronika Kreuziger ist dabei Anlaß, auf die unhaltbaren Arbeitsbedingungen von Psychotherapeuten/innen in den Gefängnissen hinzuweisen. Das Gespräch verlief kon-

struktiv und führte zu einer Arbeitsgruppe, die einerseits die Arbeitsbedingungen, andererseits aber auch die notwendigen Reformschritte auf gesetzlicher Ebene im Auge haben wird. Wir versuchen nun, alle in der Justiz auch außerhalb von Strafanstalten tätigen Psychotherapeuten/innen sowie Psychotherapeuten/innen in Ausbildung zu dieser Arbeitsgruppe einzuladen. Daher ersuchen wir Betroffene, auch von sich aus unser Büro zu kontaktieren (Stichwort: Psychotherapie und Justiz). Es geht dabei auch um eine generelle Analyse des Justizsystems und um die Frage, inwieweit Psychotherapie in totalen Institutionen überhaupt durchführbar ist.

4. *Österreichs Psychotherapeuten/innen in der Europäischen Union.* Ende Juni findet ein trilaterales Treffen von Beamten aus Deutschland, Frankreich und Österreich zum Thema „Freie Berufe“ in Potsdam statt. Der ÖBVP ist dazu eingeladen und wird unsere Position dort vertreten. Faktum ist, daß derzeit in vielen Ländern der EU die Diskussion über eine gesetzliche Regelung des Psychotherapieberufes stattfindet und die Interessengruppen von Ärzten und Psychologen sehr daran arbeiten, daß eine Gesamtlösung verhindert wird zugunsten der Obgenannten, was natürlich auch indirekte Auswirkungen auf Österreich hätte. Wir werden daher unsere Kooperation insbesondere mit dem britischen Dachverband, der ebenfalls unsere Position eines eigenständigen Berufes vertritt, ausbauen müssen. Gleichzeitig ist es notwendig, die Qualifikationskriterien für Ausbildungsinstitute in Psychotherapie zu bestimmen, da Institute mit zweifelhafter Qualifikation immer wieder auch in Österreich tätig werden. Diesbezüglich wird es bei der EAP-Tagung in Zürich vom 23.–25. 6. 1995 einen Vorstoß des ÖBVP geben. Einheitliche Mindeststandards sollte es wohl in Europa geben.

*Wien, am 15. 5. 1995
Dr. Alfred Pritz, Präsident des ÖBVP*

H. Bartuska

Zum Umgang mit Krankenkassenbeschwerden

In der neuzubildenden Kassenkommission sollen Beschwerden und Probleme geklärt werden. Dies ist nur möglich, wenn konkrete Probleme beschrieben werden. Dazu benötigen wir folgende schriftliche Informationen*:

- Konkrete Darstellung der Beschwerde vom Patienten selbst mit Daten (Stunden, Bezahlungen, Refundierungen etc. + Name, Vorname, Versicherungsnummer) oder:
- Konkrete Darstellung der Beschwerde durch den behandelnden Psychotherapeuten mit Daten (Stunden, Bezahlungen, Refundierungen etc. + Name, Vorname, Versicherungsnummer des/r Patienten/in)

* Schicken Sie diese bitte an den ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/3/7, A-1010 Wien.

oder:

- Gesammelte Darstellung des Landesverbandes bei mehrfachem Auftreten von lokalen Beschwerdetypen.

Keinesfalls kann mit telefonischen Beschwerden so umgegangen werden, daß mit dem HVST konkrete Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden, da in diesen Fällen meistens die Grund- oder Detailinformationen fehlen.

Daher bitte ich nochmals, an alle Psychotherapeuten die Information weiterzugeben: Bei allen Krankenkassen-Beschwerdefällen bitte schriftliche Information mit Daten vom Patienten anzuregen oder selbst zu verfassen und an mich zu senden.

Dr. Heiner Bartuska
Präsidium des ÖBVP

gen psychotherapeutischen Tätigkeit ohne Listeneintragung).

Dazu aus der Urteilsbegründung wörtlich: „Was die Voraussetzungen für die selbständige Ausübung der Psychotherapie betrifft, so bestimmt § 11 PthG (BGBl. 1990/163), daß hierzu berechtigt ist, wer bestimmte Voraussetzungen erfüllt und nach Anhörung eines einschlägigen Beirates in die ‚Psychotherapeutenliste‘ eingetragen wird (Ziffer 5).

Gemäß § 13 Abs. 1 leg. cit. hat derjenige, der zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt ist, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufes die Bezeichnung ‚Psychotherapeut‘ zu führen. Andererseits ist die Führung dieser Berufsbezeichnung (samt etwaigem Zusatz) in Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufes den im Absatz 1 genannten Personen vorbehalten (§ 13 Abs. 2 PthG). Nach § 13 Abs. 3 ist jede Bezeichnung, die geeignet ist, die Berechtigung zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie vorzutäuschen, untersagt. Aus dem Zusammenhalt dieser Regelung in Verbindung mit der im § 17 PthG umschriebenen Psychotherapeutenliste folgt, daß nur derjenige die Berufsbezeichnung ‚Psychotherapeut‘ führen darf, der in die Liste eingetragen ist. Denn § 17 (2) PthG legt eindeutig fest, daß sich in Frage kommende Personen vor Aufnahme der selbständigen Ausübung der Psychotherapie in die Psychotherapeutenliste einzutragen haben ...

Mangels Aufnahme in diese Liste hat der Beklagte die Bezeichnung ‚Psychotherapeut‘ und (gleichbedeutend) ‚Arzt für Psychotherapie‘ – ob gutgläubig oder nicht, ist für den Unterlassungsanspruch irrelevant –, bis 30. 6. 1993 zu Unrecht geführt.

Er hat damit nicht nur die Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes, sondern auch § 31 UWG verletzt: Darin wird u.a. die widerrechtliche Anmaßung einer behördlich anerkannten Berechtigung und Befähigung untersagt. Daß es sich bei der Berufsbezeichnung ‚Psychotherapeut‘ um eine derart qualifizierte Berechtigung handelt, ergibt sich, abgesehen vom § 13 Abs. 2, auch aus § 17 Abs. 5 PthG. Ihm zufolge hat der Bundeskanzler bei berechtigten Personen die Eintragung in die Liste vorzunehmen oder diesen Akt, wenn

H. Bartuska

Rechtsurteil gegen Fachärzte gibt Krammer recht

Nur wer in die Psychotherapeutenliste eingetragen ist, darf sich dieses Titels bedienen

Im Kampf einiger Ärztekammerfunktionäre gegen die Berufsgruppe der Psychotherapeuten und gegen das Gesundheitsministerium hat nun neuerlich ein Gericht im Sinne der Frau Gesundheitsminister Dr. Christa Krammer und im Sinne des Psychotherapiegesetzes entschieden. Diese Ärztekammerfunktionäre versuchten bis jetzt mit Fehlinformationen und mit Hilfe einer teilweise sinnvollen Fortbildung, die Ärzte zu animieren, Psychotherapie ohne Eintragung in die staatliche Psychotherapeutenliste auszuüben und mit der Krankenkasse zu verrechnen.

Ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie wurde nun wegen unlauteren Wettbewerbes und Wiederho-

lungsgefahr sowie wegen Verletzung des Psychotherapiegesetzes rechtskräftig verurteilt. Er hatte sich auf dem Türschild und im Telefonbuch als „Psychotherapeut“ und „Arzt für Psychotherapie“ bezeichnet, ohne in die Psychotherapeutenliste des Gesundheitsministeriums eingetragen zu sein. Diese Bezeichnungen zu führen und als Psychotherapeut tätig zu sein, ohne die Berechtigung der selbständigen Ausübung zur Psychotherapie zu haben, ist eine Anmaßung eines behördlichen Privileges (§ 31 UWG) und eine Irreführung (§ 2 UWG) sowie eine Verletzung der §§ 13/2 und /3 sowie 17/2 und /5 Psychotherapiegesetz (Führung einer verwechslungsfähigen Bezeichnung und Aufnahme der selbständi-

die Voraussetzungen des Psychotherapiegesetzes auch Täuschungshandlungen, was die selbständige Ausübung der Psychotherapie anlangt, entgegenwirken wollen (§ 13 Abs. 3 PthG), lag ein Verstoß des Beklagten gegen § 2 UWG (Irreführungsverbot) ebenfalls vor. Dies nicht nur im Zeitpunkt der Einbringung der Klage, sondern auch bei Schluß der mündlichen Streitverhandlung im 1. Rechtsgang am 9. 6. 1993; die damals vom Beklagten erhobene Behauptung, daß er bereits in die Psychotherapeutenliste eingetragen worden sei, erwies sich, wie erwartet, als falsch (Beilagen .IE und .IF).“

Nachdem die Ärztekammer diesen Facharzt bei den Prozeßkosten unter-

stützt hat, scheint es, daß manche Ärztekammerfunktionäre das Bundesgesetz für Psychotherapie von 1990, zu dem die Ärztekammer damals nachweislich ihre volle Zustimmung gegeben hat, noch immer nicht ausreichend respektieren.

Der ÖBVP hat damit erfolgreich das Psychotherapiegesetz und den Berufsschutz einer hochqualifizierten Psychotherapieausübung im Interesse der Patienten und Klienten verteidigt, ohne daß daraus Prozeßkosten (öS 70.000,-) entstanden sind, sondern nur zahlreiche Präsidiumsstunden aufgewendet wurden.

Dr. Heiner Bartuska
Präsidium des ÖBVP

GZ 310/153-II/2/94). Als Leiter dieses Subschwerpunkts wurden Doz. Dr. Springer-Kremser und Dr. Wolfgang Söllner, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Innsbruck, bestellt.

In einem ersten Arbeitsgang zur Entwicklung und Koordinierung von Forschungsprojekten in diesem Bereich ist eine umfangreiche Literaturrecherche nötig, welche von den beiden Universitätseinrichtungen gemeinsam mit frei praktizierenden Psychotherapeuten durchgeführt wird.

Der vorliegende Kurzbericht bezieht sich auf jenen Teil der Literaturrecherche, welcher an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie durchgeführt wurde.

Die dazu nötige Infrastruktur: Spezialliteratur der Bibliothek der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, EDV-Hard- und Software für Literaturrecherchen stellt die Klinik zur Verfügung. Wegen der äußerst knappen Raumsituation ist eine derartige wissenschaftliche Arbeit nur zu Zeiten möglich, zu denen die Routine der Studentenbetreuung wegfällt: Daher wurde die Hauptarbeit Juli, August und Anfang September geleistet.

2. Forschungsvorhaben

2.1 Forschungsfragen

Forschungsfrage 1:

Die Phase der Zuweisung

Dabei interessieren folgende Fragen: Wie verläuft der Selektionsprozeß, als dessen Ergebnis ein/e bestimmte/r Patient/in zugewiesen wird und ein/e andere/r Patient/in mit einem ähnlichen oder identischen Leidensbild nicht?

Wodurch werden Ärzte (Klinik-ärzte, Hausärzte) zur Zuweisung motiviert, von welchen Faktoren ist diese Motivation abhängig?

Forschungsfrage 2:

Die Phase des psychotherapeutisch-diagnostischen Erstgespräches
Welche Erwartungen haben zugewiesene Patienten? Wie treten diese in der psychotherapeutischen Einrichtung in Erscheinung (der Patient-Psychotherapeut-Hiatus)?

Welche Veränderungen werden von den Patienten *bewußt* gewünscht, um welche Veränderungen sicher nicht zuzulassen?

Kommentar zum Obersten Gerichtshof-Entscheid

Der OGH-Entscheid ist kein Urteil, sondern ein provisorischer Entscheid. Der Entscheid ist nicht rechtskräftig. (Siehe auch das rechtskräftige Urteil, das einen Arzt verurteilt, auch weil er sich vor Aufnahme der selbständigen psychotherapeutischen Tätigkeit nicht in Liste hat eintragen lassen.)

Der Entscheid ist auf alle unsere Argumente nicht eingegangen und ist daher ein politisch motiviertes, inhaltliches Fehlurteil.

Es ist darin keine Erlaubnis für die Ärzte, Psychotherapie selbständig auszuüben, enthalten, sondern nur einstweilig ausgesagt, daß einem Facharzt nicht unter Berufung auf das

PthG die selbständige Ausübung der Psychotherapie untersagt werden darf.

Wir haben es in diesem Fall noch nicht geschafft, per richterlichem Urteil die unqualifizierte Psychotherapieausübung untersagen zu lassen. Wir werden die Frage als nächstes juristisch-wissenschaftlich prüfen lassen.

ÖBVP – Österreichischer
Bundesverband für Psychotherapie
Mitglied des Europäischen Verbandes für Psychotherapie – EAP
Rosenbursenstraße 8/3/7
A-1010 Wien
Tel. 512 70 90, Fax 512 70 914

K. Leithner, N. Nemeskeri, M. Springer-Kremser und W. Söllner

Psychotherapie in der Medizin

Forschungsbericht zur psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung, Kooperation und Integration, 1. Teil

1. Einleitung

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung initiierten Forschungsschwerpunktes „Psychotherapieforschung“ wurde

ein Subschwerpunkt „Psychotherapie in der Medizin. Psychotherapeutische und medizinische Behandlung, Kooperation und Integration“ gebildet (Protokoll der Sitzung vom 4. 5. 1994,

Welche Veränderungen werden *unbewußt* gewünscht, aber gleichzeitig gefürchtet?

Welches sind die Erwartungen des Psychotherapeuten? Was sind die bewußten und unbewußten Veränderungsziele und -ängste des Psychotherapeuten?

Welches sind die *subjektiven Krankheitstheorien* der Patienten?

Wie gestaltet sich das allmähliche Einbeziehen von emotionalen und sozialen Faktoren in die subjektive Krankheitstheorie?

Forschungsfrage 3: Die Phase der Indikationsstellung und der differentiellen Diagnostik

Sind auslösende psychosoziale Faktoren (z.B. belastende Lebensereignisse, narzißtische Kränkungen etc.) bei psychosomatischen Syndromen bzw. bei chronisch-rezidivierenden Erkrankungen identifizierbar?

Welche Persönlichkeitsfaktoren beeinflussen das Krankheitsverhalten bei bestimmten körperlichen Erkrankungen (insbesondere bei chronisch Kranken) günstig oder ungünstig?

Welche Konsequenzen hat dies für die Indikationsstellung zu einer Psychotherapie und für die Erarbeitung von Therapieprogrammen mit diesen Patienten?

Die Forschungsfragen 4–7 werden von der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Innsbruck in analoger Weise bearbeitet und die Literaturrecherche in einem weiteren Forschungsbericht vorgestellt.

Forschungsfrage 4: Die Phase der Psychotherapiemotivation

Welche Fragen sind abzuklären, um einen psychotherapeutischen Kontrakt schließen zu können?

Was muß der Kontrakt enthalten?

Welches ist die Rolle der Zielvorstellungen in der Phase des Kontraktschließens?

Welches sind die Kontraktbedingungen auf seiten des Patienten und auf seiten des Psychotherapeuten?

Was sind die besonderen Rahmenbedingungen (z.B. Anwesenheit teilnehmender Beobachter zu didaktischen und/oder Forschungszwecken) und welchen Einfluß haben sie für die Phase der Therapiemotivation?

Welche „Vorphasen“ psychotherapeutischen Handelns sind bei Patienten mit primär körperlich wahrgenom-

menen Störungen sinnvoll bzw. notwendig, um die Motivation für eine als indiziert erachtete psychotherapeutische Behandlung zu entwickeln?

Die nächsten 3 Forschungsfragen befassen sich mit der Evaluierung der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Störungen und körperlichen Erkrankungen: Entwicklung und Evaluierung spezifischer Modifikationen der psychotherapeutischen Behandlung mit dieser Patientengruppe. Dabei sollten sowohl werkstattartige psychotherapeutische Modifikationen entwickelt als auch eine Evaluierung solcher Modelle, wie auch klassischer Therapieverfahren mit Patienten mit körperlichen und psychosomatischen Erkrankungen durchgeführt werden. Bei der Evaluierung sollten sowohl Outcome-Parameter als auch in beschränktem und durchführbarem Ausmaß Prozeßparameter Berücksichtigung finden.

Forschungsfrage 5:

Welche psychotherapeutischen Methoden bzw. welche Kombinationen von Methoden sind bei welchen psychosomatischen Störungsbildern wirkungsvoll?

Welche Methoden bzw. welche Kombination von Methoden sind zur Verbesserung der psychischen Krankheitsverarbeitung bei körperlichen Erkrankungen wirkungsvoll?

Welchen Einfluß haben institutionelle Rahmenbedingungen (z.B. Psychotherapie in Institutionen bzw. in der freien Praxis: Einzelbehandlungen versus Einbeziehung von Angehörigen) auf die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung bei dieser Patientengruppe? Lassen sich daraus differentielle Indikationen ableiten?

Welche Formen der Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen (Psychotherapeuten/innen, Ärzte/innen, Psychologen/innen, Sozialarbeiter/innen, Physiotherapeuten/innen, Ergotherapeuten/innen etc.) sind für psychotherapeutische Gesamtprogramme mit Patienten mit psychosomatischen und körperlichen Krankheiten sinnvoll und notwendig? Welche Grundvoraussetzungen der Kooperation sind für einen wirksamen psychotherapeutischen Prozeß zu berücksichtigen?

Von diesen Fragen ausgehend könnte weiters untersucht werden, welchen Einfluß die Anwendung integrierter psychotherapeutischer Behandlungsansätze bei psychosomatisch und körperlich Kranken auf den medizinischen diagnostischen Prozeß und die Therapieplanung hat (Vermeidung wiederholter Abklärungen und des sogenannten doctor-shopping, Aufklärung des Patienten, Akzeptanz therapeutischer Angebote, Kosten-Nutzen-Analyse).

Forschungsfrage 6:

Welche Modifikationen psychotherapeutischer Verfahren sind im Rahmen der Psychotherapie mit psychosomatisch/körperlich Kranken sinnvoll oder notwendig?

Setting: Entwicklung und Evaluierung spezifischer Gruppentherapieprogramme für Patienten mit bestimmten körperlichen bzw. psychosomatischen Syndromen (z.B. Schmerzpatienten oder Tumorpatienten); Integration körpertherapeutischer Verfahren in tiefenpsychologische Ansätze; Kombination mit anderen therapeutischen Strategien im Rahmen der Liaisonpsychotherapie (z.B. Physiotherapie etc.).

Dauer der Psychotherapie: Welche Bedeutung haben kurzpsychotherapeutische Verfahren? Wie wird dabei ein Fokus definiert? Für welche Patienten ist eine zeitlich oder inhaltlich begrenzte Methode geeignet und für welche nicht?

Die Bedeutung der Aktivität des Psychotherapeuten: Wann ist bei der Behandlung körperlich/psychosomatisch Kranker mehr Aktivität und Strukturierung der Therapie von seiten des Therapeuten notwendig und wann nicht?

Forschungsfrage 7:

Der psychotherapeutische Prozeß
Welches sind die Besonderheiten der psychotherapeutischen Interaktion im Rahmen der Liaisonpsychotherapie (therapeutische Beziehung, Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse)?

Wie wird diese Interaktion durch die Rahmenbedingungen und Settingmodifikationen beeinflusst? Welche Konsequenzen haben Kooperationsmodelle zwischen verschiedenen Therapieformen und Berufsgruppen für den therapeutischen Prozeß?

Gibt es spezifische Wirkfaktoren bei Psychotherapieverfahren, die speziell auf die Behandlung körperlich/psychosomatisch Kranker zugeschnitten sind?

2.2 Forschungsziel

Das Forschungsziel ist eine deskriptive Darstellung des Standes der internationalen Forschung mindestens der letzten 10 Jahre.

In einem ersten Arbeitsgang wurde daher eine Recherche betreffend vorhandene oder auch fehlende Literatur zu diesen Forschungsfragen durchgeführt. Diese Literaturrecherche umfaßte folgende Arbeitsgänge:

- Literatursuche mittels folgender Datenbanken:

- PsychInfo und PsychLit
- Med-Line
- Psyndex

Beschreibung dieser Datenbanken:

ad PsychInfo und PsychLit

Aus der Journal Coverage-List, welche z.B. im Jahre 1992 1.268 Titeln erfaßte, wurden ab Jahrgang 1987 (= ab Erscheinen dieser Datenbank) bis Juni 1994 alle erfaßten deutsch- und englischsprachigen Zeitschriften nach den später zu beschreibenden Keywords durchsucht.

In diesen Zeitschriften handelt es sich um solche, die im Science Citation-Index erscheinen: die regelmäßig und exklusiv für PsychInfo und PsychLit abstrahiert werden. Die Zahl der Zeitschriften ändert sich kontinuierlich: es werden neue hineingenommen und alte ausgeschlossen (Walker, 1991).

ad Med-Line

Dabei handelt es sich um eine Datenbank der medizinischen Zeitschriften, zu welchen der Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie schon ab 1992 Zugriff möglich ist. Es wurden deutsch- und englischsprachige relevante Zeitschriften durchgesehen.

ad Psyndex

Dies ist eine Literaturdatenbank, die von der Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation an der Universität Trier betreut wird. Es werden über 240 psychologische Fachzeitschriften, das Buchpro-

gramm von mehr als 100 Verlagen und auch sogenannte „graue Literatur“, wie z.B. Institutsberichte, berücksichtigt. Weiters sind im Psyndex auch Publikationen aus den Nachbardisziplinen Medizin, Pädagogik etc. aufgenommen. Die regelmäßige und kontinuierliche Auswertung der Fachliteratur sind ein Garant für die fast vollständige Erfassung der relevanten Literatur (Labouvie und Montada, 1992).

- Durchsicht von Fachzeitschriften

Außerdem wurden folgende Zeitschriften, welche über die Universitätsbibliothek für Medizin an der Universität Wien zugänglich sind, durchgesehen und die für die oben genannten Forschungsfragen relevant scheinenden Artikel wurden kopiert:

- Zeitschrift für Psychosomatische Medizin: 1984–1994, Heft 2
- Journal of Psychosomatic Research: 1984–1994, Heft 5
- Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik (Psychotherapeut): 1983–1994
- Psychotherapie Psychosomatik Med. Psychologie: 1984–1994/6
- Psychotherapy and Psychosomatics: 1984–1994, Vol. 61, No. 1–2
- Psyche: 1984–1994/7
- Ärztliche Praxis und Psychotherapie: 1983–1991
- Zeitschrift für Klinische Psychologie: 1984–1994/2
- Psychosomatics, Obstetrics and Gynecology: 1984–1994, Vol. 15, No. 2
- Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie: 1984–1994/2
- Journal of Abnormal Psychology: 1984–1994, Vol. 103, No. 2
- Psychologie in der Medizin: 1990–1994/2
- Journal of Consulting and Clinical Psychology: 1984–1994, Vol. 62, No. 3

- Definition von Keywords zu den Forschungsfragen 1 bis 4

Die Keywords, welche in die oben erwähnten drei Datenbanken eingegeben wurden, wurden von einem ursprünglich eher engen Bereich betreffend Psychotherapie/Psychosomatik um einzelne Erkrankungen und verwandte Fachgebiete erweitert.

Diese Erweiterung ergab sich während der laufenden Literaturrecherche, da klar gesehen wurde, daß relevante Publikationen, welche sich mit psychotherapeutischem Handeln in der Medizin befassen, sehr häufig unter der Bezeichnung eines bestimmten Krankheitsbildes aufscheinen, wie z.B. Ulcus duodeni oder Asthma bronchiale etc. Die beiliegende Liste über die Krankheitsbezeichnungen als Keywords zeigt auch sehr deutlich, wie viele Arbeiten es zu einzelnen Störungs- oder Erkrankungsbildern gibt bzw. wie wenige. So ist der absolute Spitzenreiter „Schmerz“ mit 5.013 Arbeiten, während z.B. über psychotherapeutische Fragen in Zusammenhang mit Apoplexie in PsychInfo und PsychLit nur eine einzige Arbeit gefunden werden konnte: psychotherapeutische Fragen betreffend Neurodermitis fanden sich in 15 Arbeiten diskutiert, dies scheint eine geringe Zahl zu sein, insbesondere da Neurodermitis als klassische psychosomatische Erkrankung gilt.

Wir glauben, daß diese zahlenmäßige Auflistung ein ganz besonders wertvoller Hinweis für weitere Forschungsvorhaben darstellt.

Es wurden also insgesamt sicher 1.000 Keywords eingegeben.

Dementsprechend ist die Literaturdokumentation zu den einzelnen Forschungsfragen auch sehr ausführlich. Die erhobenen Publikationen sind nach dem Namen des Erstautors alphabetisch angeführt mit dem genauen Literaturzitat inklusive der Seitenzahlen.

Vorerfahrungen, welche in Zusammenhang mit der Evaluation der psychotherapeutischen Möglichkeiten der psychosomatischen Ambulanz an der Univ.-Frauenklinik gemacht wurden, zeigten, daß zur Frage der Überweisung in Psychotherapie und auch der Psychotherapiemotivation von sich primär als körperlich krank empfindenden Personen sowohl in der deutsch- als auch in der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur nur wenig Hinweise gefunden werden konnten (Springer-Kremser et al., 1993).

Die Forschungsfrage 4 „Psychotherapiemotivation“ ist mit 22 Arbeiten, die sich explizit auf dieses Thema beziehen, deutlich unterrepräsentiert, wie schon bei den Vorarbeiten zu der Evaluation der psychosomati-

schen Ambulanz der Univ.-Frauenklinik aufgefallen war. Das zeigt, daß Fragestellungen zur Psychotherapiemotivation auf verschiedenen Ebenen zu interessanten Forschungsprojekten einladen.

- Durchführung des Vorhabens

Aus organisatorischen Gründen wurde mit der Literaturrecherche in Wien begonnen. Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich von Anfang Juli bis Oktober 1994. An diesem Projekt arbeiten unter der Leitung von Doz. Dr. Springer-Kremser Frau Dr. med. Katharina Leithner als Vertragsassistentin der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie und Frau Dr. phil. Nora Nemeskeri, Klinische Psychologin und Psychotherapeutin.

- Der vorläufige Forschungsbericht als Serviceleistung für Psychotherapeuten/innen

Die Literaturdokumentation steht für an weiterführenden Forschungsfragen interessierten zur Verfügung.

Literatur

Labouvie Y, Montada L (1992) 20 Jahre Zentralstelle für psychologische Information und Dokumentation (ZPID). *Psycholog Rundschau* 43/4: 249–251

Walker A Jr (ed) (1991) *Thesaurus of psychological index terms*. Sixth addition. American Psychological Association, Arlington, Virginia

Für die Arbeitsgruppe: Univ.-Doz. Dr. Marianne Springer-Kremser Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien

biologisches) und der Geschlechteridentität (Bewußtsein, männlich oder weiblich zu sein) verursacht massives Unbehagen und Ablehnung des eigenen (somatischen) Körperbildes.

Nach dem DSM-III müssen für die Diagnose „Transsexualität“ folgende Kriterien erfüllt sein:

- Gefühl des Unbehagens und der Unangemessenheit hinsichtlich des eigenen anatomischen Geschlechts
- der Wunsch, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden und als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben
- die Störung hat mindestens 2 Jahre lang bestanden
- Fehlen von körperlichem Intersexualismus oder genetischer Anomalie
- nicht durch eine andere psychische Störung wie Psychose bedingt
- die Person hat die Pubertät erreicht.

Differentialdiagnostik

Der Wunsch nach genitaltransformierenden Operationen kann besonders bei folgenden Patienten, ohne daß eine echte transsexuelle Entwicklung vorliegt, auftauchen:

- Homosexualität: Der Versuch die Probleme, die sich aus der Homosexualität ergeben, dadurch zu lösen, daß sie zu dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung Zuflucht nehmen.
- Transvestitismus: Der Transvestitismus ist als erweiterter oder umfassender Kleider- und Wäschefetischismus zu verstehen. Er kommt eigentlich nur bei eindeutig heterosexuellen Männern vor, die eine klare männliche Identität haben. Das Anlegen der Kleidung setzt sexuelle Erregung frei.
- Borderline-Pathologien: Sie neigen zu dieser Symptomentwicklung, da sie sich selbst und die Objekte nur unter Einsatz dramatischer Mittel spüren.
- Psychosen: Treten in Form von Wahnvorstellungen oder halluzinatorischen Wahrnehmungen auf (der eigene Körper verwandelt sich in den Körper des anderen Geschlechts).

Auszuschließen sind ferner:

- Temporallappenerkrankungen
- Kongenitaler Hypogonadismus

Ch. Raviola

Zur Problematik des Transsexualismus*

Ein Kurzbericht aus klinisch-psychologischer und verhaltenstherapeutischer Sicht**

Geschichtlicher Rückblick

Westphal hat 1870 erstmals Transvestiten unter dem Begriff „konträre Sexualempfindung“ beschrieben. 1910 verfaßte Hirschfeld die erste Monographie zu diesem Thema und führte die Bezeichnung „Transvestitismus“ ein. Er sprach bereits 1918 vom „seelischen Transsexualismus“. Die phänomenologische Abtrennung der Transsexualität erfolgte erst durch Benjamin (1953). Die erste weltweit beachtete genitaltransformierende Operation fand 1953 in Dänemark statt.

Seitdem sind vor allem in den Vereinigten Staaten spezielle Therapiezentren, sogenannte „Gender identity Clinics“, entstanden. In Amsterdam wurde 1990 ein Lehrstuhl für Transsexologie ins Leben gerufen. Derzeit

wird die Gesamtzahl der in Österreich lebenden Transsexuellen auf ca. 2500 Personen geschätzt.

Definition – Erscheinungsbild – Leitsymptomatik

Transsexuelle leben in dem Bewußtsein, dem anderen Geschlecht anzugehören, obwohl ihr somatisches Erscheinungsbild dazu keinen Anlaß bietet. Die Gewißheit, im „falschen Körper“ gefangen zu sein, führt meist zu dem mit großer Beharrlichkeit verfolgten Wunsch nach einer geschlechtstransformierenden Operation. Das Tragen der Kleidung des Gegengeschlechts (cross-dressing) beginnt in den meisten Fällen in der Kindheit. Es ist die logische Konsequenz und das äußere Zeichen ihrer inneren Einstellung. Die Ablehnung der typischen Geschlechtsmerkmale führt bei einigen Transsexuellen zu Mutilationen und Suizidalität (15% bei MF-TS, 10% bei FM-TS; Eicher, 1984).

Die Inkongruenz zwischen dem tatsächlichen Geschlecht (körperlich-

* DSM-III-R 302.50.

** Da es den Rahmen des Kurzberichtes sprengt, werden die operativen und endokrinologischen Bereiche nicht beschrieben.

- Klinefelter-Syndrom
- Alkoholismus und Drogenmißbrauch.

Ätiologie des Transsexualismus

Die Ätiologie der Transsexualität ist nach wie vor umstritten. Diskutiert werden unterschiedliche (genetische, endokrinologische, pränatale, psychogene ...) Konzepte, die bestenfalls partielle Erklärungen liefern.

Transsexuelle entsprechen chromosomal, anatomisch und endokrinologisch ihren phänotypischen Geschlechtsmerkmalen.

Psychogenese

Der Kernpunkt der Transsexualität ist die transponierte Geschlechtsidentität (Eicher, 1992). Die postnatale Differenzierung der Geschlechtsidentität erfolgt nach zwei Prinzipien:

1. Identifikation mit der Person des selben Geschlechts.
2. Komplementierung mit der Person des anderen Geschlechts.

Geraten diese Schemata in ein Ungleichgewicht, kann die Identitätsstörung ausgelöst werden (Money, 1987).

In einer Studie von Eicher (1984) wurde bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen in 53% und bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen in 50% der Fälle eine asymmetrische Familienstruktur gefunden.

Die Bedeutung des sozialen Lernens ist für die Entwicklung der Geschlechtsidentität von ausschlaggebender Bedeutung (Green, 1974). Die Lernerfahrungen des Kindes werden durch die Umwelt auf verschiedenen Ebenen beeinflusst: Familie, Freunde, Schule ...

Die Kern-Geschlechtsidentität ist eine der kritischen Phasen der psychischen Entwicklung, in der sich die Überzeugung, männlich oder weiblich zu sein, verankert. Diese ist vom Stadium der kognitiven Entwicklung abhängig, in dem der Begriff „Geschlecht“ emotional gefärbt wird. Aufgrund unserer klinisch-psychologischen Beratungen und Behandlungen stellten wir immer wieder fest, daß die Patienten oft in früher Kindheit, aber auch im Jugendalter unbewußt durch ihre Umgebung, insbesondere den Eltern und den Freunden, in der „anderen“ Geschlechtsrolle verstärkend agiert haben. Benjamin wies bei 20% der Mann-zu-Frau-Transsexuel-

len eine falsche Konditionierung nach. Hervorzuheben ist, daß besonders Transsexuelle an den gesellschaftlichen traditionellen Verhaltensmustern (Mann öffnet ihr die Türe, Frau kocht und putzt gerne ...) festhalten.

Kohlberg versteht unter Geschlechtsidentität die kognitive Selbstkategorisierung als Mädchen oder Junge. Die Identität soll aus einem kognitiven Urteil resultieren, das frühzeitig in der Entwicklung vollzogen wurde. Möglicherweise wird durch das Anlegen weiblicher bzw. männlicher Kleidung (cross-dressing) irgendwann einmal dieses mit einem angenehmen Reiz gekoppelt und dadurch ein Prozeß der Selbstverstärkung ausgelöst (Rachmann).

Ergebnisse psychotherapeutischer Behandlungen

Nach Durchsicht der Fachliteratur mußten wir feststellen, daß die psychotherapeutische Behandlung, mit dem Ziel, die Patienten zu ihrer somatischen Identität zurückzuführen, bis auf Einzelfälle alle gescheitert sind. Vor allem psychoanalytische Verfahren (oft über 300 Sitzungen) zeigten die geringsten Erfolge (Bancroft, Dannecker, Eicher, Pfäfflin, Siggusch ...). Diese Resultate decken sich mit meinen Erfahrungen. Seit 1988 betreue ich prä- und postoperative Patienten mit transsexueller Symptomatik. Bei einer FM-TS (18 Jahre, Schülerin) und einem MF-TS (25 Jahre, Beamter) fand eine Rückkehr zum somatischen Geschlecht statt.

Kurzfassung der Standards of Care Harry Benjamin International Gender Dysphria Association und der Richtlinien nach Eicher

Vor Beginn der genitaltransformierenden Operation muß sichergestellt sein, daß die DSM-III-Kriterien erfüllt sind (Differentialdiagnose).

Im Behandlungsteam müssen folgende Disziplinen vertreten sein: Klinische Psychologen/innen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung, Psychiater/innen, Gynäkologen/innen; Endokrinologen/innen, Genetiker/innen, Plastische Chirurgen/innen, Neurophysiologen/innen, Juristen/innen, Sozialarbeiter/innen.

Vor jeder klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung hat eine exakte medizinische

Abklärung (andrologisch, endokrinologisch ...) zu erfolgen. Die psychiatrische Exploration und Diagnose sowie die Durchführung psychologischer Testverfahren durch einen Fachpsychologen spielen eine entscheidende Rolle für die Betreuung der Transsexuellen. Psychologische Tests (sex orientation scale, Rohrschach-Test, MMPI, TAT ...) dienen der Objektivierung des „abweichenden“ Verhaltens und Erlebens.

Im anschließenden Alltagstest, der mindestens 1 Jahr dauert, soll der Patient die Rolle, die er anstrebt, verwirklichen. Ziel des real-life-tests ist die Überprüfung, ob der Geschlechtswechsel im privaten und beruflichen Bereich möglich ist. In dieser wichtigen Phase ist die Betreuung der Transsexuellen durch einen klinischen Psychologen, der die psychologische Behandlung und Psychotherapie durchführt (Familientherapie, Verhaltenstherapie), von Bedeutung. Die Mehrheit der Transsexuellen wird im Alltagstest mit familiären Konflikten und negativen Reaktionen der Umwelt konfrontiert. Die psychologische Beratung und Behandlung schließt ein Selbstsicherheits-Training und eine sozial „angepaßte“ Verhaltensmodifikation ein. Erst im Anschluß an den positiven Alltagstest wird mit der gegengeschlechtlichen endokrinologischen Behandlung begonnen.

Nach der einjährigen Beobachtungsphase erfolgt das psychiatrische und klinisch-psychologische Fachgutachten, welches die Voraussetzung für die genitaltransformierende Operation ist. Es sollten ausschließlich Patienten operiert werden, die erfolgreich in der gewünschten Geschlechtsrolle gelebt haben.

Begleitend zur psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung ist die interdisziplinäre Kooperation mit Juristen und Sozialarbeitern für Arbeitsplatzfragen, rechtlichen Konflikten (Scheidung, Besuchsrecht ...) und sozialrechtlichen Problemen (Arbeitslosengeld, Umschulungsprogramme), vor allem für die postoperative Phase, von großer Bedeutung.

Rechtliche Situation

Die Möglichkeit der Vor Namensänderung und Korrektur im Geburtenregister ist in Österreich erst postoperativ erlaubt. Die sog. „kleine“ Lösung

(Vornamensänderung ohne Änderung der Geschlechtszugehörigkeit, TSG Deutschland) erleichtert den Transsexuellen im Alltagstest die gewünschte Geschlechterrolle zu überprüfen. Die Patienten stehen überdies nicht unter dem Druck, die Operation so schnell wie möglich herbeizuführen und haben jederzeit die Chance, den Prozeß rückgängig zu machen. Es ist daher wünschenswert, auch den österreichischen Transsexuellen diese Option anzubieten.

Nach der Empfehlung des *Obersten Sanitätsrates* (1983) wird u.a. die Durchführung einer zwei Jahre laufenden Psychotherapie präoperativ „empfohlen“. Damit stehen wir nicht nur vor dem Dilemma einer Zwangsverordnung und den damit verbundenen aversiven Reaktionen der Patienten, sondern u.a. auch vor der Frage: Wer zahlt die Behandlung, der Patient oder die Krankenkasse?

Meines Erachtens sollte die Krankenkasse den Kostenaspekt für die

prä- und postoperative Betreuung (Einzel- und Gruppensitzungen) im Ausmaß von 50 Sitzungen bei einer gesetzlich verordneten Psychotherapie tragen, da der enorme finanzielle Kostenaufwand, den der Patient zu tragen hat, es nur einer Minderheit ermöglicht, eine klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Das Institut ersucht alle Kollegen/innen, die Transsexuelle und deren Familien betreuen und/oder in diesem Bereich wissenschaftlich tätig sind, um Erfahrungsaustausch und Kooperation, da eine empirische Studie geplant ist.

*Für die Arbeitsgruppe
Sexualtherapie:*

*Mag. Dr. Christina Raviola
Klinische Psychologin,
Gesundheitspsychologin,
Verhaltenstherapeutin, Supervisorin
Obere Bahngasse 4-8/3/3/13
A-1030 Wien
Tel. 798 90 60*

dings: in dubio pro masculo! Im 20. Jhd. dienen vor allem Hormonanalysen und Chromosomenstruktur zur teilweisen Erklärung von Intersexualität.

Die Geschichte kennt einige spektakuläre Fälle von Transsexualität, wie zum Beispiel den der Päpstin Jutte alias Papst Johannes VIII Angelicus, die mitten in einer Prozession ihr Kind gebar.

Ob Legende oder nicht, berühmt wurden auch die männlich geborenen Geschlechtswechsler Abbé de Choisy im 17. Jhd. und Chevalier d'Eon im 18. Jhd. Die Liste berühmter Männer, die sich wie Frauen benahmen und kleideten, kann durch Caligula, King James I. of England, Edward Hyde, Lord Cornbury (Gouverneur von New York und New Jersey) fortgesetzt werden. Transsexualität, oder besser gesagt Geschlechts-Dysphorie, ist ein weltweites Phänomen, wird aber sicherlich nicht in allen Kulturen gleich behandelt. So sind zum Beispiel in Indien Mann-zu-Frau-Transsexuelle in einer eigenen sozialen Kaste organisiert, deren Muttergottheit Bahuchara Mata genannt wird. Sie verwenden keine Sexualhormone, amputieren aber die männlichen Geschlechtsteile. In Burma erhalten Transsexuelle Aufgaben in Tempeln und bei religiösen Zeremonien. Selbst im Oman, einem Land, in dem weibliche Prostitution verboten ist, können „xaniths“, Männer, die sich als Frauen fühlen, zwischen den Geschlechtern leben, sich frei in der Öffentlichkeit bewegen und auch der Prostitution nachgehen.

Zur Definition der Transsexualität

Transsexuelle sind meist Menschen mit somatisch eindeutigem Geschlecht, die aber die absolute Überzeugung haben, dem anderen Geschlecht zugehören. Egal, ob homo- oder heterosexuell, bei oft geringem Wunsch nach sexueller Betätigung, wollen sie sowohl im körperlichen Erscheinungsbild als auch in ihrer sozialen Position eindeutig dem anderen Geschlecht zugeordnet werden. Einem bestimmten Geschlecht sowohl biologisch als auch psychologisch und sozial anzugehören, kann man als Geschlechtsidentität bezeichnen.

Transsexualität ist daher eine Inkongruenz zwischen dem biologi-

E. Jupiter

Transsexualität – vom Wunsch bis zur Stempelmarke

Der Umgang mit Transsexuellen erfordert ein fächerübergreifendes Vorgehen

*Was fragst du nach meinem Geschlecht
Tydeus mutiger Sohn.
Wandeln sich die Geschlechter nicht
wie die Blätter im Herbstwind?*

Homer

Der Oberste Sanitätsrat hat in seiner 160. und 161. Vollversammlung ein Gutachten betreffend Transsexualismus und operative Geschlechtsumwandlung erstattet, das in den Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung 1985, Heft 2, Seite 24 veröffentlicht wurde. In diesem Gutachten wurden die Voraussetzungen, unter denen entsprechende Eingriffe für zulässig angesehen wurden, festgelegt.

Schon die beiden oben angeführten Zitate lassen die Komplexität und Spannweite zwischen trockenen Gesetzen und dichterischer Phantasie fühlen. Transsexuelle sind all dem ausgesetzt, allerdings in umgekehrter

Reihenfolge: Zuerst die Phantasien, Wünsche, Bedürfnisse und Ängste, gefolgt von einem langen beschwerlichen Weg, bis hin zur Stempelmarke, im wahrsten Sinne des Wortes.

Beispiele aus der Geschichte und anderen Kulturen

In der Kunst und Philosophie wurde sowohl von den Römern als auch von den Griechen das androgyne Prinzip verherrlicht. Dennoch galten Zwitterwesen als fatale Omen und wurden getötet. Allerdings hatten römische Juristen schon im 3. Jhd. über Fälle genitaler Uneindeutigkeit so entschieden, daß das Überwiegen der Merkmale über das Geschlecht entscheiden soll. Im Mittelalter gab es das geschlechtliche Wahlrecht für Zwitter, das sie im heiratsfähigen Alter selbst bestimmen konnten. Aller-

schen Geschlecht und der Geschlechtsidentität. Transsexuelle fühlen sich nicht nur nicht wohl in ihrer Haut, sie wollen häufig auch ihre Geschlechtsteile loswerden. Eine Operation kann zu großer psychischer Erleichterung führen, wobei natürlich zu beachten und vor allem auszuschließen ist, daß es sich bei dem Geschlechtsidentitätsproblem nicht um eine Folge einer geistigen Erkrankung wie z.B. einer chronischen Schizophrenie handelt. Wie schon gesagt, ist nicht die sexuelle Orientierung, sondern das Identitätsproblem ein Kriterium für die Diagnose „Transsexualität“. In einer Untersuchung aus dem Jahr 1979 widerlegte Meyer-Bahlburg, daß es zwischen Heterosexuellen, Homosexuellen und Transsexuellen endokrine Unterschiede gäbe. Bei der Diagnose der Transsexualität ist es von größter Wichtigkeit, festzustellen, daß der Wunsch nach einem Geschlechtswechsel nicht ein kurzfristig wahnhafter im Verlauf einer Psychose ist. Auch hormonelle Besonderheiten und manche Hirnschäden müssen vorerst ausgeschlossen werden können.

Oft wird Transsexualität mit Transvestitismus verwechselt, wobei zweites meist einen erotischen Aspekt hat, spielerischer angewandt wird und bei weitem nicht von dem starken inneren Wunsch nach einem definitiven Geschlechterwechsel getragen wird.

Psychoanalyse, Behaviorismus und Kognitive Psychologie haben natürlich drei verschiedene Erklärungsmodelle für die Entstehung der Geschlechts-Dysphorie: Eine mißlungene Lösung von der Mutter in früher Kindheit kann den Mann-zu-Frau-Transsexuellen ausmachen, der sich als Bub nicht mit dem Vater, aber um so mehr mit der Mutter identifizierte. Dies gilt auch im umgekehrten Sinn, obwohl die Häufigkeit des Mann-zu-Frau-Transsexuellen wesentlich größer ist: Pauly fand 1968 ein Verhältnis von 1 : 100.000 ♂ zu ♀ versus 1 : 400.000 ♀ zu ♂ Transsexuellen.

Im DSM III-R aus dem Jahre 1987 wird einer von 30.000 Männern, aber nur eine von 100.000 Frauen als transsexuell angenommen. War die Rate der Mann-zu-Frau-Transsexualität 1980 noch 1 : 45.000, so stieg sie bis 1986 auf 1 : 18.000. Auch bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen stieg die

Rate 1980 von 1 : 200.000 auf 1 : 54.000 im Jahre 1986. Es ist anzunehmen, daß das verbesserte soziale Klima ein Coming-out erleichtert.

Der Behaviorismus sieht die Entwicklung der Geschlechtsidentität natürlich als Resultat eines Lernprozesses. Money (1988) meint, daß das Lernen der Geschlechtsidentität mit dem Lernen einer Sprache vergleichbar sei.

Die dritte Schule nimmt an, daß die Entwicklung der Geschlechtsidentität mit der Reife der kognitiven Entwicklung zusammenhängt. Mit etwa 11 Jahren wird dabei die Geschlechtsidentität durch logische Denkvorgänge und abstrakte Überlegungen konsolidiert.

Transsexualität ist das extreme Ende auf der Skala der Geschlechts-Dysphorie, die dadurch gekennzeichnet wird, daß ein Mensch kontinuierlich durch mindestens 2 Jahre hindurch seine eigenen Sex-Charakteristika verlieren und als Mitglied des anderen Geschlechts leben will. Doch wer kann besser definieren als die Betroffenen selbst? Deshalb zitiere ich im folgenden aus einer Radiosendung: „Transsexualität ist keine Einbildung. Es gibt keinen Anfang und kein Ende.“ „Ich wollte einfach nicht die Bubentoilette benutzen und bin sogar von der Schule davon gelassen ...“ „... Nach einem neuerlichen Selbstmordversuch wurde mir klar, daß die einzige Möglichkeit, so zu leben wie ich wollte, nämlich als Frau, nur durch eine Operation möglich sein würde ...“

Hormonbehandlung und Operation

Die Hormonbehandlung ist ein wesentlicher Bestandteil in der Behandlung von Transsexuellen. Sowohl die psychologische Anpassung als auch das körperliche Erscheinungsbild muß vor einer Operation durch Hormone beeinflusst werden. Wichtig ist die Abklärung, ob ohne Aufsicht von Ärzten durch in der „Szene“ erhältliche Medikamente schon Beeinflussungen stattgefunden haben. Auch nach einer Operation muß die Hormontherapie beibehalten werden, um die erzielten Körperveränderungen zu erhalten und zum Beispiel der Osteoporose Einhalt zu gebieten. Die Verabreichung von Östrogenen für Mann-zu-Frau-Transsexuellen und die von

Androgenen für Frau-zu-Mann-Transsexuellen induzieren die gewünschten Veränderungen. Nach etwa dreimonatiger Gabe von Testosteron bleibt in 90% der Fälle die sehr verhaßte Menstruation aus, während spontane Erektionen eine relative Androgen-Unabhängigkeit aufweisen und in erotischen Reizsituationen nur schwer unterdrückbar sind. Näheres Eingehen auf genauere Details der Hormonbehandlung übersteigt die Aufgabe dieses Artikels und bleibt Endokrinologen vorbehalten. Es ist aber ganz besonders wichtig, vor Beginn jeglicher Hormonverabreichung mit den Transsexuellen ausführliche Gespräche über Folgen und Nebenwirkungen zu führen. Es geht dabei auch vor allem darum, unrealistische Erwartungen klarzustellen und so Enttäuschungen und Verzweiflungstaten vorzubeugen. So zum Beispiel können weder Penislänge bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen noch Brustvolumen bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen durch Hormone reduziert werden. Auch die Entfernung der Körperbehaarung ist nur durch Elektrolyse effektiv.

Während Androgene weibliche Stimmen tiefer werden lassen, verhelfen Östrogene Männern nicht zu einer höheren Stimme. Hier kann nur eine Sprechtherapie helfen.

Es wird nun immer deutlicher, wie breit das Spektrum der Problematik Transsexueller gefächert ist: von der tiefen Verunsicherung über eine Gewißheit der Gefühle, von Hormonbehandlung, Sprechtherapien und kosmetischen Operationen, von jahrelanger Psychotherapie über das Üben der neuen Geschlechterrolle in der Sozietät bis hin zur endgültigen Operation.

Die erste Operation wurde 1930 an einer dänischen Künstlerin durchgeführt, die von Einar Wegener zu Lily Elbe wurde. Der amerikanische GI George Jorgenson wurde 1953 zu Christine Jorgenson und ermöglichte weltweite Publicity für die Transsexualität.

Die Operation von Transsexuellen erfordert ein fächerübergreifendes Vorgehen: Gynäkologen, Urologen und plastische Chirurgen müssen zusammenarbeiten. Aber auch sie müssen vor allem mit Psychiatern kooperieren, denn am Beginn steht das psychiatrische Gutachten. Die Opera-

tion wird auch nur dann durchgeführt, wenn die „Patienten“ die Probezeit der hormonalen Phase relativ problemlos durchlebt haben. Es ist zu bedenken, daß zum Beispiel eine Operation für eine Phalloplastik bis zu 14 Stunden dauern kann. Daher ist es verständlich, daß eine genaue Einschätzung von Selbstverstümmelungswünschen der „Patienten“ Voraussetzung ist.

Psychologische und psychotherapeutische Aspekte

Die Körperscham wird durch die Unmöglichkeit der Identifikation mit dem eigenen Körper bei Transsexuellen übermäßig bedeutsam und gipfelt in nahezu rituellen Bedeckungsvorschriften, sowie zum Beispiel Brüste einschnüren, Hoden hoch binden und weitere, alles bedeckende Kleidung. Teilweise erinnert dies an anorektische Verhaltensweisen und muß in therapeutischen Gesprächen auch geklärt werden. In der ersten Phase der Verheimlichung des wahren Geschlechts steht der Transsexuelle vor allem im sozialen Umfeld unter ungeheurem Streß. Eine Geschlechtsumwandlung kann nicht immer alle Probleme, die mit Geschlechts-Dysphorie zusammenhängen, lösen. Einsamkeit, Arbeitslosigkeit, Unsicherheit bei sozialen Kontakten müssen weiterhin Thema einer therapeutischen Begleitung bleiben.

Die Suizidversuchsrate bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen beträgt 14,4%, während bei der gleichen Untersuchung im umgekehrten Geschlechtswandel 2,9% Suizidversuche nach dem Start der Behandlung zu verzeichnen sind. Die schwierige soziale, ökonomische und psychologische Situation für Transsexuelle muß in die Beratungen einfließen. Daher sollte sowohl während als auch nach einer abgeschlossenen Geschlechtsumwandlung eine Psychotherapie in Anspruch genommen werden.

Trotz der vielen Schwierigkeiten Transsexueller, beginnend schon mit der mühsamen Aufklärungsarbeit in der eigenen Familie, darf nicht davon ausgegangen werden, daß jeder oder jede auch Psychotherapie in Anspruch nehmen will. Sie müssen aber. Es muß wohl nicht näher erklärt werden, daß dieser Zwang einer fruchtbaren Arbeit zumindest zu Beginn einer Therapie sehr im Wege steht.

Schon im Erstgespräch kann man an Hand der bereits unternommenen Initiativen des Klienten seinen Leidensdruck bzw. seine Behandlungsmotivation abschätzen. Therapeuten und Transsexuelle sind Kooperationspartner in einem Umfeld von anderen Spezialisten und außerdem auch in einen Zeitplan eingebunden.

Procedere

Für das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz wurde von einem Expertenkreis folgendes Modell für einen Behandlungsprozeß transsexueller Patienten erarbeitet:

1. Psychiatrisch-urologisch-gynäkologische sowie ev. auch endokrinologische bzw. zytogenetische Abklärung
2. Psychiatrische Diagnose
3. Psychotherapeutische Behandlung von mindestens 100 Stunden mit abschließendem Befund
4. Psychiatrisches Gutachten betreffend die Indikation und die weitere Behandlung
5. Hormontherapie und Psychotherapie sowie „real life test“ für ein Jahr
6. Endgutachten, bestehend aus psychiatrischem, gynäkologischem/urologischem Gutachten
7. Operation und Operationsbefund.

Dieser Behandlungsprozeß entspricht den „Standards of care“ für transsexuelle Menschen und zeigt wiederum deutlich die soziale Komplexität, die vom Transsexuellen neben seinen innerpsychischen Konflikten bewältigt werden muß. In den Niederlanden wurde im Free Universi-

ty Hospital ein Platz geschaffen, wo alle Behandlungsschritte unter einem Dach erfolgen können und die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Auch in Österreich ist dies teilweise möglich und erspart nun auch Transsexuellen dieses Landes weite Reisen, zum Beispiel nach Casablanca, um sich, vom normalen sozialen Umfeld isoliert, operieren lassen zu müssen.

Transsexualität ist selten. Für Betroffene, Gynäkologen, Urologen, Endokrinologen, Chirurgen, Psychiater, Psychotherapeuten und Soziologen eine Herausforderung. „Coming out“.

Literatur

- Asscheman H (1989) Cross-gender hormone treatment. Side effects and some metabolic aspects. Centrale Huisdrukkerij Vrije Universiteit, Amsterdam
- Green R (1974) Sexual identity conflict in children and adults. Basic Books, New York
- Hirschauer S (1993) Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Suhrkamp, Frankfurt
- Kamerfants J (1992) Mythos Geschlechtswandel. Transsexualität und Homosexualität. Edition Hathor, Hamburg
- Lindemann G (1993) Das paradoxe Geschlecht. Fischer, Frankfurt
- Pfäfflin A, Junge A (1992) Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Schattauer, Stuttgart
- Springer A (1981) Pathologie der geschlechtlichen Identität. Transsexualismus und Homosexualität. Springer, Wien New York

*Dr. Elisabeth Jupiter
Einzel-, Paar-, Familientherapie
Wipplingerstraße 24-26/21a
A-1010 Wien
Tel. 535 57 08*

E. Adler

Probleme der Transsexuellen bei der Behandlung durch die Krankenkassenunterstützung

Eine Auflage zur Absolvierung einer bestimmten Stundenanzahl von Therapiesitzungen ist inhaltlich und kostenmäßig weniger günstig. Die tatsächliche Festlegung auf eine be-

stimmte vorfixierte Therapiestunden-Anzahl sollte – wie immer in der Psychotherapie – basierend auf der Expertenmeinung des Psychotherapeuten in Absprache mit dem Klienten

ten erfolgen. Der Kasse gegenüber hat der Psychotherapeut die Notwendigkeit und das Ausmaß an Therapiestunden zu begründen.

Die Erschwernisse für diejenigen transsexuellen Patienten/innen, die keine andere Möglichkeit sehen als ihr biologisches Geschlecht zu verändern, am Weg zur geschlechtsanpassenden Operation sind besonders schwierig: Im einzelnen heißt dies, daß das Absolvieren des Alltagstests, der ein essentieller Bestandteil für die Zulassung zur Operation ist, häufig folgendes bewirkt: Der/die Patient/in verliert seinen/ihren Arbeitsplatz und somit den regelmäßigen ausreichenden finanziellen Lebensunterhalt. Andererseits ist die Durchführung des Alltagstests ein unerläßlicher Prüfstein am Weg zur Operation. Zudem muß während der Entscheidungszeit, in der praeoperativen und postoperativen Zeit psychotherapeutische Behandlung stattfinden. Von Arbeitslosenunterstützung oder Notstandhilfe sind die Psychotherapiestunden von den Klienten, die ihre Situation nur durch eine Geschlechtsanpassung verbessern können, nicht bezahlbar.

Die ökonomische Lage der Transsexuellen ändert sich üblicherweise erst nach der geschlechtsanpassenden Operation mit der anschließend durchgeführten Personenstandsänderung. Dies passiert üblicherweise in

der oben geschilderten Form, weil sich kein Arbeitgeber darauf einläßt, eine Person anzustellen, die demnächst ihr biologisches Geschlecht ändern wird. Etwas besser ist die Situation für Selbständige oder Freiberufler, jedoch die Befürchtung negativer Konsequenzen in Form von Kundenverlusten ist unbedingt einzukalkulieren und führt zu finanziellen Verlusten.

Daher ist die Übernahme der Kosten für die Psychotherapie (zur Zeit der Entscheidungsüberprüfung, präoperativ und die psychische Nachbetreuung) in voller Höhe, die notwendigen Hormontabletten, die Gutachten für die Operation, die Operation und die Epilation durch die Krankenversicherungen der – volkswirtschaftlich betrachtet – rascheste und kostengünstigste Weg, die Patienten/innen wieder arbeitsfähig und finanziell unabhängig zu machen.

Hinweise zur Autorin:

Dr. Eva Adler, Psychotherapeutin und Klinische Psychologin; seit 1984 in verschiedenen Beratungsstellen und in freier Praxis tätig. Arbeitsschwerpunkte: Persönlichkeitsprobleme, Sexualität, Erziehung und Lernen.

Dr. Eva S. Adler
Stiftgasse 21/2/22, A-1070 Wien
Tel. 526 71 00

Folgende allgemeine Ansätze können heute gewonnen werden:

Erste Prämisse:

Wir müssen das Undenkbare für prinzipiell möglich halten

1. Kein Monster kann Kinder verführen, aber der *nette Mann*, der sie davor warnt.
2. Die beste Tarnung für einen Pädophilen ist ein *untadeliges Ansehen*.
3. Begünstigend oder Auslöser für Pädophile sind eigene Erfahrungen, sowie der *offizielle Kontakt mit, und Verantwortung für Kinder und Jugendliche*.
4. Die beste Art, ein *Opfer unglaublich* erscheinen zu lassen, setzt sich zusammen aus Punkt 1, 2, 3 und einer *phantastischen Szenerie*.

Zweite Prämisse:

Der pädophile Mißbrauchs-Täter setzt keine Einzelat

1. Die psychische Vorliebe für Sexualakte mit Kindern äußert sich zunächst in „verbotenen“ *devianten Phantasien*. So finden *Probehandlungen* statt.
2. Die potentiellen Opfer werden in einem nachvollziehbaren *mehrstufigen Prozeß ausgewählt* und auf ihre Eignung (soziales Umfeld, Grad psychischer Stabilität) *getestet*.
3. Die Opfer werden *umworben* (grooming) und gleichzeitig in einen Gewissenskonflikt geworfen. Hier unterscheiden sich *Verführer-Täter* von *Angst- bzw. Gewalt-Tätern*. Die Phase des *Umwerbens* enthält mehrere signifikante Abschnitte, wobei *schrittweise die Intimgrenzen überschritten* werden. Verbotenes wird herbeigeführt, dann „entdeckt“. Mit der folgenden Schuldzuweisung, Strafandrohung und Nichtbestrafung entsteht ein starkes emotionales Bündnis, sogar Dankbarkeit beim Opfer. Die Steigerungsform ist:
4. Andere Kinder werden bestraft, das auserwählte *Opfer besonders gelobt. Belohnungen* für nicht sexuelle und später sexuelle Handlungen sind häufig. Protektionistische Angebote können *über Jahre* aufrecht erhalten werden. Oft sieht sich der *Täter als Opfer kindlicher Verführung*.
5. Die ursprünglichen *Bezugspersonen werden emotional stufenweise ersetzt*, sodaß im Opfer eine

V. Ellmauthaler

Das Phänomen des pädophilen (Wohl?-)Täters

Gedanken zur Prävention und Früherkennung

Die aktuelle Diskussion um Vorwürfe gegen den Wiener Kardinal-Erzbischof Dr. Hans-Hermann Groër geben Anlaß für erste Gedanken, die über hektische Versuche zur akuten „Schadensbegrenzung“ hinaus weisen könnten. Dinge beim Namen zu nennen, ist wegen der sensiblen Thematik und der niedrigen Reizschwelle gewiß riskant. Dennoch muß, ganz im Sinne möglicher Opfer, das sogenannte *Täterprofil* eines potentiellen Sexualtäters bekannt sein. Erst dann

läßt sich viel Schmerz vermeiden. Der aus England stammende Sozialtherapeut *Ray Wyre*, eine Kapazität auf diesem Gebiet, war vor kurzem in Wien und hat zu eben diesem Thema aktuelle Studien präsentiert. Seine Arbeit mit Beschuldigten und verurteilten Tätern ist richtungweisend. Sein neuestes Buch ist soeben erschienen (Wyre und Tate [1995] *The murder of childhood*. Penguin, London) und wird derzeit ins Deutsche übersetzt.

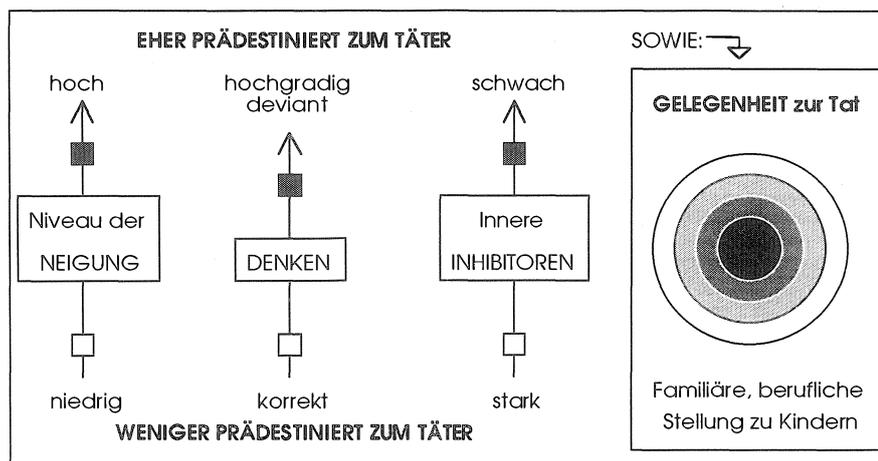


Abb. 1. Selbst hochgradig gefährdete Persönlichkeiten müssen nicht zu Tätern werden, wenn zur Gelegenheit eine möglichst periphere Position gewählt wird

tiefe psychische Abhängigkeit entsteht, gleichzeitig das Angebot, jederzeit nein sagen zu können, was aber in den Momenten der Tat unmöglich wird. Daraus ergibt sich für die Opfer eine oft dramatische Ichschwäche. Dieselbe gilt in ca. 69% aller Fälle auch für (spätere) Triebtäter! Die Tat kann oft erst Jahrzehnte später durch einen geeigneten Anlaß aufbrechen oder – günstigerweise – in Psychotherapie bearbeitbar werden.

6. Der Mißbrauchstäter hat stets mehrere Eisen im Feuer. Die Phasen der Werbung verlaufen zyklisch und bei mehreren potentiellen Opfern gleichzeitig.

Dritte Prämisse:

Ob ein Pädophiler zum Täter wird, verlangt zusätzliche Faktoren

Diese zu kennen, kann besonders für die Prävention überaus nützlich sein. Die Kenntnis der Denkweise von Tätern dient sowohl für potentielle Opfer und deren Angehörige, als auch für potentielle Täter zum „Schutz vor sich selbst“: vor dem Ausbruch eines solchen kriminellen Triebverhaltens.

Wenn daher ein Mann beschuldigt wird, eine Mißbrauchs-Tat begangen

zu haben, die er bestreitet oder von Rechtsvertretern bestreiten läßt, ist es sinnvoll, folgende Überlegungen anzustellen:

1. Gibt oder gab es die prinzipielle Möglichkeit für eine Tat?
2. Ist ein zyklischer Prozeß wie oben geschildert denkbar und theoretisch möglich?
3. Wie verhält sich das Persönlichkeitsprofil eines Menschen zu seiner sozialen Stellung, also bezüglich Kontakten, die eine Tat begünstigen könnten? (Siehe Abb. 1)

Zunächst ist auch mit dem Phänomen der Abwehr zu rechnen: Der Täter will sich mit seinen Handlungen nicht konfrontieren und vertritt daher oft geradezu extrem moralische Normen. Und auch die Menschen seiner Umgebung müssen dann ihr eigenes, idealisiertes Bild, das sie in jenem „guten, korrekten, stets hilfsbereiten Menschen“ sehen, aufrecht erhalten, müssen ihre eigene partielle Blindheit abwehren und sind naturgemäß leicht bereit, sich über solche Beschuldigungen zu empören. In einer un-kritisch polarisierten Stimmung kann ein Zeuge so leicht zum „Angeklagten“ werden.

Im Fall des heutigen Wiener Kardinal-Erzbischofs erscheint zumindest ein solcher Zeuge. Wenn wir die Position Dr. Groërs von damals nachvollziehen, ergibt sich folgendes: Für die Zöglinge des Internates war er ein „geistlicher Berater“ (eine ungenügend definierte Stellung zwischen Lehrer und Freund?) mit der ganzen Autorität der katholischen Religion und (Sexual-) Moral. Seine Position in der oben gezeigten Grafik wäre für damals eher im Kreiszentrum anzusehen. Doch das allein sagt noch nichts über sein tatsächliches Verhalten aus. Hinzu müßten gekommen sein:

1. ein hohes Niveau an Neigung,
2. hochgradig deviantes Denken,
3. schwache innere Inhibitoren,
4. äußere Auslöser und
5. weitere Faktoren aus der eigenen Persönlichkeitsentwicklung. – Gerüchte sind kaum relevant.

Tatsache ist, Herr Dr. Groër hat sich – entweder aus eigenem Entschluß oder im Auftrag – schließlich aus dem Knaben-Internat zurückgezogen. Unabhängig also von den uns nicht im Detail bekannten zusätzlichen Bedingungen ist er durch seine Entscheidung und seine Karriere aus dem Zentrum der „Gelegenheit zur Tat“ weiter in die Peripherie gerückt.

Was die Polarisierung der Diskussion betrifft, muß gesagt werden, daß jede Form der Immunisierung von Einzelpersonen insgesamt kontraproduktiv ist. Zusätzlich möge jeder in sich selbst nachfühlen, welche Emotionen ihn zu seinen Argumenten geführt und darin begleitet haben.

Mag. Dr. Volkmar Ellmauthaler
LSB, Supervisor
Institut für gewaltfreie
Persönlichkeitsbildung, Wien
Beratung und Begleitung bei
Lebenskrisen
Schlüsselgasse 11/47, A-1040 Wien
Tel. + Fax 505 39 09

Glosse

R. Picker

25 Gebote menschengerechter Psychotherapie

Brief 11: An die Präsidenten der Sozialversicherungsträger über den Unterschied von Seelen und Kotflügeln

Sie sprachen im Abendfernsehen folgendermaßen: „Wir müssen die Wirksamkeit der Psychotherapie ja irgendwie kontrollieren, besonders auch, worin eigentlich der ‚seelische Schaden‘ bestanden hat. Angenommen, bei ihrem PKW ist der rechte Kotflügel zu reparieren, wenn der Vergleich gestattet ist ...!“

Wir berufen uns auf Gebot 1 der menschengerechten Psychotherapie und gestatten diesen Vergleich nicht! Lesen Sie selbst das

1. *Gebot:* Du sollst Deine und Deiner Mitmenschen Seele niemals mit einem Kotflügel vergleichen! (Die folgenden lauten:)

2. *Gebot:* Du sollst ein für allemal wissen, daß „seelische (= psychische) Leidenszustände“ objektiv weder diagnostizierbar noch prognostizierbar sind – falls Du unter „objektiv“ so etwas wie einen Kotflügel verstehst.

3. *Gebot:* Du sollst, falls Du Gebot 2 zitierst, diesen Schlußsatz niemals weglassen, denn es ist nicht der „Kotflügel“, der die „Seele“ hervorbringt, sondern was wir „Seele“ nennen, bringt auch „Kotflügel“ als Objekt hervor. Diese kannst Du freilich leicht unter Kontrolle halten, jene verursachende „Seele“ aber lebt aus einem Geheimnis heraus, das subjektiv und einmalig ist. Kontrollen entzieht sie sich! Wenn nicht anders, dann durch Krankheit.

4. *Gebot:* Du sollst daher immer vor Augen haben, daß Menschen niemals objektiv, sondern umfassend subjektiv leiden. Du und Deine Angehörigen sind keine Ausnahmen. Und da jeder im beständigen Fluß der Zeit lebt, ist sein Leiden und seine Heilung glaubhaft mitteilbar, aber nicht im Experiment überprüfbar. Einmalig ist sie und unumkehrbar wie der Lebensfluß.

5. *Gebot:* Du sollst gerade deswegen die mühevollen Forschungen der

Psychologie nicht zu billiger Agitation mißbrauchen!

6. *Gebot:* Du sollst vor allem nicht auf dem Rücken der Patienten um die Macht kämpfen! Nicht um die therapeutische Macht, nicht um die politische Macht, nicht um die Eigenmacht. Was wirst Du tun, wenn Du sie erlangt hast? Erfahrungsgemäß wirst Du Dich in einen Machtansammler verwandeln und mehr Leute krank als gesund machen!

7. *Gebot:* Vor allem sollst Du nicht so tun, als seien Patienten lediglich Schmarotzer des Sozialstaates, als könnten Psychotherapeuten wie Diogenes im Faß lebend pausenlos dahinarbeiten und als gäbe es Sozialbeamte, die sonder Zahl in Betonpalästen dahinvegetierend auf Privilegien anstelle von Stühlen säßen ... Das alles führt nur zu immer neuen Machtkämpfen.

8. *Gebot:* Du sollst vielmehr die Macht, die Dir zufällt oder Dir zugeht, solidarisch zugunsten Deiner Mitmenschen verwalten.

9. *Gebot:* Du sollst unter „Mitmenschen“ nicht Schickimickis und ihre Lobbies verstehen, sondern diejenigen, die mit Dir im selben Arbeitsbereich leben: Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten, Beamtinnen und Beamte der Sozialversicherungsträger.

10. *Gebot:* Niemanden von diesen allen sollst Du mißachten – denn nur allzuleicht wird eine Therapeutin zur Patientin, ein ganz oben Stehender zu einem unten Liegenden! Achte also auf den möglichen Positionswechsel und laß Dich davon beeindrucken.

11. *Gebot:* Du sollst Dir des Risikos, das in jeder heilenden Tätigkeit eingeschlossen ist, stets bewußt sein.

12. *Gebot:* Du sollst diesem Risiko nicht ausweichen.

13. *Gebot:* Du sollst zugeben, daß

dieses Risiko nicht änderbar ist: Nicht durch juristische Ab- und Versicherungen, nicht durch Super-Supervisionen, schon gar nicht durch extrem verschulte Ausbildungen!

14. *Gebot:* Du sollst nicht den Eindruck erwecken, daß man mit Diagnosen allein Krankheiten bannen oder in den Griff bekommen kann.

15. *Gebot:* Du sollst auch nicht so tun, als gäbe es eine einzige therapeutische Wundermethode, die automatisch zu Heilerfolgen führen muß.

16. *Gebot:* Du sollst vielmehr stets vor Augen haben, daß je nach Zählweise 25 bis 50 therapeutische Methoden ausgewiesen sind, von denen jede die Revision oder die Fortentwicklung der vorhergegangenen bedeutet. Also gibt es viele therapeutische Wege.

17. *Gebot:* Du weißt, daß Du Dich irren kannst, daß Dein Patient im Grunde seine Heilung vielleicht nicht will und daß die Krankenkassenverwaltung sich bürokratisch verwickeln kann. Bleibe deshalb angemessen bescheiden dem Lebensgeschehen gegenüber. Es ist größer und stärker als Du.

18. *Gebot:* Du sollst nicht so tun, als könne die Krankenkasse schier alles bezahlen.

19. *Gebot:* Du sollst als Patient oder Patientin so gut Du kannst Deine eigenen Beitrag leisten. Das macht Dich frei und unabhängiger und ist bisweilen der Anfang vom Ende Deiner Erkrankung.

19. *Gebot:* Du sollst als Psychotherapeut und Psychotherapeutin vor allem an der Lösung von Problemen interessiert sein. Die Lust an der Forschung oder auch die Freude an Deiner Arbeitsintensität muß Du an die zweite Stelle nachreihen.

20. *Gebot:* Wenn Du das alles verstanden hast, suche Verbündete zu einem Neubeginn: Die Streitigkeiten zwischen Therapeuten, Patienten und Kassen sind die Chance, ein neues Kassensystem einzuführen.

21. *Gebot:* So wie genug Nahrung für alle Menschen auf der Erde da wäre, so auch genügend Geld für solidarische Unterstützung. Ehe Du Dich auf einen Mangel herausredest, beginne lieber mit dem konkret Vorhandenen.

22. *Gebot:* Du weißt, daß seelisch Erkrankte nur noch kränker werden, wenn Du ihnen diese Solidarität ver-

weigerst. Das zögerlich gegebene Kassengeld wäre dann beim Fenster hinausgeworfen, und langfristig werden Deine Enkel nur noch seufzen über Dich.

23. *Gebot*: Du sollst über diese Gebote nicht lachen. Tust Du es trotzdem, magst Du Dich auch „postmodern“ nennen, gib Dir die tägliche Nachrichtensendung: Vielleicht wirst Du dann wieder realer!

24. *Gebot*: Und bedenke vor allem, daß wir alle seelisch Erkrankte sind – der eine mehr, die andere weniger: Wie anders hätten wir es soweit gebracht, die Erde zu ruinieren, und damit begonnen, uns wechselseitig in die Luft zu sprengen?

25. *Gebot*: Probiere also diese Gebote jetzt aus. Die Praxis wird heilsam und berührend sein. Das wird Deinen Weg bestätigen. Irgendwann einmal wird auch die exakte Forschung alles, was Du erfahren hast, und alles, was Du dazugelernt hast, aufgearbeitet haben. Irgendwann setzt sich jene heilsame Wahrheit, die in therapeutischer Form erscheint, durch.

Darauf kannst Du warten. Du mußt nicht der letzte sein, der draufkommt.

Dr. Richard Picker
Kinderspitalgasse 4/13
A-1090 Wien
Tel. 42 12 38

An das Institut für Medizinische Psychologie, z.H. Herrn Univ. Prof. Dr. Gernot Sonneck

Traiskirchen, 9. 1. 1995

Sehr geehrter Herr Professor!

Ich möchte Ihnen freudigst zur Kenntnis bringen, daß der Gemeinderat der Stadtgemeinde Traiskirchen in seiner Sitzung vom 16. 12. 1994 beschlossen hat, für ein neu zu erschließendes Wohnbauesiedlungsgebiet Straßenzüge nach Dr. Sigmund Freud, nach Univ.-Prof. Dr. Erwin Ringel und nach Univ.-Prof. Dr. Hans Strotzka zu benennen.

Der Vorschlag an den Gemeinderat stellt meinen bescheidenen Beitrag an meine beiden hochgeschätzten Lehrer postum dar.

Zu meiner Person darf ich sagen, daß ich das Studium der Psychologie (Wintersemester 1980/81 bis Sommersemester 1985, Sponson zum Magister 1985 und Promotion zum Doktor 1991) absolvierte.

Falls Sie damit im Zusammenhang stehende Fragen, Wünsche oder Anregungen haben, so bitte ich, diese selbstverständlich an mich heranzutragen.

Mit freundlichen Grüßen

Stadtamtsdirektor

Mag. Dr. Alfons Klebl

Hauptplatz 13, A-2514 Traiskirchen

Leserbriefe

An den ÖBVP

In der Aussendung des ÖBVP vom 11. 1. 1995 nimmt Herr Dr. Heiner Bartuska unter der Überschrift „Zweiklassensystem Psychotherapie?“ zur Honorierung der „ärztlichen Psychotherapie“ Stellung. Beim Lesen dieser Zeilen entsteht der Eindruck, daß man als Arzt und Psychotherapeut für eine Psychotherapiesitzung zwischen öS 662,- und 746,- + MwSt. mit den Krankenkassen verrechnen könnte. Dies mag zwar in manchen Bundesländern zutreffen, ist aber als allgemeine Aussage unrichtig. Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse, bei der der weitaus größte Teil der Patienten versichert ist, honoriert 60 Minuten Psychotherapie mit 120 Punkten à öS 4,10 (492,- + MwSt.). Mit den sogenannten „kleinen Kassen“ können Honorarsätze von öS 821,- + MwSt. für 50 Minuten Psychotherapie verrechnet werden, was aber nur einen kleinen Teil der Versicherten betrifft.

Obwohl Herr Bartuska in seinem Artikel ganz eindeutig die Krankenkassen aufs Korn nimmt, befürchte ich, daß die von ihm angegebenen Honorarsätze den Eindruck erwecken, die Ärzte unter den Psychotherapeuten hätten sich's gerichtet.

Diverse Auseinandersetzungen zwischen Ärztekammer und ÖBVP belasten ohnehin die Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Ärz-

ten. Im Sinne einer Verbesserung dieser Beziehung wünsche ich mir als Arzt und Psychotherapeut und Mitglied des ÖBVP möglichst objektive und korrekte Information.

Dr. E. M. Haberfellner
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut
Friedrichstraße 14, A-4040 Linz

An den ÖBVP

Wien, am 18. April 1995

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

da es für uns doch etwas Exotisches ist, darf ich mitteilen, daß ich, nachdem ich schon 1994 Advisory Director des japanischen „Journal for Autogenic Therapy“ wurde, nun das in Fotokopie beiliegende Dekret erhalten habe.

Dr. Heinrich Wallnöfer
Pyrkergasse 23
A-1190 Wien

日本自律訓練学会

Japanese Society of Autogenic Therapy

名誉会員認定証

日本自律訓練学会は、自律訓練法および我々の学会の発展に尽くされた貴殿の業績を高く評価し、ここに本学会の名誉会員の称号を贈るものである。

In recognition of outstanding contributions to the study and development of the Auto genic Training and Auto genic Therapy, the Japanese Society of Autogenic Therapy has the pleasure in awarding honorary membership. (The resolution passed during the meeting of the board of JSAT in Tokyo November 11, 1993.)

to

ハインリッヒ・ヴァールネファー博士

Univ. Lekt. OMR univ. med. Dr.

Heinrich Wallnöfer

President of European Committee
for the Advanced Analytic Autogenic Training

平成 7 年 3 月 28 日
(March 28, 1995)

日本自律訓練学会・理事長

佐々木 雄一
President: Professor Dr. med. Yuji Sasaki
Institute of Psychology, University of Tsukuba
1-1-1, Tennodai Tsukuba, 305 Japan

Ausbildung – Fortbildung – Weiterbildung

R. Kalchmayr und S. Kern

Fristlose Ausbildung

Zusammenfassung der Fragebogenerhebung zur
Ausbildungssituation in der Fachsektion Psychodrama (ÖAGG)

Auch die Kandidaten/innen der Fachsektion Psychodrama waren, wie in vielen anderen Ausbildungsvereinen, stark verunsichert in Hinblick auf die Beendigung ihrer Psychotherapieausbildung im Rahmen der 2. Übergangsregelung. Für uns ein Grund, die Situation genauer zu untersuchen.

Einerseits wollten wir statistisch belegbares Material vorlegen, um über eine mögliche Veränderung der Übergangsfrist verhandeln zu können, andererseits schien uns das Aufzeigen von Ausbildungsengpässen in unserer Fachsektion von Bedeutung zu sein. Die gewonnenen Daten können als Orientierungshilfe für die weitere Planung des Ausbildungsangebotes innerhalb der Fachsektion genutzt werden.

Als Datenbasis galt für uns der Stichtag 30. 5. 1994:

373 Fragebögen wurden versandt, der Rücklauf betrug 101 Fragebögen, 4 waren unzustellbar und 2 kamen nach der Rücklauffrist an. Das entspricht einer Rücklaufquote von 27,5% bezogen auf alle Fachsektionsmitglieder.

Zieht man nun alle Ausbildungskandidaten/innen in Betracht, ergeben sich folgende Rücklaufquoten:

246 Ausbildungskandidaten/innen, 10 eingelangte Fragebögen, davon ist ein Fragebogen ein/er Leiter/in abzuziehen. Bezogen auf die Ausbildungskandidaten/innen der Fachsektion Psychodrama entspricht das einer Rücklaufquote von 41%.

An der Erhebung nahmen 69 Frauen (86,3%) und 32 Männer (31,7%) teil, womit der Geschlechteranteil der

Fachsektion ziemlich genau repräsentiert ist.

Die Hauptgruppe der Befragten rechnete sich der Altersgruppe der 30–49-jährigen zu, und ordnete sich der Regionalsektion Wien zu. Die Berufsgruppe der Psychologen/innen war mit 33% vertreten, gefolgt von diplomierten Sozialarbeiter/innen und Angehörigen anderer sozialer Berufe mit 26%. 17% waren von Beruf Lehrer/innen und Pädagogen/innen, 9% Studenten/innen und nur 4% kamen aus der Gruppe der Ärzte/innen.

An dieser Stelle möchten wir kurz die einzelnen Psychodramaausbildungsschritte im Rahmen der 2. Übergangsregelung erläutern, um die folgende Beschreibung besser verständlich zu machen: Will man den Assistenten/innentitel erlangen, müssen eine mehrjährige Unterstufengruppe und zahlreiche Sonderseminare absolviert werden. Als Psychodramaleiter/in kann man sich nach Beendigung einer Oberstufengruppe, nach Absolvierung von Sonderseminaren, einer Jahresgruppen-Coleitung und einer eigenständig geleiteten Jahresgruppe unter Supervision bezeichnen. Eine darüber hinausgehende Eintragung in die „Psychotherapeutenliste“ erfordert ein Praktikum mit Supervision, zahlreiche Praxisstunden mit begleitender methodenspezifischer Supervision und Theorienstunden.

Von den Psychotherapeuten/innen in Ausbildung gaben 89,5% der Befragten an, daß sie die Psychotherapieausbildung bis Ende 1997 nur schwer oder gar nicht abschließen

können, lediglich 10,5% der Befragten können sich vorstellen dieses Ziel auch zu erreichen.

Bei der Frage nach den ausbildungsspezifischen Problemen stehen der Wunsch, sich für die Ausbildung mehr Zeit zu lassen, das Finden eines geeigneten Platzes für die Coleitung und das Erreichen der nötigen psychotherapeutischen Praxis an oberster Stelle einer Hitliste von Problemen.

Bei den ausbildungsunspezifischen Problemen werden finanzielle Engpässe, die Unvereinbarkeit mit dem derzeitigen Beruf und eine mögliche Schwangerschaft als größte Hindernisse beim Beenden der Ausbildung bis Ende 1997 genannt.

Obwohl 1/3 der Kandidaten/innen das Praktikum noch nicht begonnen hat, wird dieses vorerst nicht als Stolperstein in Bezug auf den Abschluß der Ausbildung gesehen. Dennoch ist für viele unklar, ob ein bereits absolviertes Praktikum auch tatsächlich anerkannt wird.

Über den derzeitigen Ausbildungsstand läßt sich folgendes sagen:

21 Befragte sind bereits eingetragene Psychotherapeuten/innen, die restlichen 80 befanden sich zur Zeit der Erhebung noch in Ausbildung. Der Großteil ist als Psychodrama-Assistenten/innen graduiert, wobei etwas mehr als die Hälfte die Oberstufengruppe abgeschlossen hat. Die weiteren Ausbildungsschritte wurden von über 2/3 der Befragten noch nicht einmal begonnen. Fast alle Befragten streben über den Psychodramaleiter hinaus den Psychotherapeuten/innentitel an.

Als größtes Hindernis, die Therapieausbildung zeitgerecht abschließen zu können, wird derzeit von den Kandidaten/innen das Absolvieren der Coleitungsgruppe und das Erreichen der nötigen psychotherapeutischen Praxis beschrieben. Hier sind

wir alle in der Fachsektion aufgerufen, die Situation durch die Suche nach neuen Möglichkeiten der praktischen Arbeit zu entschärfen.

Abschließend läßt sich sagen, daß die Ergebnisse unserer Erhebung die Forderung nach einer „Ausbildung ohne Fristen“ im Sinne einer qualitativ hochwertigen Psychotherapieausbildung bestärken und hoffentlich zu einer Veränderung in diese Richtung beitragen.

Der Projektbericht (45 Seiten), der mit Ende Dezember 1994 beendet wurde, kann angefordert werden.

*Reinhard Kalchmayr
AusbildungskandidatenInnen-
vertreter der Fachsektion
Psychodrama
Rankgasse 22/24, A-1160 Wien
Tel. 49 35 484
Mag. Sabine Kern
Ketzergasse 409/10, A-1230 Wien*

scher Episoden und Fragen einer Rückfallprophylaxe, therapeutischer Umgang mit Wahn/Wahnhaltungen, Fragen der Autonomie und der Beeinträchtigung der Autonomie, spezifische Probleme in der Beendigung der Therapie usw. Der Austausch über die jeweilige Berufspraxis soll eine methodenübergreifende (verschiedene Psychotherapiemethoden) und Setting-übergreifende (Einzel-, Gruppe-, Fam., bifokale Gruppen) persönliche Auseinandersetzung fördern.

Arbeitsweise: Supervision laufender Therapien bei Menschen mit psychotischen Störungen

Teilnehmerzahl: mindestens 6

Kosten: Gruppe 1: öS 5.040,-/Jahr (öS 360,- pro Doppelstunde – ca. 2mal pro Monat); Gruppe 2: öS 4.860,-/Jahr (öS 540,- pro Block à 3 Stunden – 1mal pro Monat)

Renate Hutterer-Krisch, Dr. phil., Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (Individualpsychologie, Gestalttherapie), 14jährige Tätigkeit im psychiatrischen Bereich, Lehrbeauftragte an den Universitäten Wien und Klagenfurt, langjährige Tätigkeit in freier Praxis, Publizistische und Herausgebereigenschaften, u.a. Herausgabe von „Psychotherapie mit psychotischen Menschen“ (1994) Springer, Wien New York

Supervisionsgruppe Psychosenpsychotherapie

Leitung: Dr. Renate Hutterer-Krisch

Zeit: Gruppe 1: Donnerstag, 11.30–13.00, 2 Einheiten 14tägig, Beginn: 19. Oktober 1995; Gruppe 2: Samstag, 9.30–11.45, 3 Einheiten 1mal monatlich, Beginn: 14. Oktober 1995. Oktober 1995–Juni 1996

Ort: Praxis Dr. Hutterer-Krisch, Kantnergasse 51, A-1210 Wien, Tel. 290 14 79

Dauer: Gruppe 1: 2 x 14 = 28 Stunden; Gruppe 2: 3 x 9 = 27 Stunden

Zielgruppe: Psychotherapeutisch

Tätige mit abgeschlossener oder fortgeschrittener Psychotherapieausbildung, die ihre Kompetenz und ihre Sicherheit im Umgang mit Menschen mit psychotischen Störungen fördern wollen.

Inhalte: Besondere Beanspruchung der Psychotherapeuten, Beginn der Therapie, Erstkontakt, Therapeutisches Setting, Rolle der Medikation, Besonderheiten des therapeutischen Kontextes: psychotherapeutische Praxis, Ambulanter vs. Stationärer Bereich, auslösende Faktoren psychoti-

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*.

R. A. Perner

Anmerkungen zur Forderung nach psychotherapeutischer Diagnostik

Was potentielle Kostenträger auch erwägen sollten

Hartnäckig wird von seiten der gesetzlich zur Tragung der Kosten von Heilbehandlungen Verpflichteten eine psychotherapeutische Diagnose eingefordert, oft mit der Unterstellung, Psychotherapeuten/innen würden keineswegs „krankheitswertige“ Störungen behandeln, sondern lediglich an der Persönlichkeitsentwicklung mitwirken.

Psychotherapeuten/innen haben sich lange unter Hinweis auf ihre Schweigepflicht gegen solche Ansinnen gewehrt. Die Sozialversicherungsjuristen haben daraufhin die Taktik verändert: nicht die behandelnden Psychotherapeuten/innen sollen ausführliche Diagnosen bloßlegen, sondern die Versicherten.

Patient – Therapeut/in – Kostenträger: Wer bestimmt den Krankheitswert?

– Abgesehen davon, daß selbst bei Verifikation der Unterstellung, es würden keineswegs „Neurosen, Psychosen oder Psychosomatosen“ behandelt, gerade auch die „unreife

Persönlichkeit“ (ICD 9: 301.8) krankheitswertig zu sehen ist weil sie die Arbeits- und Liebesfähigkeit massiv be- und verhindert,

– abgesehen davon, daß Psychotherapeuten/innen unter absoluter Verschwiegenheitspflicht stehen und das mit gutem Grund (nämlich nicht nur zum Schutz des Vertrauens, sondern vor allem auch, weil jede Stunde ein anderes Entwicklungsstadium der Persönlichkeit präsentiert, und jede Beurteilung daher nur ein eindimensionales Blitzlicht auf einen vergangenen Aspekt des Wachstums geben kann, wohingegen die Persönlichkeit aber vielschichtig, komplexhaft und durchaus konflikthaft ist),

– abgesehen davon, daß aus der Sicht etlicher psychotherapeutischer Schulen (z.B. Rogers, 1980) Diagnose und Diagnostik nicht nur verhindern, daß eine therapeutische – fördernde, heilende – Beziehung entstehen kann und außerdem leidende Menschen innerlich wie äußerlich mit einem Etikett diskriminiert – im Sinne von Norbert Elias (1990), der gezeigt hat, daß

man einer Gruppe nur einen „schlimmen Namen“ geben müsse, sie werde ihm dann schon entsprechen) und

– abgesehen davon, daß mit der Forderung eines/r Versicherten nach schriftlicher Festlegung der Diagnosekriterien eine artifizielle Veränderung der Psychodynamik provoziert wird, die kaum im Interesse des Behandlungsplans sein wird, sowie

– abgesehen davon, daß die Symbolbildungen des ICD 10 dem „System Psychiatrie“ mit seiner Fachsprache (und damit der „schnellen“ Verständigung zwischen Psychiater/innen) entsprechen (und sicherlich auch den potentiellen Kostenträgern, die dem „System Juristerei“ zugehören, aus den länger bestehenden Beziehungen zu den Vertretern dieses Systems wohlvertraut sind) – dieses System aber nicht das einzige (und auch keineswegs das beste) ist, wenn es darum geht, psychisches Leiden zu behandeln,

– gibt es ein ganz wesentliches juristisches Argument, daß gegen die Veröffentlichung einer psychotherapeutischen Diagnose spricht: im Erstgespräch schließen Klient/in und Psychotherapeut/in ein „Arbeitsbündnis“, in der Fachsprache des „Systems Juristerei“: einen Vertrag.

„Pacta sunt servanda“ – Verträge sind einzuhalten

Dieser schon aus dem römischen Recht stammende Grundsatz zieht sich auch durch das österreichische Allgemeine Bürgerliche Gesetzbuch (§ 861 ff ABGB). Er soll das Vertrauen in die Vertragstreue des Vertragspartners schützen.

Im Vertrag „Arbeitsbündnis“ verpflichten sich beide Teile zur Einhaltung bestimmter Bedingungen und Regeln. Da werden nicht nur Honorare, Ersatzleistungen und Kündigungsfristen festgelegt, sondern auch Sonderleistungen für Sonderfälle, Zeiten, Räume, das Setting und

die Methodik. Vor allem verpflichten (und zwar ex lege, es braucht keiner besonderen Vereinbarung) sich die Psychotherapeuten/innen (wie andere „Fachleute“ auch, wenn sie ihre Fachqualifikation anbieten), nach bestem Wissen und Gewissen zu arbeiten (und sind daher auch nach § 1299 ABGB für etwaige „Kunstfehler“ schadenersatzpflichtig). Und es wird die besondere Verschwiegenheitspflicht erläutert.

Die Verschwiegenheitspflicht der Psychotherapeuten/innen ist mehr als die Befreiung von der Zeugnispflicht vor Gericht
Sie gehört mit zur Methodik.

Laien orientieren sich zumeist an der bekannten Verschwiegenheitspflicht Geistlicher, denen gegenüber einer sein Gewissen erleichtert, oder Staatsbeamter im Falle, daß sie sonst ihr Amtsgeheimnis verletzen würden. Anders ist die der Psychotherapeuten/innen: Sie begleiten und intervenieren bei einem Prozeß tiefgreifender persönlicher Veränderung mit all seinem Schwanken im innerseelischen Konflikt. Was immer aus den Tiefen der Seele hochkommt, soll dabei ausgedrückt werden – und das kann ebenso peinlich wie schockierend und vor allem total widersprüchlich sein. Es geht eben um Konflikte.

„Die wissenschaftliche Erforschung des Menschen wird durch die angsterregende Überschneidung von Objekt und Beobachter behindert...“
(Devereux 1967/1984)

Das komplexe Geschehen einer Psychotherapie kann nicht adäquat wiedergegeben werden (außer vielleicht durch eine Videoaufzeichnung mit mehreren Kameras – denn alle Gesprächspartner/innen müßten im Kontext mitberücksichtigt werden). Würden die Klienten/innen versuchen, „objektiv“ zu berichten, so wären sie nicht mehr dieselben wie damals, als sie sich das erste Mal ausdrückten. Aber auch die Psychotherapeuten/innen könnten nur ihre derzeitige Sicht auf ihre damalige Sicht auf die damaligen Ausdrücke und Interaktionen mitzuteilen versuchen.

Zum Fachwissen anerkannter psychotherapeutischer Schulen gehört eben deshalb der einerseits methodenspezifische, andererseits auch

ethische Komplex des Umganges mit Reden und Schweigen. In einer Psychotherapie herrschen andere Bedingungen als bei einer Begutachtung (Perner, 1994). In Psychotherapien werden Arbeitshypothesen erstellt und im Begleiten des Heilungsprozesses modifiziert, was auch als andauernde Überprüfung bezeichnet werden kann (wenn man anderen „Systemen“ und damit anderen Fachsprachen entgegenkommen will).

Im großen Integrationsprozeß der Schaffung des Psychotherapiegesetzes wurden die unterschiedlichen Psychotherapieschulen durch die Vereinbarung geeinigt, einander in ihrer Unterschiedlichkeit zu respektieren, ihre Behandlungsansätze und Behandlungserfolge anzuerkennen und ihre Eigentümlichkeiten nicht durch Anpassungszwänge zu zerstören.

„Angst“ kommt von „Enge“, Einengung, und die macht krank

Im Gefolge von Schulen mit stark fokussierenden bzw. strukturierten Behandlungsansätzen wagt man es eher, sich bei der Abschätzung des angepeilten Behandlungserfolges auf eine bestimmte Anzahl von Sitzungen festzulegen; je tiefliegender die Störung, desto umfassender wird hingegen die Behandlung konzipiert und daher desto weniger quantitativ eingegrenzt werden können. Und jede aktuelle Krisensituation in Beruf oder Familie kann Stunden zurückwerfen.

Solche Krisen können auch durch die Kontrolltätigkeit einer „Amtsgewalt“ verursacht werden: Nach meinen bisherigen Erfahrungen löst der persönliche Umgang mit manchen Erfüllungshelfern der Kostenträger bei ethischen Klienten/innen (vor allem solchen mit posttraumatischen Belastungssyndromen) Rezidive aus!

Wenn es also auch Schulen geben mag, die diagnosefreundlicher sind, so ist daraus nicht abzuleiten, daß eine Diagnoseerstellung keinen Bruch des psychotherapeutischen Arbeitsbündnis darstellt.

Aus meiner Sicht ist die Einigung mit den Klienten/innen, unter welcher Diagnose des ICD 10 die Kostenrückerstattung durch den jeweiligen Krankenversicherungsträger beansprucht werden soll, das äußerste Entgegenkommen einem System gegenüber, das mit seinen unflexiblen, starren Richtlinien ohnedies viel dazu beiträgt, daß Menschen erkranken und Flexibilität und Lebendigkeit verlieren. Ich warne daher vor jeglichem Abgehen von den Grundprinzipien einer psychotherapeutischer Beziehung.

Literatur

- Devereux G (1967) Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Suhrkamp, Frankfurt/M, S 17
Elias N, Scotson JL (1990) Etablierte und Außenseiter. Suhrkamp, Frankfurt/M, S 24
Perner RA (1994) Entschleierungsprozesse. Über die Rolle des Psychotherapeuten als Gerichtsgutachter. In: Perner RA (Hrsg) Schuld & Unschuld. Täter und Opfer sexueller Mißhandlung. aaptos Verlag, Wien, S 171
Rogers CR (1991) Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers CR, Schmid PF (Hrsg) Person – zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Grünewald, Mainz, S 188

*Mag. Dr. Rotraud A. Perner
Juristin und psychoanalytisch
personenzentriert orientierte
Psychotherapeutin, Mitglied des
Psychotherapiebeirats im BMfGK
lehrt „Therapeutische
Kommunikation“ an der
Universität Salzburg
Postfach 23, A-1013 Wien*

Leserbrief

zu „Psychotherapie in Institutionen“
(Psychother Forum [1995] Vol 3 No 1
Suppl)

Zunächst darf ich kurz auf das Zitat des § 165 StVG eingehen „Die Unterbrachten sind unter Berücksichti-

gung ihres Zustandes zur Erreichung der Vollzugszwecke und zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung in den Anstalten so zu behandeln, wie es den anerkannten Methoden oder Psychiatrie, Psychologie und Pädagogik entspricht“...

Die Autoren meinen, es ließe sich aus dem zit. Gesetzestext kein genereller Auftrag zur Durchführung von Psychotherapie ableiten. Offenbar deswegen, weil der Begriff „Psychotherapie“ nicht ausdrücklich genannt ist. Im Gegensatz zu dieser das BMfJ sehr schonenden Auslegung lese ich den zit. Text als Grundlage für die Verpflichtung, Psychotherapie zur Verfügung zu stellen. Denn natürlich ist psychotherapeutische Behandlung den anerkannten Methoden der Psychiatrie und Psychologie zuzurechnen. Das Gegenteil ließe sich nur in spitzfindiger Absicht behaupten.

Grundsätzlich ergeben sich in der Frage der Psychotherapie die Vollzugsanstalten – aber auch in allen Institutionen – mehrere ethisch relevante Fragestellungen:

1. Unter welchen Arbeitsbedingungen darf psychotherapeutisch gearbeitet werden?

Es hat sich in den vergangenen 20 Jahren eine verwirrte Situation entwickelt, die aus dem Bestreben der Therapeuten entstanden, um fast „jeden Preis“ Psychotherapie in alte und erstarrte Institutionen einzuführen. Dabei mußte offenbar so viel „Rücksicht“ genommen werden, daß elementare Bedingungen für effiziente Psychotherapie um den Preis, überhaupt arbeiten zu dürfen, „verkauft“ wurden.

Das bedauerliche Ergebnis dieser Strategie, die ich ebenfalls mitgetragen habe, ist die Behauptung, es gäbe die Psychotherapie verbreitet im Strafvollzug und in anderen Institutionen, im Sinne des berühmten „Wir haben das schon lange“.

In Wahrheit ist „ordentliche“ Psychotherapie überhaupt nur symbolisch vorhanden. Und sowohl von der Frequenz als auch der Dauer her gesehen müßte diese Psychotherapie ein Sakrament sein, um wirken zu können.

Da sie auf diese Weise keine statistisch relevante Wirkungen erzielen kann, haben wir die Situation, daß im Grunde niemand wirklich an den Erfolg der Psychotherapie in diesen Situationen glaubt, daher auch wenig Motivation sichtbar ist, Psychotherapie in Institutionen wirklich effizient einzusetzen und zu budgetieren.

2. Abstinenz und Schweigepflicht der Psychotherapie

Für die Psychoanalyse, wenn sie als Psychotherapie auftritt, ist beides als *conditio* unbestritten und vom Berufsethos her unverzichtbar. In allen Psychotherapieschulen, die in irgendeiner – wenn auch entfernten – Weise als „analytisch“ gelten und die „Zweierbeziehung“ zur Settinggrundlage haben, muß derselbe Anspruch gelten.

Schließlich ist auch im Psychotherapiegesetz offenbar aus den bekann-

ten wichtigen Gründen die Verschwiegenheitspflicht sehr deutlich und klar geregelt, und es kann tatsächlich ethisch nicht vertreten werden, daß all diese Gründe nur für „Privatpatienten“ außerhalb von Institutionen gelten sollen. Es wäre dann tatsächlich ehrlicher, sich zu entscheiden, überall dort, wo Abstinenz und Verschwiegenheit „nicht erlaubt“ werden können, wo Dienstrechte von angestellten Psychotherapeuten nicht in unserem Sinne modifizierbar erscheinen, nicht weiter von „Psychotherapie“ zu sprechen, sondern z.B. von „Psychologie“ oder ähnlichem. Dann wäre es zumindest klargestellt, daß es die Psychotherapie in den allerseltensten Fällen überhaupt in Institutionen gibt.

Die Tatsache, daß in Institutionen die Einzelpsychotherapie im streng definierten Sinne als „Fremdkörper“ durch sogenannte „sozialtherapeutische“ Maßnahmen ersetzt wird, sollte Anlaß für kritische theoretische und organisationsbezogene Forschungsarbeit sein und nicht einfach hingenommen werden.

Es gibt dafür sowohl berufsethische Motive als auch Bedarf im Sinne der Psychotherapiewissenschaft.

*Harald Picker, Psychotherapeut
Landstraßer Gürtel 9/5
A-1030 Wien
Tel./Fax 79 91 853*

Editorial

Verhandlungen gescheitert!

Die Verhandlungen für die Regelung der Kassenzulässigkeit der PsychotherapeutInnen in der Schweiz sind gescheitert. Die Landesvertreter der Psychologen versuchten, die eigenen Standpunkte auf Kosten der tradierten Psychotherapie-Ausbildungen durchzusetzen. Wollen sie die vielfältige Psychotherapie-Kultur, wie sie heute besteht, durch die „Allgemeine Psychotherapie“ kognitiver Ausrichtung ersetzen?

Was ist passiert? Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) hatte eine Kommission eingesetzt, die einen Entwurf für die Zulassung zum PsychotherapeutInnen-Beruf ausarbeiten sollte. Geleitet wurde diese vom Präsidenten der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH), Verhandlungspartner waren der Schweizer Psychotherapeuten-Verband (SPV), die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) und drei ärztliche Gesellschaften aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Spielregeln erforderten einen Konsens, daher wurde in zähen Verhandlungen zwischen den Psychotherapeuten- und den Psychologen-Delegationen ein Kompromissvorschlag erarbeitet, der für beide Seiten zwar schmerzliche Abstriche beinhaltete, mit dem sich aber eine sachgerechte Zukunft für die Psychotherapie vorstellen liess. Die Therapeuten gaben bei der psychotherapeutischen Spezialausbildung nach, die Psychologen bei der universitären Grundausbildung. Dieser Kompromiss fand in der Delegierten-Versammlung der Föderation der Psychologen, obwohl deren Vorstand ihn unterstützte, keine Gnade. Dafür sind vor allem einige Professoren für Klinische Psychologie verantwortlich, die in einem gemeinsamen Brief den Kompromiss verurteilten. Die Föderation hielt sich folgsam an deren Vorgabe. In der Folge hielten die Psychologen die Spielregeln der Konsensfindung nicht mehr ein. Sie verfolgten die Strategie, Varianten vorzuschlagen und überlassen damit dem Bundesamt für Sozialversicherung, also Nicht-Fachleuten, die Entscheidung. Das Kalkül besteht darin, dass die von diesen Professoren unterstützte Variante bevorzugt wird.

Damit ist eine Regelung der Kassenzulassung auf Anfang 1996 nicht mehr möglich. Das bedeutet für die Patienten weiterhin eine ungenügende Unterstützung ihrer Therapien durch die Kassen und für die freipraktizierenden Therapeuten eine erhebliche finanzielle Einbusse. Einzelne Vertreter von Psychologen-Verbänden geben auch offen zu, dass es ihnen auf ein paar Jahre Warten nicht ankomme, wichtig sei nur, dass ihre Variante sich durchsetze. Durch die Verweigerung der Konsensfindung und der kompromisslosen Durchsetzung der eigenen Landesinteressen zeigt sich die Föderation der Psychologen offen als Gegner fast aller therapeutischen Richtungen.

Wir Psychotherapeuten suchten weiterhin eine Lösung. Da unser Kernstück die Spezialausbildung ist und jenes der Psychologen die universitäre Grundausbildung in Psychologie, boten wir an, die psychotherapeutische Spezialausbildung nach den bewährten Charta-Richtlinien zu regeln und die Grundausbildung der Universitätspsychologie zu überlassen (grosszügige Übergangsregelungen und erleichterte Nachstudiengänge in Klinischer Psychologie für Nicht-Psychologen vorausgesetzt). Die Föderation der Psychologen entschied, nicht auf diesen Vorschlag einzugehen. Damit ist klar, dass es ihr nicht nur um das Monopol in der Grundausbildung geht, sondern letztlich auch um dasjenige der Psychotherapie-Ausbildung. Konkret ist dies ein Angriff auf die tradierte Vielfalt der Methoden, die durch eine kognitiv orientierte „Allgemeine Psychotherapie“ ersetzt werden sollen. Dass ein solcher Angriff von einzelnen Kassen gerne unterstützt würde, lesen Sie im Artikel „Damit der Psychotherapie-Diskurs nicht entgleist“ von Walter Franzetti. Wie wir diesem Angriff begegnen wollen, beschreibt Markus Fäh in seinen „Bemerkungen zum Qualitätsmanagement in der Psychotherapie“ und Irene Vetter zeigt die lange Tradition der Konsensfindung und Bemühung um die Definition der Psychotherapie durch die Schulen.

Mario Schlegel

Editorial

Les négociations ont échoué!

Les négociations concernant la manière dont les psychothérapeutes suisses pourront avoir accès aux prestations des caisses ont échoué. Les représentants des psychologues ont tenté d'imposer leurs propres vues, aux dépens des formations traditionnelles. Visent-ils à éliminer la psychothérapie diversifiée qui est pratiquée actuellement et à la remplacer par une "psychothérapie générale" d'orientation cognitive?

Que s'est-il passé? L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) avait mandaté une commission chargée d'élaborer un projet de loi concernant l'accès à la profession de psychothérapeute. Cette commission était placée sous la responsabilité du président de la Fédération des médecins suisses (FMH), collaborant avec les partenaires suivants: l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP), la Fédération Suisse des Psychologues (FSP), et trois groupements de médecins spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie. Selon les règles du jeu, les membres de la commission devaient parvenir à un consensus. C'est pourquoi, au cours de dures négociations opposant les délégués des psychothérapeutes à ceux des psychologues, une proposition de compromis fut élaborée qui, tout en obligeant les deux partis à faire certains sacrifices, devait permettre de conserver quelques espoirs quant à l'avenir de la psychothérapie. Les thérapeutes firent des concessions au niveau de la formation spécialisée, les psychologues à celui de la formation universitaire de base. Bien que le comité de la FSP ait soutenu cette proposition, elle fut rejetée par l'assemblée des délégués de cette Fédération. Les principaux responsables en sont certains professeurs de psychologie clinique qui signèrent un courrier la condamnant. La Fédération s'en tint bravement à leur avis. A partir de là les psychologues cessèrent de respecter les règles du jeu. Ils adoptèrent une stratégie consistant à proposer des variantes et à déléguer les décisions à l'Office fédéral des assurances sociales, donc à des non-spécialistes. Ils comptent bien que l'OFAS décide

d'adopter la variante proposée par les professeurs.

Il est donc assez peu probable que l'accès aux prestations des caisses soit réglementé début 1996. Ceci signifie que les traitements psychothérapeutiques vont continuer à ne pas être suffisamment remboursés par les caisses (aux dépens des patients) et que les thérapeutes indépendants vont subir des pertes de gain considérables. Certains représentants des associations de psychologues admettent d'ailleurs que cela leur est égal d'attendre encore quelques années, pourvu que leur variante s'impose. En refusant de rechercher un consensus et en imposant ses propres intérêts professionnels, la Fédération Suisse des Psychologues montre ouvertement qu'elle est contre presque toutes les écoles de psychothérapie.

Les psychothérapeutes, quant à eux, continuent à chercher une solution. Compte tenu du fait que nous nous concentrons sur la formation spécialisée, alors que les psychologues considèrent comme centrale une formation de base en psychologie, nous avons offert à ces derniers de régler la formation spécialisée en psychothéra-

pie en prenant pour base les directives de la CHARTE – qui ont fait leurs preuves – et de laisser les psychologues universitaires décider des modalités de la formation de base (avec des dispositions transitoires flexibles et la possibilité pour les non-psychologues d'accéder facilement à une formation post-grade en psychologie clinique). La Fédération des Psychologues a décidé de ne pas accepter cette proposition. Il est donc évident qu'elle cherche à s'attribuer un monopole, non seulement au niveau de la formation de base, mais aussi à celui de la formation en psychothérapie. Ceci implique qu'elle est en train de lancer une attaque concrète contre la traditionnelle diversité des méthodes, voulant la remplacer par une "psychothérapie générale" d'orientation cognitive. L'article de Walter Franzetti (plus bas), "Pour que le discours sur la psychothérapie ne déraile pas", montre que certaines caisses sont toutes disposées à soutenir ce genre d'attaque. Dans leurs articles intitulés "Remarques concernant la gestion de qualité en psychothérapie" et "Les antécédents de la 'Charte concernant la formation en psychothérapie'", Markus Fäh et Irene Vetter montrent que la recherche d'un consensus a une longue tradition au niveau des efforts faits par les écoles de psychothérapie pour définir leur discipline.

Mario Schlegel

M. Fäh-Barwinski

„We are foreigners!“

Bemerkungen zum Qualitätsmanagement in der Psychotherapie

Qualitätsmanagement ist überall dort hoch im Kurs, wo die Ressourcen knapper und die Ansprüche grösser werden, also auch im Gesundheitswesen. Dies schlägt sich auch im Entwurf zur Verordnung über die Krankenversicherung nieder. Art. 79 lautet: *Die Versicherer oder deren Verbände und die Leistungserbringer oder deren Verbände schliessen Verträge über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen, die Förderung der*

Qualität, die Kontrolle der Erfüllung sowie die Folgen der Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderungen ab. Die Bestimmungen haben den neusten allgemein anerkannten Standards zu entsprechen.

Was heisst das für die Psychotherapie als Teil des Gesundheitswesens, als zukünftige Pflichtleistung der Krankenkassen?

Zur Zeit ist ein Trend auszumachen, Qualitätsmanagement einseitig auf

Qualitätskontrolle einzuschränken, d.h. die Qualität einer Behandlung wie z.B. der Psychotherapie soll aufgrund bestimmter Kriterien evaluiert und kontrolliert werden, im Falle einer negativen Evaluation drohen Konsequenzen (z.B. Leistungskürzungen).

Qualitätskontrolle aufgrund oberflächlicher Kriterien kostet letztlich mehr!

Die Krankenkassen senden beunruhigende Signale. Obwohl sie gesundheitsökonomisch keine reinen Unternehmen im marktwirtschaftlichen Sinne sind und gar nicht die vollen Gesundheitskosten tragen – ich denke an die Subventionen, an die Finanzierung der Spitäler durch die öffentliche Hand, ich denke an die Unfallversicherung usw. –, verhalten sie sich im Moment wie Unternehmen und versuchen die Preise von „Gesundheitsleistungen“ zu drücken und den von ihnen finanzierten Leistungskuchen zu begrenzen. Qualitätskontrolle erscheint ihnen als ein probates Mittel dazu. Die Krankenkassen wollen festlegen, welche Therapien rentieren und welche nicht. Sie wollen auch definieren, welche Therapien „gut“, d.h. „effizient“ im ökonomischen Sinne sind.

Hand in Hand mit dieser Tendenz geht die Politik von Prof. Klaus Grawe. Ich spare mir an dieser Stelle eine ausführliche Besprechung seiner zusammen mit Ruth Donati und Friederike Bernauer 1993 veröffentlichten Meta-Analyse von Psychotherapie-Erfolgstudien sowie eine Würdigung der bereits publizierten wissenschaftlichen und methodischen Kritik an ihr. Nur soviel: Trotz den erwiesenen wissenschaftlichen und methodischen Mängeln stösst Grawe mit seinen berufs- und gesundheitspolitischen Ansichten – welche notabene durch seine Analysen nicht oder nicht hinreichend gestützt sind – auf offene Ohren bei den Krankenkassen. Warum dies?

Die Antwort lautet: Weil es beiden Seiten – Herrn Grawe und den Krankenkassen – nützt! Die Krankenkassen brauchen Grawe, und Grawe braucht die Krankenkassen.

Die Krankenkassen möchten nämlich ihrem „unternehmerischen“ Kurs wissenschaftliche Legitimation verleihen, und Grawe möchte seine eigene

Therapiemethode, die als „allgemeine Psychotherapie“ mit Versatzstücken aus anderen Therapiemethoden angereicherte kognitive Verhaltenstherapie, besser verkaufen.

Wegen dieser unheiligen Allianz unternehmerisch sich verhaltender Krankenkassen und einem Hochschullehrer, der behauptet, mit kurzen Therapien zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen beizutragen, ist die unheilvolle Verquickung der Frage der „Effizienz“, d.h. der „Güte“ einer Therapie, mit der „Wissenschaftlichkeit“ entstanden, mit der wir zur Zeit konfrontiert sind.

Die neue Herausforderung, vor der wir Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten also stehen, ist, dass die Krankenkassen in Allianz mit Grawe versuchen könnten, uns eine bestimmte Therapiemethode als die einzige effiziente und wissenschaftliche zu diktieren!

Dies ist kein Hirngespinnst oder Angstmacherei, sondern realistisches Projekt. Grawe bietet sich den Krankenkassen mit dem Thema „Qualitätssicherung in der Psychotherapie“ an, er hat bereits den Fuss in der Türe, ein entsprechendes Projekt von ihm liegt bei einer grossen Krankenkasse auf dem Tisch.

Wohin es kommt, wenn wir abseits stehen, kann man am Beispiel der USA erkennen. Dort rechnen die Krankenkassen nur noch mit wenigen Psychotherapiesitzungen pro Patient und übernehmen keine Kosten mehr für längere Behandlungen. Zudem mischen sich die Krankenkassen in eklatanter Weise in den sensiblen psychotherapeutischen Prozess ein, indem sie die Patienten in regelmässigen Abständen auffordern, Fragebögen über die Einschätzung der Therapie, des Therapeuten, der Methode usw. abzugeben. Einige Beispiele aus dem sogenannten „Klientinnen-Stundenfragebogen“ von Grawe und Braun (1995) mögen Ihnen diese Perspektive verdeutlichen:

Item 1 lautet: Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/ zum Therapeuten wohl gefühlt. Als Antwortmöglichkeiten fungieren: überhaupt nicht, nein, eher nicht, weder-noch, eher, ja, ja, ganz genau.

Item 25: Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie. Gleiche Antwortmöglichkeiten. Diese Fragebögen sind also ganz auf den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz zugeschnitten, der nur mit dem Verhalten und dem Bewusstsein arbeitet. Für Psychoanalytiker oder andere mit dem Unbewussten arbeitende Psychotherapeuten ist es geradezu absurd anzunehmen, dass solche oberflächlichen simplifizierende Momentaufnahmen des Bewusstseins irgendetwas über die tatsächliche Qualität des stattfindenden psychotherapeutischen Prozesses aussagen. Eine analytische Therapie, in der negative Übertragungsgefühle durchgearbeitet werden, zeichnet sich dadurch aus, dass sich der Patient in diesen Stunden womöglich „nicht wohlfühlt“. Und die analytischen Therapien mit dem Prinzip der freien Assoziation zeichnen sich ja gerade dadurch aus, dass in den Stunden vom Therapeuten keine Linie vorgegeben wird, um ans Unbewusste heranzukommen.

Werden diese kognitiv-verhaltenstherapeutischen Evaluationsinstrumente zur Messlatte der Qualitätssicherung jeglicher Psychotherapie, so ist das Ergebnis vorhersehbar: Wieder wird das Osterei dort gefunden werden, wo man es vorher versteckt hat. Die kognitive VT wird wieder aufgrund von Forschungsinstrumenten, die nur einem Teil der therapeutischen Vorgehensweisen angemessen sind, als Siegerin im Wettrennen der Therapien dastehen!

Die Folgen sind absehbar: Differenzierte längere Psychotherapien mit ihrem „Auf und Ab“ und ihren Erfolgen erst weit jenseits von hundert Therapiestunden werden unter dem Stichwort „Qualitätskontrolle“ finanziell ausgetrocknet, die dadurch entstehende Chronifizierung seelischen (und körperlichen) Leidens fordert ihren Kostentribut auf anderem Wege (medizinischer Sektor, Psychiatrie, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität)!

Fazit:

Wir psychotherapeutischen PraktikerInnen und Praktiker müssen das Anliegen des Qualitätsmanagements ernst nehmen, aber den Notwendigkeiten unseres Heilverfahrens angemessene Verfahren des QM finden. Oder kurz: Nicht das Was? ist die Frage, sondern nur das Wie?

Gesellschaft ohne Seele - Psychotherapie ohne Seele?

Eine gesellschaftspolitische und kulturphilosophische Fachtagung zum Seelenverständnis in der Psychotherapie und zur Identität der Psychotherapeutinnen in unserer Zeit

für PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen, PsychoanalytikerInnen und andere am Thema Interessierte

**Samstag, 28. Oktober 1995
im Kunsthaus Zürich, Vortragssaal**

Programm:

Vormittag:

Zur Politik des Seelischen

Kurt Weisshaupt, Philosoph:
Das Verständnis des Seelischen im 20. Jahrhundert
Ursula Koch, Stadträtin:
Brauchen PolitikerInnen die PsychotherapeutInnen?
Alfred Pritz,
Präsident Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie:
PsychotherapeutInnen: Zwischen Sinnverlust
und neuen Herausforderungen?
Podiumsdiskussion mit:
Ursula Koch, Alfred Pritz, Kurt Weisshaupt,
Urs Ruckstuhl, Isolde Schaad, Helena Blancpain-Konigsberger

Nachmittag:

Zum Verständnis des Seelischen in der Psychotherapie

Prof. Victor Hobi:
Grundzüge einer Psychotherapie auf der Basis
der wissenschaftlichen Psychologie
Pierre Passett, Psychoanalytiker:
Warum muss Psychotherapie eigentlich wissenschaftlich sein?
Podiumsdiskussion mit: Victor Hobi, Pierre Passett, Heinz Müller-
Pozzi, Rosmarie Welter-Enderlin,
Alice Holzhey, Claude Haldimann

**Ich interessiere mich für die Tagung.
Senden Sie mir bitte die Anmelde-Unterlagen:**



Name

Adresse

PLZ Ort

Einsenden an:



IAP
INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PSYCHOLOGIE
(IAP) ZÜRICH
Merkurstrasse 43, CH-8032 Zürich
Telefon 01-268 33 33

Schweizer Psychotherapeuten Verband
Weinbergstrasse 31, CH-8006 Zürich
Telefon 01-266 64 00

A S P V

**„We are foreigners!“ –
Qualitätsmanagement auf der
Basis des Praktikerwissens**
Der SPV und die Charta-Institutionen
verfolgen folgende Zielsetzung:
Wir PsychotherapeutInnen setzen
uns ein für ein QM auf der Basis
erstens einer hochstehenden psycho-
therapeutischen Ausbildung und
zweitens eines Wissenschaftsver-
ständnisses, das dem Expertenwissen
der PraktikerInnen die ihm zustehen-
de Bedeutung einräumt.

D.h. unser QM-Absatz ist anders:
„We are foreigners!“¹ Für uns geht es
beim QM um mehr als um blosser
Sicherheit, Ueberwachung und Kon-
trolle einer psychotherapeutischen
Dienstleistung, eine Kontrolle, die –
wie wir mittlerweile wissen – auf-
grund der mangelhaften Instrumente
illusionär und in ihren Folgen für die
breite und differenzierte psychothe-
rapeutische Versorgung destruktiv
ist. Wir betrachten QM als eine lang-
fristige Strategie und einen langfristi-
gen Prozess, die *Psychotherapie als
Hilfe zu Prozessen der Veränderung
zu verbessern und weiterzuentwickeln!*
Diese Strategie umfasst ein Bündel
von einzelnen Gebieten und Mass-
nahmen, die ineinandergreifen müs-
sen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie
dem Expertenwissen der PraktikerIn-
nen die zentrale Bedeutung einräu-
men.

Wir psychotherapeutischen Prakti-
kerInnen sind also interessiert und
engagiert, unsere eigene psychothe-
rapeutische Praxis laufend zu verfei-
nern und zu verbessern, sowohl was
die individuelle Entwicklung und
Weiterbildung des einzelnen Thera-
peuten angeht, wie auch was die
psychotherapeutischen Ansätze und
Methoden als Ganzes anbelangt.

Wir sind für Qualitätsmanagement
auf zwei Wegen: *Erstens durch Förde-
rung und Sicherung der hochstehen-*

¹ „Wir sind Fremde!“ Der Psychoanalytiker Fritz Morgenthaler kam in einer Bar in Jamaica (wenn ich mich recht entsinne) mit dem Barmann in Kontakt, als er sich mit „I'm a foreigner!“ in der ihn umgebenden fremden Kultur zu seinem Anderssein bekannte und gleichzeitig seine Gesprächsbereitschaft signalisierte. Sind wir PsychotherapeutInnen in der heutigen auf schnellen Erfolg und oberflächlichen Schein getrimmten Gesellschaft nicht „Andere“, die aber etwas Wichtiges mitteilen wollen?

den *psychotherapeutischen Ausbildungs- und Weiterbildungskultur, zweitens durch die Entwicklung einer interdisziplinären schulenverbindenden und -übergreifenden psychotherapeutischen Forschungskultur.*

Diese Forschungskultur kann nur blühen, wenn sie den Psychotherapeutinnen nicht aufoktroiert und verordnet wird – auf dem Wege der „Fremdevaluation“, wie sie z.B. Grawe und sein Team betreiben –, sondern wenn die PsychotherapeutInnen selber sich für Forschung sensibilisieren, interessieren und diese – möglicherweise gemeinsam mit ForscherInnen der Universitäten – betreiben.

Hören wir auf mit dem defensiven Wissenschaftsverständnis, das – in einer Art Identifikation mit dem Aggressor – auch viele Kolleginnen und Kollegen teilen, dass Forschung nur dasjenige sei, was an den Universitäten in Form von „Grundlagenforschung“ gemacht werde. Das Forschungsverständnis, dass die Universitäten die „Grundlagen“ erarbeiten und den PraktikerInnen ins Feld liefern, ist längst obsolet: Das Verhältnis von Wissenschaft und Praxis ist kein unilineares in dem Sinne, dass die Praktiker Grundlagenwissen „anwenden“, welches die Universitäten produzieren. Neuere Wissenschaftstheoretiker betonen, dass die Praktiker Experten mit eigenem Wissen sind. Wenn sie über dieses Wissen reflektieren und ihr aus der Praxis entwickeltes „Wissen“ systematisieren, weiterentwickeln und überprüfen, dann betreiben sie „Wissenschaft auf der Grundlage der Praxis“.

Wir PsychotherapeutInnen müssen also ausgehend von unserem in der Praxis gewonnenen und sich in der Praxis bewährenden Wissen eine Forschungs- und Überprüfungs-kultur entwickeln. Konkret heisst dies: Wir müssen eigene Forschungsprojekte initiieren und durchführen, welche untersuchen, welche Prozesse in der therapeutischen Praxis ablaufen und und zu welchen Ergebnissen diese führen.

Dass diese wichtigen und komplexen Fragen eine gewisse Zeit brauchen, sollten wir uns ebenfalls bewusst sein. Die Psychotherapieforschung gibt es schliesslich erst seit 1784, als zwei vom französischen König eingesetzte Kommissionen, die aus führenden Wissenschaftlern, z.B.

Benjamin Franklin, zusammengesetzt waren, das „psychotherapeutische Verfahren von Mesmer“, d.h. den hypnotischen Magnetismus, untersuchten. Diese Kommissionen arbeiteten übrigens schon vor 200 Jahren wissenschaftstheoretisch auf einem hohen Standard, es zeigten sich die selben Konflikte zwischen dem naturalistischen und experimentellen Ansatz, der auch heute die Psychotherapie-Wissenschaft beschäftigt. D.h. die Dinge haben in unserer jungen, erst zweihundert Jahre alten Disziplin Zeit erreicht, um den heutigen Stand zu erreichen. Auch die weitere Entwicklung durch gute Forschung braucht Zeit, Zeit für intensive Reflexion und sorgfältige Untersuchungen, die wir allerdings zügig an die Hand nehmen müssen.

Der Wissenschaftsbeirat der Charta

arbeitet an ersten Schritten bei der Entwicklung einer psychotherapeutischen Forschungskultur, die Enquête 1 zum Wissenschaftsverständnis und zur Psychotherapieforschung, welche die Verbände kürzlich einreichten und die zur Zeit ausgewertet wird, legt davon Zeugnis ab. Eine Enquête zur Geschichte und Praxis der verschiedenen Ausbildungsinstitutionen ist in Vorbereitung. Zudem wird der SPV zuhanden einer grossen Krankenkasse eine Projektskizze für ein Qualitätsmanagementsprojekt auf der Basis von Prozess- und Ergebnissforschung ausarbeiten und mit forschungsinteressierten Institutionen und Gruppen im Rahmen der Charta ins Gespräch treten.

Dr. phil. Markus Fäh-Barwinski
Co-Präsident SPV

M. Fäh-Barwinski

“We are foreigners!”

Remarques concernant la gestion de qualité en psychothérapie

La gestion de qualité est très cotée partout où les ressources se font plus limitées alors que les exigences augmentent – donc aussi dans le domaine de la santé. Cet aspect se reflète dans le projet d’ordonnance sur l’assurance maladie. Il y est dit à l’art. 79: “*Les assurés ou leurs groupements et les fournisseurs de prestations ou leurs groupements passent des contrats concernant les exigences posées en matière de qualité des prestations, de la garantie de cette qualité, du contrôle de son respect, ainsi que des conséquences du non-respect de ses exigences. Les dispositions doivent correspondre aux standards généralement reconnus les plus récents*” (notre traduction).

Qu’est-ce que cela implique pour la psychothérapie, en tant que part intégrante du domaine de la santé et en tant que future prestation obligatoire des caisses maladie?

On observe actuellement une tendance à réduire la gestion de la qualité à un contrôle de qualité, c’est-à-dire que la qualité d’un traitement

comme, par exemple, la psychothérapie est évaluée et contrôlée sur la base de critères spécifiques; en cas de résultats négatifs, des sanctions sont appliquées (par ex., réduction des prestations).

L’application de critères superficiels entraîne des coûts plus élevés!

Les caisses maladie adoptent une attitude qui a de quoi inquiéter. Bien que du point de vue de l’économie de la santé elles ne puissent être considérées comme des entreprises au sens du marché et qu’elles n’assument pas tous les coûts de la santé – je pense, par exemple, aux subventions, au financement des hôpitaux par les pouvoirs publics, à l’assurance accidents, etc. –, elles se comportent actuellement comme des entreprises, cherchant à faire baisser le montant de leurs “prestations santé” et à en limiter l’étendue. Les caisses maladie veulent décider quelles sont les thérapies rentables et celles qui ne le sont pas. Elles veulent aussi définir celles

qui sont "bonnes", c'est-à-dire "efficaces" d'un point de vue économique.

La politique pratiquée par le professeur Klaus Grawe va dans la même direction. Je ne reviendrai pas ici en détail sur l'ouvrage qu'il a écrit en 1993 avec Ruth Donati et Friederike Bernauer; il contient une méta-analyse des études faites pour évaluer le succès de la psychothérapie, ainsi qu'une évaluation des publications la critiquant d'un point de vue scientifique et méthodique. Qu'il suffise de dire que, bien que son travail présente des lacunes scientifiques et méthodiques, les opinions de Grawe en matière de politique professionnelle et de santé – que, notons le bien, ses analyses ne démontrent pas ou pas suffisamment – sont très appréciées des caisses maladie. Pourquoi?

Réponse: parce qu'elles sont utiles à Monsieur Grawe mais aussi aux caisses maladie! Les caisses maladie ont besoin de lui et il a besoin d'elles. En effet, les caisses voudraient donner à leur démarche "de gestion" une légitimité scientifique; et Grawe voudrait vendre mieux sa propre méthode de thérapie, la "psychothérapie générale", une thérapie cognitive du comportement à laquelle il a rajouté des éléments empruntés à d'autres méthodes.

Cette funeste alliance entre des caisses maladie qui se comportent comme si elles étaient des entreprises devant faire des bénéfices et un professeur à l'Université qui prétend que les thérapies brèves peuvent aider à réduire les coûts de la santé et à améliorer la qualité dans ce même domaine aboutit à un amalgame de mauvais augure entre la question de l'"efficacité" de la psychothérapie, donc de sa "qualité" et celle de sa "nature scientifique". C'est la situation à laquelle nous sommes actuellement confrontés.

Le nouveau défi auquel les psychothérapeutes suisses doivent donc faire face est de résister aux tentatives faites par Grawe et les caisses maladie pour nous imposer une unique méthode de thérapie considérée comme seule efficace et scientifique!

Je ne pense pas qu'il s'agisse là d'une simple élucubration ou d'une manière de créer la panique: il s'agit d'un

projet réaliste. Grawe fait des offres aux caisses sur le thème "garantie de qualité en psychothérapie"; il a déjà un pied dans la place et a offert un projet de ce type à l'une des grandes caisses maladie.

Ce qui va se passer si nous demeurons à l'écart nous est démontré par l'exemple des Etats-Unis. Là bas, les caisses maladie ne comptent plus qu'avec un petit nombre de séances par patient et ne remboursent plus les traitements de longue durée. D'autre part, elles interviennent très clairement dans le délicat processus de la thérapie en demandant aux patient/es de remplir à intervalles réguliers un questionnaire dans lequel ils/elles doivent évaluer la thérapie, le/la thérapeute, la méthode, etc. Quelques exemples tirés du "questionnaire adressé aux client/es" élaboré par Grawe et Braun (1995) mettent en évidence cette approche:

Question 1: "Aujourd'hui je me suis senti/e à l'aise dans ma relation avec le/la thérapeute" – le client peut choisir comme réponse: "pas du tout", "non", "pas tellement", "ni oui ni non", "plutôt", "oui", "exactement". Question 25: "Aujourd'hui ma séance de thérapie n'a pas suivi une ligne claire" – le choix de réponses étant le même que pour la question précédente. Ces questionnaires sont donc entièrement fondés sur une approche de type thérapie cognitive du comportement, qui n'agit que par rapport au comportement et au conscient. Les psychanalystes ou autres thérapeutes travaillant avec l'inconscient ne peuvent que considérer comme absurde l'idée que ce genre de description simplificatrice de l'état momentané du conscient puisse fournir quelque information que ce soit sur la véritable qualité du processus psychothérapeutique. Une thérapie analytique, incluant un travail sur les sentiments négatifs de transfert, est caractérisée par le fait que le/la patient/e ne se sent pas forcément "bien" pendant ces séances. Les thérapies analytiques utilisant les associations libres se caractérisent, elles, par le fait que le thérapeute ne suit pas forcément "une ligne claire", afin de permettre à l'inconscient de s'exprimer.

Si les instruments d'évaluation définis par la thérapie cognitive du comportement doivent devenir l'étalon

servant à mesurer la qualité de n'importe quelle psychothérapie, on peut déjà prévoir ce qui va se passer. On trouvera les oeufs de Pâques là où on les a cachés! La thérapie cognitive du comportement gagnera la course entre thérapies puisque les instruments utilisés pour leur étude ne seront pas adaptés à la plupart de ces dernières! Il s'en suivra bien évidemment que les psychothérapies différenciées de plus longue durée, impliquant un processus non-linéaire et aboutissant après beaucoup plus que cent séances, ne seront plus financées sous prétexte d'un "contrôle de qualité". Des troubles psychiques (et physiques) deviendront chroniques et devront être financés par d'autres voies (secteur médical, psychiatrie, incapacités de travail, invalidité)!

Conclusion: en tant que praticien/nés de la psychothérapie nous devons prendre au sérieux les exigences d'une gestion de qualité; mais nous devons adapter les méthodes utilisées par cette dernière à nos procédures thérapeutiques. Ou, en bref: la question n'est pas celle du "quoi", mais bien du "comment".

**"We are foreigners"!
Une gestion de qualité fondée sur la pratique**

L'ASP et les institutions de la CHARTE poursuivent les objectifs suivants:

En tant que psychothérapeutes, nous nous engageons pour une gestion de qualité fondée, premièrement, sur un haut niveau de la formation en psychothérapie et, deuxièmement, sur une épistémologie qui tienne pleinement compte des acquis des praticien/nés.

Ceci implique que nous nous inspirions d'une autre devise: "We are foreigners"¹. Pour nous, la gestion de qualité n'est pas simplement garan-

¹ "Nous sommes des étrangers!". Dans un bar situé (sauf erreur de ma part) en Jamaïque, le psychanalyste Fritz Morgenthaler s'adressa au barman en lui disant "I'm a foreigner", admettant ainsi l'altérité de la culture étrangère dans laquelle il se trouvait et signalant simultanément qu'il était disposé à engager un dialogue. En tant que psychothérapeutes, ne sommes-nous pas aujourd'hui "Autres" au sein d'une société centrée sur les succès rapides et sur les apparences superficielles? Pourtant, nous avons un message important à communiquer.

tie, évaluation et contrôle d'une prestation psychothérapeutique. Nous avons réalisé que ce genre de contrôle est une illusion puisque les instruments utilisés ne sont pas adéquats. De plus, il ne favorise pas l'établissement d'une offre différenciée en traitements psychothérapeutiques. Nous envisageons la gestion de qualité comme une stratégie et un processus à long terme, *considérant la psychothérapie comme un instrument permettant d'améliorer et de développer les processus d'évolution*. Cette stratégie inclut toute une série de domaines et de mesures qui doivent demeurer interdépendants. Ils ont en commun le fait qu'ils accordent une importance centrale au savoir de praticiens considérés comme des experts en la matière.

En tant que praticien/nes, nous souhaitons constamment améliorer notre propre pratique de la psychothérapie, la peaufiner, en ce qui concerne le développement individuel et la formation continue de chaque thérapeute, comme par rapport aux approches et méthodes psychothérapeutiques considérées à un niveau global.

Nous sommes pour une gestion de la qualité à deux niveaux: premièrement, par *l'établissement et la garantie d'un haut niveau de formation (continue); deuxièmement, par l'élaboration d'une pratique de la recherche interdisciplinaire, indépendante de tout courant mais permettant aux différentes écoles de collaborer*.

Cette pratique de la recherche ne peut se développer que si elle n'impose et ne prescrit rien aux psychothérapeutes – par le biais d'une "évaluation externe", par exemple, comme Grawe et ses collaborateurs la pratiquent –, les laissant se sensibiliser et s'intéresser eux/elles-mêmes à la recherche, éventuellement en collaboration avec des chercheurs/chercheuses universitaires.

Cessons de pratiquer une conception défensive de la recherche, comme le font de nombreux/nombreuses collègues qui pratiquent une sorte d'identification à l'agresseur et considèrent que seuls peuvent porter le titre de 'recherche' les travaux de type "recherche de base" telle qu'elle est pratiquée au sein des universités. L'idée que les universités doivent

"élaborer les bases" et les fournir aux praticiens travaillant sur le terrain a depuis longtemps perdu toute valeur: les rapports entre science et pratique ne sont pas unilinéaires, au sens où les praticiens "appliqueraient" le savoir de base produit par les universités. Les épistémologues modernes soulignent le fait que les praticiens sont des experts disposant de leur propre savoir. S'ils réfléchissent à ce savoir et systématisent les "connaissances" acquises dans la pratique, continuant à les développer et à les vérifier, alors ils pratiquent une "science fondée sur la pratique".

En tant que psychothérapeutes, nous devons donc utiliser les connaissances que nous avons acquises et vérifiées dans la pratique pour élaborer une pratique de la recherche et de la vérification. A un niveau concret cela signifie que nous devons lancer et mener à terme nos propres projets de recherche, étudiant les processus qui prennent place dans l'exercice de la psychothérapie pour les définir et en évaluer les résultats.

Il faut bien sûr que nous réalisons que cette démarche importante et complexe va prendre un certain temps. La recherche en psychothérapie n'existe après tout que depuis 1784, date à laquelle deux commissions mandatées par le roi de France et composées de savants de renom (Benjamin Franklin, entre autres) furent chargées d'évaluer le "procédé psychothérapeutique de Mesmer", à savoir le magnétisme hypnotique. No-

tons qu'il y a déjà 200 ans ces commissions se situaient à un haut niveau du point de vue épistémologique; elles durent faire face au même conflit entre approches naturaliste et expérimentale qui occupe aujourd'hui la science psychothérapeutique. Notre discipline n'a que quelque deux-cents ans et a mis du temps à acquérir son niveau actuel. Son évolution future, sur la base de travaux de recherche de qualité, va également requérir du temps: le temps de beaucoup réfléchir et de faire des études soignées. Mais il faut que nous commencions très bientôt.

Le Comité scientifique de la CHARTE est en train de parcourir les premières étapes vers l'élaboration d'une pratique de la recherche. Nous en voulons pour témoin le fait que les réponses à son Enquête 1, concernant l'épistémologie et la recherche en psychothérapie, ont été renvoyées par les associations et sont actuellement évaluées. Une enquête concernant l'historique et la pratique des différentes institutions est actuellement en préparation. De plus, l'ASP va présenter à l'une des grandes caisses maladie un projet de recherche concernant la gestion des standards de qualité; il se fondera sur l'étude de processus et de leurs résultats et sera mis en oeuvre en collaboration avec les institutions et groupements intéressés au sein de la CHARTE.

Markus Föh-Barwinski, Dr. phil.
co-président de l'ASP

W. Franzetti

Damit der Psychotherapie-Diskurs nicht entgleist

Bereits vor und hauptsächlich seit der Annahme des Krankenversicherungsgesetzes (4. 12. 1994) durch das Schweizer Volk ist ein Disput um wissenschaftliche Positionen innerhalb der Psychotherapie unter Vertretern von ärztlichen und nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen, Vertretern von Psychologen und Vertretern der Krankenkassen entstanden. Diese

Auseinandersetzung, die sich in einer gesundheitspolitisch hochaktuellen Situation ereignet, wo auch ein Handlungsbedarf betreffend die gesetzliche Neuordnung von Praxisbewilligungen und Formen der Ausbildung zum/zur Psychotherapeuten/in besteht, wird teilweise gehässig und verlogen geführt. Im folgenden versuche ich aufzuzeigen, dass der Psy-

chotherapie-Diskurs zu entgleisen droht, wenn nach dem Denkmuster des „Ausschlusses“ agiert wird. Eine weitere wichtige Fragestellung bezieht sich auf die „Anordnungsbefugnis“ von Psychotherapie durch die Ärzte und zum Schluss stelle ich die Forderung auf, dass der *Diskurs respektvoll* geführt werden soll.

„Ausschluss-Diskurse“ verhindern innovative Auseinandersetzungen

Grawe et al. haben mit dem Buch „Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession“ eine eindrückliche Fleissarbeit geleistet, die aber nicht vollständig kontrolliert werden kann, weil sich kein Wissenschaftler die Zeit für eine umfassende Überprüfung des Werkes nehmen kann oder will. Stichproben haben jedoch gezeigt, dass die meta-analytischen und statistisch-rechnerischen Methoden der kritischen Überprüfung nicht standhalten. Trotzdem wird dieses Buch für die Erreichung bestimmter politischer Ziele immer wieder zitiert. Herr Flück vom Zürcher Krankenkassenverband bespricht die Berner Studie in der Zeitschrift des Krankenkassenkonkordates (KSK) Nr. 1/95 und in der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ), Heft 12, 1995 und schreibt dazu, in ihr werde dargelegt, dass Verhaltenstherapie signifikant wirksamer als Psychoanalyse sei, und ferner, dass mit Psychotherapie erreichbare Wirkungen in der Regel innerhalb eines Jahres mit nicht mehr als 40 bis 50 Sitzungen zu realisieren seien. Eine längere Behandlungsdauer sei unsinnig.

Solche Behauptungen desavouieren psychisch kranke Menschen, die ein Anrecht auf längerdauernde Behandlung ihrer schweren psychischen Störungen haben. Auf dem Buckel von leidenden Menschen trägt Grawe eine polemisch geführte Auseinandersetzung zwischen seiner akademischen Psychologie und den praxisorientierten analytischen Verfahren (z.B. Psychoanalyse) aus. Grawe grenzt wirksame Psychotherapie-Methoden aus, um bei den Krankenkassen die Verhaltenstherapie mit kurzer Behandlungsdauer favorisieren zu können. Condrau und Hicklin gehen differenziert in ihrem offenen Brief an den Zürcher Krankenkassenverband (SÄZ, Heft 51/52/1994) auf die

Unterschiede von indizierter Behandlung ein. Im Gegensatz zu Grawe schliessen sie andere Methoden als die von ihnen praktizierte nicht aus, erwähnen den Unterschied, ob die Wirksamkeit lediglich nach den Erfolgen der Symptombekämpfung (Grawe) bewertet wird oder ob eine tieferliegende Konfliktbearbeitung indiziert ist, und vor allem betonen sie den Verlust, den eine „einheitliche Psychotherapie“ nach sich ziehen würde. Es wäre in der Tat ein grosser Verlust für die Psychotherapie, wenn der Gedanke der allgemeinen Psychotherapie, wie Grawe sie postuliert, politisch obsiegen würde. Die einzigen Gewinner wären diejenigen, die ihr Monopol durchgekämpft haben. Die Vielfalt der Psychotherapie-Methoden wirkt erkenntniserweiternd, der Psycho-Eklektizismus, der in eine einheitliche Psychotherapie münden soll, wird sich paralysierend auf diese Wissenschaft auswirken. Eine gesunde Konkurrenz der Ideen im Gebiet der Psychotherapie kann zu konstruktiven Diskursen führen und sich innovativ auf die Psychotherapie auswirken.

Die Voraussetzungen für konstruktive Diskurse bestehen darin, dass sich Wissenschaftler nicht mehr von Ideologien lenken lassen, die nur dazu dienen, andere Wissenschaftler in Misskredit zu bringen und sie politisch auszugrenzen. Ich denke, dass die Fleissarbeit von Grawe et.al. in erster Linie nicht nach dem Gesichtspunkt ihrer Wissenschaftlichkeit beurteilt werden muss, sondern als Arbeit, die einseitig auf die eigene Methode bezogene standespolitische Interessen vertritt. Die Polarisierung in „Glaubens- und Interessengemeinschaften“ versus „Vernunftgemeinschaften und Professionalität“ soll die Polemiken zwischen Verhaltenstherapie (Kognitiver Therapie) und Psychoanalyse aufheizen und die Tatsache verleugnen, dass sich die Verhaltenstherapie in den letzten Jahrzehnten an psychoanalytische Konzepte angenähert hat.

Eine weitere Argumentation von Reto Flück (in KSK und SÄZ) soll beweisen, dass die Kosten für die Psychotherapie in den letzten Jahren unverhältnismässig expandierten. Er zeigt, dass die Gesamtkosten für die Psychotherapie 1993 (inkl. die Leistungen von Ärzten, die den FMH-Titel für

Psychotherapie nicht besitzen) 11% aller ambulanten Arztkosten der Grundversicherung im Kanton Zürich ausgemacht haben. Dieser Prozentsatz ist aber keineswegs übertrieben hoch, wenn man bedenkt, dass der psychische Anteil die Krankheitsgefährdung allgemein wesentlich beeinflusst. Ausserdem ist die Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Kliniken stark verkürzt worden, weil die PatientInnen heute schneller ambulant versorgt werden, was volkswirtschaftlich vorteilhaft ist (sogenannte Drehtürpsychiatrie). Es ist eine Tatsache, dass die psychische Befindlichkeit der Schweizer durch hohen Suchtmittelkonsum, eine hohe Suizidrate, durch „unerhört viele Schlafstörungen und unerhört viele stressbedingte Erkrankungen“ (Prof. Zeltner, Leiter des BAG in Ärzte-Woche, 12. 4. 95) gekennzeichnet ist. Auch die publizierten Zahlen in der Untersuchung „Gesundheit in der Schweiz“ des BAG belegen, dass rund ein Drittel der krankheitsbedingten Rentenfälle durch Psychosen und Neurosen bedingt ist (s.a. die Untersuchung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin in Basel).

Die negativen Auswirkungen des Buches von Grawe zeigen sich auch im Leserbrief des Psychiaters Dr. Frey, Bern (SÄZ, Heft 12/1995). Dr. Frey verlangt am Ende seiner Ausführungen eine Deklarationspflicht der angebotenen Dienste zum Schutz der Konsumenten (Patienten). Dieser Forderung widerspricht niemand, wenn diese Informationen kompetent und wahrheitsgetreu sind. Sein Leserbrief (Replik auf den Artikel der Drs. Condrau und Hicklin) löst jedoch beim kritischen Leser berechtigte Zweifel aus. Dr. Freys Artikel strotzt von einer zynischen und unreflektierten Haltung gegenüber der Psychoanalyse. Er macht die individualtherapeutischen Verfahren, die eine egozentrische Selbstwahrnehmung der Menschen fördern sollen, für die wachsenden Zahlen von Ehescheidungen und Familienauflösungen und die damit zusammenhängende individuelle Vereinzelung verantwortlich. Diese Behauptung kann er nicht mit Zahlen belegen, die etwa aufzeigen könnten, dass alle, die eine Psychoanalyse gemacht haben, sich nachher auch scheiden lassen, bzw. dass von allen scheidungswilligen Paaren jeweils ein

Partner in einer Psychoanalyse gewesen ist. Abgesehen von diesem Mangel wird das Symptom „Scheidung“ von Frey zu einseitig betrachtet. Geht man davon aus, dass heute ungefähr 80% (meine Schätzung) der Scheidungsbegehren von Frauen eingereicht werden, so darf man diese gesellschaftlichen Veränderungen nicht nur als negativen Prozess bezeichnen, sondern vielmehr als einen weiblichen Bewusstseinsprozess, von dem sich die Männer häufig selbst ausschliessen.

Der Vorwurf, die Psychoanalyse sei einseitig auf das Individuum ausgerichtet und vernachlässige die vielfältigen Verflechtungen mit der Umwelt, stimmt in dieser auch von Frey erwähnten Bedeutung nicht. Psychoanalytisch betrachtet kann man von einer intrapsychischen Konfliktszene als Niederschlag der äusseren Konfliktszene, u.a. der unbewussten Kommunikation in der Familie sprechen. Mit dieser Sichtweise ist das ganze soziale Umfeld in einer Psychoanalyse implizit (in der Übertragung) stets existent. Eine Theorie familiärer Austauschprozesse geht gerade an diesem zentralen Freud'schen Ansatz vorbei, indem zugunsten der familiären Phänomenologie das Unbewusste verdrängt wird. Aus dieser psychoanalytischen Sicht kann „die Geschichte des Subjekts (...) von daher als ein ständiger Kampf um seine Familiarisierung, seine Struktur als ständige Spannung zwischen diesseits und jenseits der Familie beschrieben werden“ (Pohlen M., Plänkers Th., *Psyche* 36, 1982). Mit den längst widerlegten, altbekannten Schlagwörtern, wie „veraltetes lineares, kausal-analytisches Denkmodell“ der Psychoanalyse versus ein „interaktionelles, zirkuläres, reziprokes, systemisches und ökologisches“ Denkmodell der Systemtheorie, führt Frey ein Denkmuster ein, das nach dem Prinzip des „Ausschlusses“ funktioniert, und schliesst mit dieser Vorgehensweise sein propagiertes interaktionelles, zirkulär-systemisches Denken selbst aus. G. Fischer und B. Wurth weisen in ihrem Artikel „Systemtherapie und Psychoanalyse“ (*Psyche* 43, 1989) darauf hin, dass die Stellen, an denen konkret der Nachweis „kausal-reduk-

tionistischen“ Denkens in der Psychoanalyse geführt wird, äusserst rar sind. Wissenschafts-soziologisch erklären sie obenerwähnte Polarisierung in „systemisch-zirkulär“ und „kausal-reduktionistisch“ damit, dass einige Vertreter der systemischen Therapierichtung zur inneren Festigung der Systemtheorie „Aussenfeinde“ benötigen. Der Artikel von Dr. Frey bestätigt diese Erklärung deutlich. Erfreulicherweise ist die Kommunikation zwischen verschiedenen Methoden-Vertretern nicht dermassen gestört, wie das Buch von Grawe und der Artikel von Frey vermuten lassen.

Ein unnötiger Kampf um die Anordnungsbefugnis

Die Frage, wer von den Medizinalpersonen eine Psychotherapie anordnen darf, hat v.a. bei einigen Psychiatern heftige Reaktionen hervorgerufen. Die *Anordnungsbefugnis* reklamieren diese Psychiater vehement für sich und wollen die Allgemeinpraktiker hinsichtlich ihrer Zuweisungsfunktionen gerade im Gebiet der psychischen Erkrankungen entmündigen. Dr. Wieland schreibt in der SÄZ, Heft 4/1995: „Es kann im übrigen sicher nicht im Sinne des Gesetzes sein, dass sich Durchführungs- und Anordnungskompetenzen in fachlicher Hinsicht widersprechen. In beiden Fällen haben identische qualitative Voraussetzungen zu gelten.“ Wenn letztere Ansicht zutreffen würde, dann könnte keinem Allgemeinpraktiker mehr die Überweisung an irgendeinen Facharzt, einen Neurologen, einen Kardiologen, einen Internisten etc. zugemutet werden. Anordnungskompetenz und Durchführungskompetenz dürfen sich nicht widersprechen, sie sind aber auch nicht, was die qualitativen Voraussetzungen betreffen, identisch. Die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten haben die Kompetenz, psychische Erkrankungen zu behandeln. Es ist eine politische Entscheidung und nicht eine Frage der fachlichen Kompetenz, dass die nicht-ärztlichen PsychotherapeutenInnen eine Psychotherapie nicht anordnen, aber in eigener Verantwortung durchführen dürfen. Diese groteske Situation (die Diagnosestellung soll schwieriger sein als die Be-

handlung des Leidens) ist durch einen politischen Entscheid entstanden, der nur mit gutem Willen vernünftig gelöst werden kann (Kostensenkung durch Hausarzt als *Gate-Keeper*).

Die Eigenständigkeit der Psychotherapie soll respektiert werden

Die Darstellung der komplexen Problematik führt zur Erkenntnis, dass sich in erster Linie verschiedene Interessengruppen um die vorhandenen Pfründe streiten und dabei die Sache aus den Augen verlieren. Die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten, die eine integrale Spezialausbildung nach einer universitären Ausbildung absolviert haben, bestehen darauf und bemühen sich auch, sowohl mit den Grundversorgern in der Medizin, mit den Psychiatern, den Psychotherapeuten und den Vertretern der Krankenkassen auf einer Ebene der gegenseitigen Achtung ins Gespräch zu kommen. Voraussetzung dazu ist der Respekt vor den unbestrittenen Tatsachen, dass die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten im neuen KVG zu den Leistungserbringern gezählt werden, dass weder die Medizin noch die Psychologie die eigenständige Wissenschaft „Psychotherapie“ zu ihrer Dienstmagd degradieren können und dass die Vielfalt von Psychotherapie-Methoden nicht einer einheitlichen Psychotherapie geopfert werden darf, weil dieser Weg sich paralyisierend auf die Psychotherapie-Wissenschaft auswirken würde. Ein den jeweils einzelnen Methoden entsprechendes Qualitätsmanagement soll die Qualität der Psychotherapie erhalten und dort verbessern, wo therapeutische Mängel existieren, und sich nicht nach der politischen Opportunität bestimmter Interessengruppen richten. Ich hoffe, dass die momentane Atmosphäre des Kampfes, des Ausschlusses, der Diffamierungen in eine Atmosphäre der fairen und respektvollen Auseinandersetzung verwandelt werden kann, die einen innovativen Psychotherapie-Diskurs ermöglichen wird.

Walter Franzetti, lic. phil.
Vorstandsmitglied SPV
Ressort Berufs-/Versicherungspolitik

W. Franzetti

Pour que le discours sur la psychothérapie ne déraile pas

Un débat tournant autour des positions scientifiques à adopter au niveau de la psychothérapie a commencé à opposer les représentants des psychothérapeutes médecins ou non-médecins et des caisses maladie, ceci en partie avant, mais surtout depuis la votation dans laquelle le peuple suisse a approuvé la nouvelle loi sur l'assurance maladie (le 4. 12. 1994). Ce conflit s'est produit dans le contexte d'une situation très explosive du point de vue de la politique de la santé, le moment étant venu d'agir au niveau de la réglementation légale des autorisations d'ouverture de cabinet et à celui de la formation des psychothérapeutes; il est donc mené de manière parfois agressive et peu honnête. Je tente ci-dessous de démontrer que le discours sur la psychothérapie risque de dérailler si l'on continue d'agir en fonction d'un "schéma d'exclusion". Une autre question importante concerne les compétences attribuées aux médecins en matière de "prescription de psychothérapies". Je conclurai en demandant que le débat actuel soit mené avec respect.

Les "schémas d'exclusion" privent les conflits de tout potentiel innovateur

En rédigeant leur "Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession", Grawe et al. ont accompli une quantité impressionnante de travail. Mais ce dernier ne peut être vérifié dans tous ses aspects, car aucun chercheur ne peut ou ne veut consacrer le temps requis à cette vérification. Il reste que des contrôles effectués au hasard ont montré qu'un examen critique pourrait faire douter du bien-fondé des méthodes méta-analytiques et des calculs statistiques. Pourtant cet ouvrage continue à être cité lorsqu'il s'agit de tenter d'atteindre certains objectifs politiques. Monsieur Flück, de l'association zurichoise des caisses maladie, le commente dans un article paru dans la revue du Concordat des caisses maladie (no. 1/95) et dans le Bulletin des médecins suisses (no. 12, 1995). Il y

écrit que le livre du groupe bernois indique que la thérapie du comportement est considérablement plus efficace que la psychanalyse. Il ajoute qu'en règle générale les effets obtenus par la psychothérapie peuvent l'être en un an, par le biais de 40 à 50 séances; un traitement de plus longue durée n'aurait donc aucun sens.

Ce genre de déclaration est un désaveu à l'égard des personnes souffrant d'une maladie psychique; celles-ci ont droit à un traitement de leurs graves troubles psychiques, ceci pour une durée plus longue. Grawe mène un débat polémique opposant sa psychologie universitaire et les procédures analytiques fondées sur la pratique (la psychanalyse par exemple) et il le fait sur le dos des personnes qui souffrent. Il limite le nombre de méthodes de psychothérapie efficaces pour que les caisses maladie accordent une préférence à la thérapie du comportement et à ses traitements de courte durée. Dans la lettre ouverte qu'ils ont adressée à l'association zurichoise des caisses maladie (revue de cette association, no. 51/52/1994), Condrau et Hicklin abordent de manière plus différenciée les particularités des traitements indiqués. Au contraire de Grawe, ils n'excluent pas les méthodes qu'ils ne pratiquent pas eux-mêmes; ils indiquent aussi qu'il faut distinguer entre une efficacité évaluée en fonction de l'atténuation des symptômes (Grawe) et une indication visant à une assimilation plus profonde des conflits. Et surtout, ils soulignent la perte que représenterait une "psychothérapie unitaire". Il est de fait que la psychothérapie subirait une grave perte si l'idée d'une psychothérapie générale telle que la postule Grawe en venait à l'emporter sur le plan politique. Les seuls gagnants seraient ceux qui auraient réussi à imposer leur monopole. La diversité des méthodes permet d'élargir le champ de la connaissance, alors que le psycho-éclectisme introduit par une psychothérapie unitaire aurait un effet paralysant. Une saine concurrence entre idées peut apporter des discours constructifs et avoir

des effets innovateurs sur la psychothérapie.

Un discours constructif doit se fonder sur une situation dans laquelle les chercheurs ne se laissent plus guider par des idéologies qui ne servent qu'à discréditer les autres scientifiques et à les exclure sur le plan politique. Je pense que le travail minutieux accompli par Grawe et al. ne devrait pas être évalué essentiellement du point de vue de ses qualités scientifiques; il faut le considérer comme un travail fondé unilatéralement sur la méthode pratiquée par ses auteurs, dans le but de soutenir des intérêts ayant trait à la politique professionnelle. La polarisation en des "groupements de foi et d'intérêts" contre des "groupements suivant la raison et les standards professionnels" ne sert qu'à aviver la polémique opposant la thérapie du comportement (thérapie cognitive) et la psychanalyse. Elle permet de nier le fait qu'au cours des dernières décennies la thérapie du comportement s'est rapprochée des concepts élaborés par la psychanalyse.

Reto Flück (articles mentionnés) utilise un argument supplémentaire pour démontrer que, ces dernières années, les coûts de la psychothérapie ont augmenté de manière disproportionnée. Il indique qu'en 1993, le total des coûts de la psychothérapie (y compris les prestations fournies par des médecins qui ne sont pas spécialistes FMH en psychothérapie) a représenté le 11% des coûts de tous les traitements ambulatoires menés dans le cadre de l'assurance de base dans le canton de Zurich. Or, ce pourcentage n'est pas du tout trop élevé, compte tenu du fait que des aspects psychiques influencent considérablement les risques de maladie. De plus, la durée des séjours en clinique psychiatrique a beaucoup diminué car les patient/es suivent plus rapidement un traitement ambulatoire, ce qui présente des avantages économiques certains (on a parlé de psychiatrie-porte tournante). Il est exact que la santé psychique des Suisses se caractérise par une forte consommation de substances entraînant une dépendance, par un taux de suicide élevé, par "un nombre incroyablement élevé de troubles du sommeil et de maladies dues au stress" (Prof. Zeltner, Directeur de l'Office fédéral de la santé

publique (OFSP), dans: *Ärzte-Woche*, 12. 4. 95). Les nombres indiqués dans l'étude publiée par l'OFSP ("La santé en Suisse") montrent que près d'un tiers des invalidités provoquées par des maladies sont dues à des psychoses ou à des névroses (voir également l'étude faite par l'Institut de médecine sociale et préventive de Bâle).

Les effets négatifs de l'ouvrage de Grawe s'expriment entre autres dans un courrier des lecteurs adressé par un psychiatre, le docteur Frey de Berne, au Bulletin des médecins suisses (12/1995). Le docteur Frey termine sa lettre en exigeant que les services offerts soient soumis à une obligation de déclaration, ceci pour protéger les consommateurs (les patients). Personne ne s'opposerait à cette exigence si les informations requises étaient fournies de manière compétente et objective. Mais sa lettre (écrite en réaction aux articles des docteurs Condrau et Hicklin) provoque chez le lecteur critique certains doutes justifiés. L'article du docteur Frey regorge d'une attitude cynique et mal réfléchie envers la psychanalyse. Il considère que les méthodes de thérapie individuelle encouragent une perception égocentrique de l'individu par lui-même et sont responsables de l'augmentation du nombre des divorces et des problèmes familiaux et donc de l'isolement individuel qui les accompagne. Mais il ne fournit pas de chiffres pour démontrer ce qu'il dit; il faudrait montrer, par exemple, que toutes les personnes ayant fait une psychanalyse divorcent ou que, dans tous les couples souhaitant divorcer, l'un des partenaires a fait une psychanalyse. Ces lacunes mises à part, Frey considère le "symptôme divorce" de manière trop unilatérale. Compte tenu du fait qu'aujourd'hui environ 80% des divorces (selon ma propre évaluation) sont demandés par des femmes, on ne peut plus se permettre de considérer cette évolution sociale comme un processus négatif seulement; elle est plutôt une prise de conscience progressive à laquelle les femmes sont soumises et dont les hommes s'excluent souvent eux-mêmes.

Le reproche fait par Frey à la psychanalyse de se centrer sur l'individu et de négliger les interpénétrations complexes de l'environnement n'est pas fondé. En termes psychanaly-

tiques, on dit que les conflits intrapsychiques reflètent les conflits externes, entre autres au niveau de la communication inconsciente au sein de la famille. De ce point de vue, l'ensemble du champ social se retrouve toujours implicitement dans toute psychanalyse (dans le transfert). Une théorie des processus d'échange dans la famille ne tient pas compte de cette notion freudienne centrale, dans le sens où l'inconscient est négligé au profit d'une phénoménologie de la famille. Du point de vue de la psychanalyse "l'histoire du sujet [peut] ... donc être décrite en tant que lutte constante pour son intégration à la famille et sa structure comme une tension constante entre l'en deçà et l'en delà de la famille" (Pohlen M., Plänklers Th., *Psyche* 36, 1982). En exploitant des slogans connus, mais dont le contenu a depuis longtemps été réfuté, tels "le mode de pensée linéaire, causal-analytique dépassé" de la psychanalyse s'opposant au mode "interactionnel, circulaire, réciproque, systémique et écologique" de la théorie systémique, Frey utilise un schéma de réflexion qui fonctionne selon un "principe d'exclusion". Ce faisant, il exclut ses propres idées puisqu'elles reposent sur une base interactionnelle, circulaire-système. Dans un article intitulé "Systemtherapie und Psychoanalyse" (*Psyche* 43, 1989), G. Fischer et B. Wurth mentionnent que l'on a très rarement démontré concrètement que la psychanalyse utilise un mode de pensée "causal-réductionniste". Du point de vue de la sociologie de la recherche, ils expliquent la polarisation mentionnée entre "système-circulaire" et "causal-réductionniste" en disant que certains représentants de l'école de thérapie systémique ont besoin d'"adversaires externes" pour consolider leur propre théorie. L'article du docteur Frey corrobore clairement cette explication. On ne peut que se réjouir du fait que la communication entre les représentants des différentes méthodes ne soit pas aussi mauvaise que ne le laisseraient supposer l'ouvrage de Grawe et l'article de Frey.

Une lutte nécessaire pour le "droit de prescrire"

La question de savoir qui, parmi les professionnels de la médecine, est

habilité à prescrire une psychothérapie a provoqué de violentes réactions, de quelques psychiatres entre autres. Ceux-ci veulent absolument être seuls à disposer de ce droit et souhaitent mettre sous tutelle les généralistes, leur interdisant d'exercer cette fonction au niveau des maladies psychiques. Le docteur Wieland écrit dans le Bulletin des médecins suisses (4/1995): "Il ne peut être dans le sens de la loi que, d'un point de vue spécialisé, les compétences à mener (des traitements) et à les prescrire divergent. Les mêmes conditions qualitatives doivent s'appliquer dans les deux cas." Si son opinion était justifiée, on devrait interdire à un généraliste d'envoyer un patient à un spécialiste, que ce dernier soit neurologue, cardiologue, ou spécialiste de médecine interne. Il est vrai que les deux types de compétences ne peuvent se trouver en contradiction, mais il reste qu'en ce qui concerne leurs conditions qualitatives, elles ne sont pas identiques. Les psychothérapeutes non-médecins disposent des compétences spécialisées requises pour traiter les troubles psychiques. Décider que les psychothérapeutes non-médecins ont le droit de mener des traitements psychothérapeutiques sous leur propre responsabilité, mais pas de les prescrire, n'a rien à voir avec leurs compétences professionnelles: il s'agit d'une décision politique. Cette situation grotesque (il est soi-disant plus difficile de poser un diagnostic que de traiter la maladie) est le produit d'une démarche politique; elle ne peut être résolue de manière raisonnable que si l'on y met de la bonne volonté (le généraliste en tant que gate-keeper, ce qui permet de faire baisser les coûts).

Il faut respecter l'indépendance de la psychothérapie

Lorsque l'on considère la complexité des problèmes, on se rend compte que ce qui se passe avant tout est que différents groupements d'intérêts luttent pour conserver leurs prérogatives et ont perdu de vue la cause dont il s'agit. Les psychothérapeutes non-médecins, qui ont joui d'une formation spécialisée intégrale après leur formation universitaire, insistent et tentent d'amorcer un dialogue avec les fournisseurs du domaine de la santé de base, avec les psychiatres,

psychothérapeutes et représentants des caisses maladie; ce dialogue devrait se dérouler entre des partenaires égaux qui se respectent mutuellement. Pour que cela soit possible, il faut accepter les faits suivants, car ils sont indéniables: les psychothérapeutes non-médecins ont été inclus par la nouvelle LAMA dans la catégorie des fournisseurs de prestations; ni la médecine ni la psychologie ne peuvent réussir à réduire la psychothérapie au rang de "servante"; et la diversité des méthodes de psychothérapie ne doit pas être sacrifiée à une psychothérapie unitaire, car ceci aurait une influence paralysante sur la discipline. Une gestion de qualité adaptée aux

différentes méthodes doit servir à maintenir la qualité des traitements et à l'améliorer là où existent des lacunes; elle ne doit pas se laisser influencer par l'opportunisme politique de certains groupes d'intérêts. J'espère que le climat actuel, tout marqué qu'il est par les luttes, les exclusions et les diffamations, va pouvoir évoluer pour permettre des débats honnêtes, dans une atmosphère de respect. Alors le discours sur la psychothérapie pourra devenir innovateur.

*Walter Franzetti, lic. phil.
membre du comité de l'ASP*

I. Vetter-Lüscher

Aus der Vorgeschichte der „Charta für die Ausbildung in Psychotherapie“

Viele Ausbildungsinstitute und Fachverbände für Psychotherapie haben im Laufe der vergangenen fünfzehn Jahre verstanden, dass sie ihre politischen Interessen und damit diejenigen ihrer Klienten nur wahrnehmen können, wenn sie sich unter Wahrung ihrer jeweiligen Eigenart über die Grenzen ihrer Schulphilosophien hinweg füreinander interessieren, sich gemeinsam an einen Tisch setzen und miteinander aushandeln, unter welchen Bedingungen sie sich gegenseitig als gleichwertig anerkennen können. So ist die „Charta für die Ausbildung in Psychotherapie“ zustande gekommen, eine vorerst äusserst schweizerisch, gewissermassen föderalistisch anmutende Konvention unter den psychotherapeutischen Schulen, welche aber bereits auch auf europäischer Ebene Modellcharakter für das Gebiet der Psychotherapie hat.

Wie so vieles ist aber auch die Grundidee der Charta nicht ganz neu; sie lag – man höre und staune – bereits 1938 vor, damals allerdings entsprechend dem historischen Moment innerhalb des medizinischen Fachbereiches, und wurde wie viele andere Ideen kurz vor dem 2. Weltkrieg nur in Ansätzen realisiert.

Die Psychotherapie, damals fast ausschliesslich an den verschiedenen tiefenpsychologischen Schulen orientiert, war ein sehr junges Fachgebiet; sie war zwar aus der Medizin, insbesondere der Psychiatrie hervorgegangen, jedoch – wie wir sehen werden – offensichtlich als eigenständige Domäne anerkannt.

Die Pioniere der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie, um die es hier ging, hatten alle ihre Erkenntnisse im wesentlichen an sich selber und in der Erfahrung mit ihren Patienten gewonnen. Für sie war klar, dass im Bereich der Psychotherapie die eigene Erfahrung Priorität vor der akademischen Lehre hatte.

C. G. Jung zum Beispiel hatte sich nach achtjähriger Tätigkeit als Privatdozent von der Universität Zürich 1913 zurückgezogen; der damals sich spontan intensivierende Prozess der Selbsterfahrung am Unbewussten forderte neben seiner praktischen Tätigkeit seine ganze Kraft. Erst 1933 nahm er seine akademische Lehrtätigkeit wieder auf, und zwar an der Eidgenössischen Technischen Hochschule in Zürich, wo er von 1935 bis 1942 als Titularprofessor wirkte. 1944 folgte er einer Berufung an die Universität Basel, wo für ihn ein Ordina-

riat für medizinische Psychologie geschaffen worden war. Das Curriculum zeigt exemplarisch, wie im Gebiet der Psychotherapie die Lehre aus der praktischen Erfahrung abgeleitet werden muss und nicht umgekehrt.

Damit war die Forschung auf dem Gebiet der Psychotherapie von Anfang an wesensmässig in der Praxis verankert sowie in einer Empirie, welche die Subjektivität des involvierten Beobachters miteinbezieht. Aus derselben Wurzel stammt die heute selbstverständliche Forderung nach ausreichender Selbsterfahrung in der gewählten Methode für angehende Psychotherapeuten; die Lehranalyse wurde in der Folge zum Kernstück jeder qualifizierten Ausbildung in Psychotherapie.

So war von Anfang an klar, dass die Qualifikation des Psychotherapeuten nicht auf rein akademischem Wege erworben werden kann, auch wenn akademisches Rüstzeug durchaus zu ihren Voraussetzungen gehört. Es braucht die Eignungsevaluation und die integrale Schulung des einzigen Instrumentes, das allen psychotherapeutischen Schulen gemeinsam ist: der Persönlichkeit des Psychotherapeuten selbst, in welcher Selbsterfahrung, theoretisches Wissen und praktisches Können integriert sein müssen. Der Selbsterfahrung kommt dabei erste Priorität zu.

Anfangs der Dreissigerjahre setzte die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie eine Kommission für Psychotherapie ein. Die Auftraggeber scheinen verstanden zu haben, dass sich hier ein neues Feld auftat, welches keineswegs ein Anwendungsbereich bisheriger Theorien war. Zunächst ging es darum, das neue Gebiet der Psychotherapie aus der praktischen Erfahrung der Pioniere heraus darzustellen. So verzichteten sie darauf, Psychotherapie aus der Perspektive damals gängiger akademischer oder auch medizinischer Vorstellungen zu definieren. Stattdessen erteilten sie der neugegründeten Kommission für Psychotherapie den Auftrag, Grundzüge der psychotherapeutischen Arbeit zu formulieren. Damit anerkannten sie die Praktiker als die eigentlichen Experten.

Sie gingen damit nicht anders vor als Jahrhunderte zuvor Galileo Galilei, welcher sich mit den Handwerkern und Technikern in den Schiffswerften

zusammenfassend und aus dem Erfahrungsschatz der Praktiker heraus die moderne Wissenschaft entwickelte. Seine Gegner, die Scholastiker der alten theologischen Fakultäten, stützten sich demgegenüber auf die akademischen Autoritäten seit Aristoteles und glaubten, auf die Empirie der Praktiker verzichten zu können.

Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie setzte C. G. Jung zum Präsidenten der erwähnten Kommission für Psychotherapie ein. Die Kommission organisierte am 19. Juli 1936 in Basel den ersten Psychotherapiekongress in der Schweiz. Als Auftakt des Kongresses der Psychiater und Neurologen französischer Zunge wurde er zweisprachig abgehalten. Unter dem Vorsitz von O. L. Forel stellten vier Referenten die Grundsätze ihrer verschiedenen psychotherapeutischen Schulen vor: R. de Saussure für die Freudianer, C. A. Meier für die Jungianer, E. Jung für die Psychologie Alfred Adlers sowie G. Bally für die existentielle Anthropologie. Die anschließende Diskussion wurde eingeleitet von P. Janet und abgeschlossen von C. G. Jung. Die Referate wurden anschliessend in den „Extraits des archives suisses de neurologie et de psychiatrie“ (vol. XXXVIII/2 Orell Füssli, Zürich 1936) unter dem Titel „Die psychotherapeutischen Schulen. Eine grundsätzliche Aussprache“ zweisprachig publiziert.

In seiner Begrüssungsansprache zum 10. Internationalen Ärztlichen Kongress für Psychotherapie von 1938 in Oxford erläuterte C. G. Jung die Grundidee, welche die Schweizerische Kommission für Psychotherapie leitete, sowie deren erstes Ergebnis (publiziert in GW Bd. X, §§ 1069–1073). Psychotherapie finde zwar einerseits ihren Ausdruck in sehr unterschiedlichen Theorien, andererseits aber verfolge „jeder Psychotherapeut in seiner praktischen Arbeit eine Linie, die mehr oder weniger allen seinen Kollegen gemeinsam ist ...“ Ausserdem spiele die Individualität jedes Therapeuten jenseits seiner Schulzugehörigkeit eine entscheidende Rolle für die psychotherapeutische Arbeit. Die Kommission habe nun im Interesse der Sache den Versuch unternommen, jene Punkte zu formulieren, „in denen alle Psychotherapeuten, die nach den Richtlinien psychologischer Analyse arbeiten, überein-

stimmen könnten. Der demokratische Geist der Schweiz hat uns geholfen, jeden Absolutismus zu vermeiden, und es ist uns gelungen, vierzehn Punkte gemeinsamen Einverständnisses aufzustellen.“ Dies geschah wohl-gemerkt nicht mit dem Ziele, eine eklektische Psychotherapie auf die Beine zu stellen, sondern um eine Basis für den gegenseitigen Austausch zu finden.

Die vierzehn Punkte wurden in der Folge im „Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete“ IX/1–2, Leipzig 1938, publiziert. Sie betreffen u.a. Bereiche des ärztlichen Vorgehens (z.B. Anamneseerhebung, Aetiologie, Exploration und Diagnose), der Theorie (z.B. das Unbewusste, Trieblehre, Fixierung, Regression und Progression), der symptomatischen und symbolischen menschlichen Ausdrucksformen und ihrer Deutung, Fragen der Uebertragung und verschiedener therapeutischer Methoden (wie etwa Beichte, Ratschlag, kathartische Methode; reduktive und prospektive Deutung, Uebertragungsanalyse und synthetische Methode). Für die Einsicht in die Dokumente sei Herrn Prof. Dr. C. A. Meier an dieser Stelle herzlich gedankt.

Der erste Versuch, die vierzehn Punkte in die Praxis umzusetzen, war die Gründung der Schweizerischen Gesellschaft für Praktische Psychologie (SGPP), deren Zweck es war, ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten verschiedener Schulen unter einem Dache zu vereinigen. Aus derselben Wurzel stammte der Plan, ein „Ausbildungsinstitut für Psychotherapie“ – das nachmalige Zürcher C. G. Jung-Institut (gegründet 1948) – zu gründen, wie Jung in derselben Rede in Oxford erwähnt.

Jung fährt weiter: „Unsere vierzehn Punkte ... sind als lauwarmer Kompromiss verspottet worden, der über die fürchterlichsten Meinungsverschiedenheiten hinweggleite. Das ist genau, was wir im Sinne hatten. Wer über Meinungen streiten will, kann den Rest seines Lebens damit verbringen. Wir jedoch wollten, dass etwas getan werde, und das lässt sich nicht durch endlose philosophische Auseinandersetzungen über den letzten Sinn der Psyche erreichen. Jede Schule hatte etliche ihrer Steckpferde zu opfern und eigensinnigen Widerstand gegenüber andern Standpunkten aufzugeben. Etwas kaum Geringeres als ein Wunder hat sich ereignet: unsere zugegebenermassen lauwarmer und oberflächlichen Formulierungen brachten eine herzliche Zusammenarbeit zwischen Leuten zustande, die bis anhin meilenweit voneinander entfernt zu sein glaubten. Wenn meine Kollegen einsehen, dass die Psychotherapie unsere gemeinsame Sache ist, dann besteht Hoffnung, dass sie einen wohlverdienten Platz unter den übrigen Fachgebieten der medizinischen Wissenschaft einnehmen wird.“

So sehr sich auch manches an der Situation der Psychotherapie gegenüber den Dreissigerjahren geändert haben mag, so sehr scheint doch das Grundanliegen dasselbe geblieben zu sein: Der Dienst an der Sache und die lebendige Wahrung des Eigenen ist letztlich nur in Gespräch und Auseinandersetzung mit Andersdenkenden möglich.

*lic. phil. Irene Vetter-Lüscher
Studienleiterin C. G. Jung Institut
Hornweg 28
CH-8700 Küsnacht*

I. Vetter-Lüscher

Les antécédents de la "Charte concernant la formation en psychothérapie"

Au cours des quinze dernières années, de nombreux instituts de formation et groupements professionnels ont compris que, sur le plan politique, ils

ne seraient en mesure de représenter leurs propres intérêts – et par là même ceux de leurs clients – que s'ils s'intéressaient aux travaux des autres

écoles. Il fallait qu'ils se réunissent autour d'une table et commencent à négocier les conditions leur permettant de se reconnaître mutuellement en tant que partenaires égaux, tout en maintenant leur identité spécifique. C'est ainsi que naquit la "Charte concernant la formation en psychothérapie", une convention entre écoles de psychothérapie qui, au premier abord, peut paraître très suisse – fédéraliste en quelque sorte –, mais qui est déjà devenue modèle pour la psychothérapie en Europe.

Comme il arrive souvent, l'idée de base de la Charte n'est pas neuve. On s'étonne d'apprendre qu'elle avait déjà été envisagée en 1938; mais à l'époque et en accord avec le contexte historique, elle l'avait été dans les milieux médicaux. Comme tant d'autres idées datant de la veille de la Seconde Guerre mondiale, elle ne fut que partiellement réalisée.

La psychothérapie était alors une discipline jeune, axée presque uniquement sur les différentes écoles de psychologie des profondeurs. S'il est exact qu'elle était née de la médecine et en particulier de la psychiatrie, nous verrons qu'elle était déjà reconnue comme un domaine indépendant.

Les pionniers de l'époque de la psychothérapie fondée sur la psychologie des profondeurs avaient tous acquis leur savoir en travaillant essentiellement sur eux-mêmes et sur leurs patients. Il leur paraissait évident que, dans le domaine de la psychothérapie, l'expérience personnelle est plus importante que les théories académiques.

C. G. Jung, par exemple, avait donné en 1913 sa démission de l'Université de Zurich après y avoir été chargé de cours pendant huit ans. Il avait besoin de toute son énergie pour mener à bien le processus d'expérience sur soi que son inconscient avait spontanément intensifié, en plus d'exercer une activité pratique. Il ne reprit son enseignement qu'en 1933, à l'École Polytechnique fédérale de Zurich, où il fut professeur titulaire de 1935 à 1942. En 1944 il devint professeur ordinaire de psychologie médicale à l'Université de Bâle – un poste qui avait été créé pour lui. Sa biographie montre bien comment, dans le domaine de la psychothérapie, la théorie dérive de l'expérience pratique et non le contraire.

La recherche pratiquée dans le domaine de la psychothérapie fut donc ancrée dès le début dans la pratique, comme dans un empirisme tenant compte de la subjectivité de l'observateur concerné. C'est de la même source que découle aujourd'hui l'exigence posée aux futurs psychothérapeutes: il va de soi qu'ils doivent avoir fait suffisamment d'expérience sur eux-mêmes dans la méthode choisie. Plus tard, l'analyse didactique devint l'élément central de toute formation qualifiée en psychothérapie.

Il fut donc clair dès le début que le/la psychothérapeute ne peut pas acquérir sa formation à l'université seulement, même s'il/elle doit disposer d'un bagage académique. Il faut évaluer les aptitudes des candidats et les former de manière intégrale au seul instrument commun à toutes les écoles de psychothérapie: la personnalité du thérapeute, dans laquelle l'expérience sur soi, savoir théorique et connaissances pratiques doivent être intégrées. A ce niveau l'expérience sur soi joue un rôle prioritaire.

Au début des années trente, la Société suisse de psychiatrie mandata une Commission pour la psychothérapie. Les commettants semblent avoir saisi qu'un nouveau domaine s'ouvrait, qui n'était pas simplement d'application des théories existantes. Il s'agissait d'abord de définir la psychothérapie en se fondant sur les expériences pratiques faites par les pionniers. Les responsables renoncèrent à une démarche adoptant la perspective caractérisant à l'époque l'université ou la médecine; au lieu de cela ils demandèrent à la nouvelle commission de formuler des bases au travail psychothérapeutique. Ce faisant, ils reconnaissaient donc les praticiens comme les véritables experts.

Ce faisant, ils procédaient de manière semblable à Galileo Galilei, qui s'était associé aux artisans et techniciens travaillant sur les chantiers de construction navale, tirant une science moderne de la riche expérience dont disposaient les praticiens. Ses opposants, les adeptes de la scolastique enseignant dans les anciennes facultés de théologie, se référaient aux autorités académiques depuis Aristote et croyaient pouvoir renoncer à l'empirisme des praticiens.

La Société suisse de psychiatrie

nomma C. G. Jung président de la Commission pour la psychothérapie mentionnée plus haut. Le 19 juillet 1936, celle-ci organisa le premier congrès de psychothérapie de Suisse, à Bâle. Il fut également la première partie d'un congrès réunissant les psychiatres et neurologues de langue française et se tint en deux langues. Lors de la rencontre, présidée par O. L. Forel, quatre intervenants présentèrent les fondements des écoles de psychothérapie auxquelles ils appartenaient: R. de Saussure pour les Freudiens, C. A. Meier pour les Jungiens, E. Jung pour la psychologie d'Alfred Adler et G. Bally pour l'anthropologie existentielle. Le débat qui suivit fut lancé par P. Janet, C. G. Jung en présentant les conclusions. Les contributions furent ensuite publiées en deux langues dans les "Extraits des archives suisses de neurologie et de psychiatrie" (vol. XXXVIII/2, Orell Füssli, Zurich 1936), sous le titre "Les écoles de psychothérapie. Discussion sur les principes fondamentaux".

Dans l'allocution de bienvenue qu'il adressa aux participants au 10e congrès médical international de psychothérapie (qui eut lieu en 1938 à Oxford), C.G. Jung présenta le principe servant de guide à la Commission suisse pour la psychothérapie, ainsi que les premiers résultats du travail de cette dernière (publié en allemand dans les GW, vol. X, §§ 1069–1073). Il y est dit que bien que la psychothérapie se traduise en des théories très différentes les unes des autres, "dans son travail pratique chaque psychothérapeute [suit] une voie qui ressemble d'assez près à celle suivie par tous ses collègues ...". De plus, l'individualité de chaque thérapeute influence son travail de manière décisive, au delà de toute appartenance à une école. Selon Jung, c'est dans l'intérêt de la psychothérapie que la Commission a tenté de formuler les points "sur lesquels tous les psychothérapeutes travaillant dans le contexte de l'analyse psychologique peuvent se mettre d'accord. L'esprit démocratique de la Suisse nous a aidés à éviter tout absolutisme et nous avons réussi à faire une liste de quatorze points sur lesquels nous sommes d'accord." Notons bien que tout cela ne s'est pas fait dans le but de créer une psychothérapie éclectique, mais pour établir

une base permettant les échanges réciproques.

Les quatorze points furent ensuite publiés dans le "Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete", IX/1-2, Leipzig 1938. Ils ont trait, entre autres, aux domaines de la procédure médicale (par ex., anamnèse, étiologie, exploration, diagnostic), de la théorie (par ex., l'inconscient, la théorie des pulsions, les fixations, régressions et progressions), les formes d'expression symptomatiques et symboliques propres à l'être humain et leur interprétation, les questions du transfert et des différentes méthodes thérapeutiques (comme la confession, les conseils, les méthodes cathartiques; l'interprétation sur la base d'une réduction ou d'une prospection, l'analyse du transfert et la méthode synthétique). Nous remercions vivement le professeur C. A. Meier de nous avoir permis de consulter les documents.

La première tentative faite pour appliquer les quatorze points dans la pratique fut la création de la Société Suisse de Psychologie Pratique (SGPP/

SSPP), dont le but était de réunir sous un même toit des psychothérapeutes médecins et non-médecins appartenant à différentes écoles. Pour la même raison on projeta de créer un 'institut de formation en psychothérapie' – qui devint l'Institut C. G. Jung, fondé à Zurich en 1948 –, comme Jung l'indique dans sa même contribution présentée à Oxford.

Jung poursuit: "On a tourné en ridicule nos quatorze points..., disant qu'ils représentaient un compromis servant à dissimuler de profondes différences d'opinion. C'est en fait exactement ce que nous voulions. Ceux qui veulent débattre de leurs opinions peuvent y passer le reste de leur vie. Nous voulions par contre que quelque chose soit accompli, ce qui n'est pas possible si l'on s'engage dans des débats philosophiques sans fin au sujet du sens ultime de la psyché. Toutes les écoles ont dû sacrifier plusieurs de leurs marottes et renoncer à refuser obstinément d'entendre le point de vue des autres. Il s'est produit ce que l'on peut presque qualifier de miracle: nos formulations – qui, nous

l'admettons, sont tièdes et superficielles – ont permis une collaboration amicale entre des gens qui jusqu'alors croyaient qu'ils se situaient très loin les uns des autres. Si mes collègues acceptent le fait que la psychothérapie est notre affaire à tous, alors nous pouvons espérer que cette dernière acquière la place qu'elle mérite parmi les autres spécialisations de la science médicale."

S'il est vrai que la situation dans laquelle se trouve la psychothérapie a bien évolué depuis les années trente, il n'en demeure pas moins qu'à notre avis ses visées fondamentales sont demeurées les mêmes: en dernier ressort, les intérêts de la cause et le maintien par chaque école d'une identité vivante ne peuvent être sauvegardés que par le biais du débat et de l'affrontement à ceux dont l'opinion diffère.

Irene Vetter-Lüscher, lic. phil.

directrice des études

Institut C. G. Jung

Hornweg 28, CH-8700 Küsnacht

A. Pritz

Zum Aufbau der Psychotherapie in der Ukraine

Projektträger

Medizinische Hochschule Lemberg, Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)

Projektleiter

Univ. Prof. Dr. Alexander Filz, Dr. Alfred Pritz (ÖBVP)

Ausgangslage

Die Ukraine, seit 1991 eigenständiger Staat mit 53 Mill. Einwohner/innen, kannte bis dato den Beruf der/des Psychotherapeut/in nicht, obwohl seit etwa einem Jahrzehnt hohes fachliches Interesse an der Psychotherapie feststellbar war. Es gab aber weder entsprechende Untersuchungen über den Bedarf an psychotherapeutischen Maßnahmen noch entsprechende Ausbildungsgänge.

Entsprechenden Untersuchungen in anderen europäischen Ländern, insbesondere in Deutschland, zufolge, darf aber angenommen werden, daß etwa 5% der ukrainischen Bevölkerung psychotherapeutischer Behandlung bedarf und daß weitere Bevölkerungskreise in verschiedenen Arbeitsfeldern durch psychotherapeutische Supervision und Beratung profitieren können.

Anlässlich eines Forschungsaufenthaltes im Jahre 1992 von Prof. Filz in Wien kamen die beiden Projektleiter überein, eine entsprechende Psychotherapiestruktur mit qualifizierter Ausbildung entwickeln zu wollen. Die Vorbereitungen dauerten zwei Jahre; das Projekt, das fünf Jahre (bis 1999) dauern soll, wurde im September 1994 begonnen.

Ziel des Projektes

Ausbildung von ca. 180 ukrainischen Psychotherapeut/innen (Zertifikat entspricht den Richtlinien des Europäischen Psychotherapieverbandes – EAP). Vermittlung von strukturbildenden Maßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens, um Psychotherapie effizient einsetzen zu können. Förderung des kulturellen und wissenschaftlichen Austausches im Bereich der Psychotherapie.

Methodik

Die Ausbildung erfolgt nach den Prinzipien des österreichischen Psychotherapiegesetzes, wobei auf eine allgemeine Grundausbildung und eine entsprechenden Methodenvielfalt im fachspezifischen Teil Wert gelegt wird. Folgende Psychotherapiemethoden sind vertreten: Gruppenpsychoanalyse, systemische Familientherapie, klientenzentrierte Psychotherapie nach C Rogers, Psychodrama und integrative Gestalttherapie.

Unterstützende

Ausbildungseinrichtungen

Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie (ÖGWG), Gruppenanalytische Seminare Altaussee, Gruppenanalytische Seminare Giessen (GRAS). Diese Ausbildungseinrichtungen, eine davon aus Deutschland, haben sich bereit erklärt, während der fünfjährigen Ausbildung Lehrtherapeuten/innen zu entsenden, sowie ukrainische Kollegen/innen regelmäßig zu psychotherapeutischen Ausbildungsseminaren auf Kosten der Institute nach Österreich und Deutschland einzuladen. Diese Aktion läuft bereits seit Frühjahr 1994.

Projektplan

Der Projektplan sieht vor, daß Ausbilder/innen zweimal im Jahr – jeweils im April und im September – für je eine Woche nach Truskawetz bei Lemberg kommen und dort als Ausbilder/innen tätig sind. Die Ausbilder/innen verlangen kein Honorar, sind ehrenamtlich tätig und sehen ihre Aufgabe im Rahmen einer größeren gemeinsamen europäischen Entwicklungsgeschichte, in der der kulturelle und wissenschaftliche Dialog im Vordergrund steht. Einige Ausbilder/innen wechseln sich ab, andere wollen das ganze Projekt begleiten.

Beim ersten Seminar waren 15 Lehrtherapeuten/innen mit Co-Trainer/innen tätig (1.–7. September 1994).

Umfang der Ausbildung

Die Ausbildung gliedert sich in drei Teile, die didaktisch miteinander verbunden werden: strukturelle Maßnahmen, allgemeine Grundlagen, fachspezifische Ausbildung in Form von Selbsterfahrung, Theorie und Supervision.

Die Teilnehmer/innen müssen sich verpflichten, in den Zeitzwischenräumen regionale Gruppen zu bilden, um Theorie selbständig zu erarbeiten sowie psychotherapeutische Einrichtungen zu schaffen. Die erste psychotherapeutische Beratungsstelle wurde Anfang 1995 in Lemberg errichtet.

Ausbildungskandidaten/innen

Die Ausbildungskandidaten/innen kommen hauptsächlich aus Gesundheitsberufen: Ärzte/innen, Psychologen/innen, Krankenschwestern; einige sind aber auch aus anderen sozialen Berufen (z.B. Lehrer/innen). Die Teilnehmer/innen kommen zum überwiegenden Teil aus der Ukraine, insbesondere aus Galizien, aber das Projekt reicht darüber hinaus, es sind auch einige Teilnehmer/innen aus Moskau, Südrubland, Moldavien, Kasachstan und Polen dabei (insgesamt 16 Personen).

Erfahrungen aus dem ersten Workshop

Eine Befürchtung war, daß die Notwendigkeit von ukrainischen Dolmetscher/innen (in jeder Gruppe saß ein/e Dolmetscher/in, die alle ausgezeichnet deutsch sprechen) den psychotherapeutischen Prozeß stören könnten.

Dies war glücklicherweise nicht der Fall. Oft ermöglichte gerade das Warten auf die Übersetzung eine genauere Beachtung der nonverbalen Kommunikation. Für die Dolmetscher/innen war es sehr anstrengend, waren sie doch auch Teil des gruppendynamischen Prozesses und nicht nur Übersetzer/innen. Ausführliche Nachgespräche waren daher notwendig. Natürlich spielte die Neugier auf kulturelle Differenzen eine besondere Rolle. Wir erlebten die Teilnehmer/innen als äußerst engagiert und fast „mediterran“ herzlich und offen.

Finanzierung

Obwohl die Lehrtherapeuten/innen auf Honorar verzichten, sind die Ausbildungskosten hoch, da der 15-Personenstaff auch untergebracht und gepflegt sein will. Dafür konnte für das erste Seminar die SOROS-Foundation gewonnen werden.

Die Fahrtkosten mit dem Bus trug der Österreichische Städtebund. Für Lehrmaterial stellte die Auslandsabteilung der Gewerkschaft der Privatangestellten (GPA) Mittel bei. Die weitere Finanzierung dieser Grundkosten ist nicht gesichert, doch sind wir optimistisch, daß die Bedeutung dieses interkulturellen Projektes – eines, das auch tatsächlich „funktioniert“ – im größeren Ausmaß erkannt werden wird.

Wien, 14. Februar 1995

Dr. Alfred Pritz
Projektleitung ÖBVP

gleichener Ausbildungsvorschriften und einheitlicher Qualifikationskriterien sektorielle Richtlinien für bestimmte Berufsgruppen, wie Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen, Krankenpflegepersonal und Tierärzte erstellt.

Diese Vorgangsweise nahm zu viel Zeit in Anspruch, weshalb ein anderer Lösungsansatz in Form der allgemeinen Richtlinie des Rates der EWG vom 21. Dezember 1988 (89/48/EWG) und der Richtlinie des Rates der EWG vom 18. Juni 1992 (92/51/EWG) über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungs-nachweise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48/EWG gewählt wurde.

Für weitere Gesundheitsberufe, so auch für die Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, gilt in Österreich die allgemeine Richtlinie des Rates der EWG vom 21. Dezember 1988 (89/48/EWG), in der Folge Richtlinie genannt, die Diplome auf Hochschulniveau als Abschluß einer mindestens dreijährigen Berufsausbildung zur Grundlage hat. Im Rahmen der Vollziehung dieser Richtlinie werden jedoch nicht die Ausbildungsgänge in den einzelnen Staaten aneinander angeglichen, sondern die Endprodukte – die jeweiligen Berufszugangsberechtigungen – in den einzelnen Staaten miteinander verglichen.

1. Allgemeines über die Richtlinie des Rates der EWG vom 21. 12. 1988 (89/48/EWG)

Seit Inkrafttreten des Abkommens über den EWR am 1. Jänner 1994 sind in Österreich auf die Berufsgruppe der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen die Bestimmungen für die Anerkennung von Berufsausbildungen in anderen Mitgliedstaaten des EWR die Regelungen der Richtlinie 89/48/EWG anzuwenden.

Grundsätzlich ist dazu festzuhalten, daß die Regelungen der Richtlinie

- sowohl auf Angehörige eines Mitgliedstaates des EWR, die in einem anderen Mitgliedstaat des EWR eine Berechtigung zur Ausübung eines dort reglementierten Berufes als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin erworben haben,
- als auch auf Angehörige eines Mitgliedstaates des EWR, deren berufliche Tätigkeit in einem anderen

P. Lanske und W. Papst

Arbeitsmöglichkeiten in Österreich für Psychotherapeuten/innen aus Mitgliedstaaten des EWR

Als Grundsäulen des Europäischen Binnenmarktes sind die vier Freiheiten des freien Kapital-, freien Waren-, freien Dienstleistungs- und freien Personenverkehrs verankert.

Aufgrund der Möglichkeit des freien Personenverkehrs können grundsätzlich die Staatsbürger der Mit-

gliedstaaten des EWR in jedem Mitgliedstaat ihren Beruf ausüben.

Die prinzipielle Gleichwertigkeit der fachlichen Qualifikation ist Voraussetzung für die Berufsausübung im Rahmen des freien Personenverkehrs.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden anfangs auf der Grundlage ange-

Mitgliedstaat des EWR als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin nicht reglementiert ist, sofern eine zumindest zweijährige, vollzeitliche Ausübung der beruflichen Tätigkeit innerhalb der letzten zehn Jahre als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin nachgewiesen werden kann, anzuwenden sind.

2. Die Richtlinie versteht unter einem reglementierten Beruf

- die Ausübung der beruflichen Tätigkeit als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin, sofern diese Tätigkeit an den Besitz eines durch Rechts- oder Verwaltungsvorschrift vorgesehenen Diploms gebunden ist;
- eine berufliche Tätigkeit als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin, für die Vergütungen durch das System der sozialen Sicherheit gewährt wird, etwa in Form von (Kranken-)Kassenverträgen; Voraussetzung dafür ist wiederum der Besitz eines Diploms, wobei diese Regelung insbesondere auf in Deutschland beruflich tätige Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen zutrifft;
- die berufliche Tätigkeit als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin, die von Mitgliedern eines staatlich anerkannten Verbandes oder einer staatlich anerkannten Organisation ausgeübt wird,
 - deren Ziel die Förderung und Wahrung eines hohen Qualitätsniveaus in diesem Beruf ist,
 - die ihren Mitgliedern Diplome ausstellen, verbunden mit der
 - Führung eines bestimmten Titels und
 - die darauf achten, daß ihre Mitglieder die festgelegten Regeln für das berufliche Verhalten einhalten, wobei diese Regelung insbesondere auf Organisationen – „chartered bodies“ – in Großbritannien zutrifft.

3. Die Regelungen der Richtlinie 89/48/EWG sind auch anzuwenden,

wenn die berufliche Tätigkeit als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin im Herkunftsland nicht reglementiert ist, aber

- durch ein Diplom eine mindestens dreijährige Berufsausbildung auf

Hochschulniveau oder einem diesem gleichzuhaltenden Niveau

- und weiters im Anschluß daran eine mindestens zweijährige, rechtmäßige und vollzeitliche berufliche Tätigkeit innerhalb der vergangenen zehn Jahre in einem Mitgliedstaat des EWR als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin nachgewiesen werden kann.

4. Die Richtlinie 89/48/EWG definiert ein „Diplom“ als

„alle Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstige Befähigungsnachweise bzw. diese Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstigen Befähigungsnachweise insgesamt,

- die in einem Mitgliedstaat von einer nach seinen Rechts- und Verwaltungsvorschriften bestimmten zuständigen Stelle ausgestellt werden, und
- aus denen hervorgeht, daß der Diplominhaber ein mindestens dreijähriges Studium oder ein dieser Dauer entsprechendes Teilzeitstudium an einer Hochschule oder einer anderen Ausbildungseinrichtung mit gleichwertigem Niveau absolviert und gegebenenfalls die über das Studium hinaus erforderlichen beruflichen Ausbildung abgeschlossen hat, und
- aus denen hervorgeht, daß der Zeugnisinhaber über die beruflichen Voraussetzungen verfügt, die für den Zugang zu einem reglementierten Beruf oder dessen Ausübung in diesem Mitgliedstaat erforderlich sind,

wenn die durch das Diplom, das Prüfungszeugnis oder einen sonstigen Befähigungsnachweis bescheinigte Ausbildung überwiegend in der Gemeinschaft erworben wurde oder wenn dessen Inhaber eine dreijährige Berufserfahrung hat, die von dem Mitgliedstaat bescheinigt wird, der ein Diplom, ein Prüfungszeugnis oder einen sonstigen Befähigungsnachweis eines Drittlandes anerkannt hat.“

Der Diplombegriff der Richtlinie unterscheidet sich daher von dem allgemeinen Diplombegriff, der bloß an den Nachweis eines bestimmten Studienabschlusses anknüpft, wenn mit dem Studienabschluß nicht gleichzeitig eine Berechtigung zum

unmittelbaren Zugang zur Ausübung des Berufes verbunden ist.

5. Die Regeln der RL sind auf Personen anzuwenden, die folgende Nachweise erbringen können:

5.1 entweder

- Diplom im Sinne der RL, wie unter Punkt 4. beschrieben, und
- Nachweis über die Art der Reglementierung der beruflichen Tätigkeit als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin im Herkunftsstaat;

5.2 oder

- Diplom im Sinne der RL, wie unter Punkt 4 beschrieben, und
- Nachweise über eine mindestens zweijährige, rechtmäßige und vollzeitliche berufliche Tätigkeit innerhalb der vergangenen zehn Jahre in einem Mitgliedstaat des EWR als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin, sofern die berufliche Tätigkeit als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin im Herkunftsstaat nicht als reglementierte berufliche Tätigkeit ausgeübt worden ist.

6. Liegen die Voraussetzungen zur Anwendung der Regeln der RL gemäß Punkt 5 vor, ist vor einer Eintragung in die Psychotherapeutenliste vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz die Beurteilung der erworbenen Qualifikation vorzunehmen (Qualifikationsprüfverfahren)

Ziel dieses Qualifikationsprüfverfahrens ist es, festzustellen, inwieweit die bisherige Ausbildung und/oder die berufliche Tätigkeit des Antragstellers in einem der Mitgliedstaaten des EWR als gleichwertig zu den in Österreich gesetzlich vorgesehenen Ausbildungsbedingungen für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen – die erfolgreiche Absolvierung des psychotherapeutischen Propädeutikums und des psychotherapeutischen Fachspezifikums – sind („Endprodukt im Vergleich zu Endprodukt“).

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, die Staatsangehörige des EWR sind und in Österreich freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses als Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen

tätig sein wollen (in der Folge Antragsteller genannt), haben daher im Rahmen des Qualifikationsprüfverfahrens dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz folgende Nachweise und schriftliche Informationen in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen:

- Nachweise gemäß Punkt 5.1 oder Punkt 5.2;
- Informationen über die Dauer der Ausbildung, die in einer anerkannten wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methode absolviert worden sein muß, in Theorie und Praxis;
- Informationen über den Inhalt der in dieser anerkannten wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methode absolvierten Ausbildung in Theorie und Praxis;
- Vorlage eines detaillierten Ausbildungscurriculums dieser anerkannten wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methode;
- Vorlage einer Liste des Lehrpersonals samt Beschreibung der Qualifikation dieses Lehrpersonals;
- Vorlage einer allgemeinen Beschreibung des Tätigkeitsbereiches der Berufsgruppe der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, etwa in Form einer Berufsumschreibung aus dem Herkunftsland, die vergleichbar der Berufsumschreibung ist, wie sie sich aus § 1 des Psychotherapiegesetzes in Österreich ergibt.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz weist in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, daß in bezug auf eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste nach dem Psychotherapiegesetz die Ausbildung in einer in Österreich als wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methode nachgewiesen werden muß. Die in Österreich derzeit wissenschaftlich anerkannten Methoden sind derzeit:

Analytische Psychologie, Autogenes Training, Dynamische Gruppenpsychotherapie, Existenzanalyse, Existenzanalyse und Logotherapie, Integrative Gestalttherapie, Gruppenpsychoanalyse, Gestalttheoretische Psychotherapie, Hypnose, Individualpsychologie, Katathym Imaginative Psychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Personenzentrierte Psychotherapie, Psychoanalyse, Psy-

chodrama, Systemische Familientherapie, Transaktionsanalytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie.

7. Ausgleichsmaßnahmen

Bestehen wesentliche Unterschiede der Ausbildungsgänge, so werden als Ergebnis des Qualifikationsprüfverfahrens Ausgleichsmaßnahmen mit Bescheid des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz festgelegt.

Wahlweise, wobei die Wahlmöglichkeit dem Antragsteller obliegt, können vorgeschrieben werden:

- eine Ergänzungsprüfung in je individuell zu bestimmenden Fachgebieten oder
- ein Anpassungslehrgang (Tätigkeit unter Anleitung von in Österreich in die Psychotherapeutenliste eingetragenen Psychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen der entsprechenden fachspezifischen

psychotherapeutischen Methode samt Supervision jeder fünften Stunde) in der Dauer von bis zu drei Jahren.

Voraussetzung für die freiberufliche Tätigkeit oder Tätigkeit im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin in Österreich ist jedenfalls die Eintragung in die Psychotherapeutenliste gemäß den Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes.

*Dr. Paula Lanske
Bundesministerium für Gesundheit
und Konsumentenschutz
Radetzkystraße 2, A-1031 Wien
Tel. 71172-0*

*Mag. Walter Papst
Bundesministerium für
wirtschaftliche Angelegenheiten
Stubenring 1, A-1010 Wien
Tel. 71100-0*

V. Pjeshkazi

The psychotherapeutic treatment of the torture victims in ARCT*

In the one-year experience of ARCT, cases of different age groups have been examined and treated. 60 patients have been treated covering diagnoses ranging from post-traumatic syndrome to psychosis. Owing to the lack of experience and qualification, we have tried to apply the supportive psychotherapy, considering it the simplest and the most resultative. The literature based on scientific research witnesses that the post traumatic syndrome is very frequent among the victims of torture, owing to the consequences of the great damages to the psychic and physical integrity of the individual.

Due to the short-time experience of the centre it is difficult for us to render an account of the precise frequency of this syndrome among the

victims of torture and persecution in Albania. Presenting a range and complexity of symptoms this syndrome requires a very human clinician with a professional experience. People who have survived torture and persecution are spiritually hurt, thus needing a special psychological treatment.

The basic treatment for these individuals in our centre is the psychotherapeutic one. The treatment with medicine runs secondarily. We apply the method of supportive psychotherapy in several sessions. There are individuals who react well in the first session and get themselves rid of symptoms. Other individuals need continuous sessions. We apply one session of one hour a week. In the beginning we acquaint the individual with the centre and the staff. The sessions are based on free talk with the patients. The doctor listens quietly and attentively to the subject. The questions are clear and short so that

* Albanian Rehabilitation Center for Torture Victims.

the patient doesn't take them too much to his heart. Such patients are tender. They adapt themselves with difficulty and bring back to mind past experiences with difficulty. The relation between the patient and the doctor is of paramount importance. It is based on sincerity and reciprocal faith. First of all the doctor should gain the faith of the patient so that the patient can fully rely on him. Only in this way the clinical psychiatrist can penetrate into the depths of the patient's worries. In our modest experience we have witnessed patients who are timid in the first psychotherapeutic sessions. They have doubts about the treatment and some times are convinced with difficulty of its values.

They are of opinion that their state can only be improved by using medicine. While applying the supportive psychotherapy to the survivors of torture we have tried to help the patient in recuperating in two different ways. First of all in strengthening the ego of such people and secondly in heightening their self-evaluation.

About the psychological effect of torture

Long psychological research has shown that the prolonged effect of tortures and persecution brings about the weakening of the ego. In this way the individual feels humiliated, denigrated, frightened, and unprotected, thus becoming a tool which can be easily applied. Only in this way the individual could embrace the ideas of the totalitarian system in power. The strategy to be followed in treating the individual with such weakened ego is giving him a continual support during the sessions. In this way we strengthen the patient's faith that he has existed in this democratical reality, because such individuals often have the feeling of lost reality and depersonalisation.

In no way should the patient feel unprotected, hopeless and unsafe. In this respect we have tried to talk to the patient's family members so that the family structure gets strengthened because torture and persecution inflicted on a patient leave traces on other members of the family, like children. The patient should feel safer and should be in harmony with his family. Many patients have divorced

as a consequence of a terrible class struggle which has damaged the families. While strengthening the ego of the patient in the supportive psychotherapy we have tried to make him aware of the new prospects that will be opened for him, of the place he will occupy in the society, and of this contribution.

Taking into consideration the features of the patient's personality we have faced difficulties in treating patients, who expressed resistance in the first psychotherapeutic sessions. Such patients experience emotional crises when they bring back to mind past experiences. After the first sessions we tried to discuss past traumas with the patients so that they are gradually confronted with the living reality that has brought about their emotional crisis.

The increase of the self esteem of the patient has been another priority of ours, psychotherapy studies on the survivors of torture and persecution have shown that such individuals develop the lowering of self-esteem.

Self-esteem comprises the center of the individual's ego. This helps the individual to keep his personality, his ability and his dignity. If the individual has a lowering in self esteem, he will experience depression, the centre of which is feeling valueless in society.

100% of our patients have had depression. According to Vesti, Manier, Kastrup the depression is presenting 60 to 70% of the post-traumatic syndrom cases. We have covered with the lowering of the self-evaluation of the tortured individuals in the later sessions. This has taken us a long time because the patients have been maltreated and tortured for years on end and the depressive features have become chronic. The doctor should be patient and affectionate. The symptoms of depression are often mingled with those of anxiety. Such a thing renders it difficult to realize psychotherapy. That is why we have in some cases use of medicine for a short time. We have tried to socialise patients with friends.

We have aimed at suggesting them the suitable profession according to their ability basing on Freud's philosophical expression: "The mental health of a person is based on the ability to love people and on the ability to work."

In the case of the patients having trauma during the session we have tried to develop an empathy in the patient, because the survivors of torture are sensitive too and desire empathy. They need humanism, because in this way the doctor feels what the patient does, so that the doctor serves as a balm to heal the spiritual wounds of the patient.

Trough the empathy the patient develops the transfer towards the doctor. We are satisfied with the results of the psychotherapeutic procedures in those patients, but such a thing requires persistence, devotion and patience. We should fight against the erroneous view that the survivors of torture and persecution are difficult to be treated.

As an illustration we are citing a case of our practice in ARCT.

The patient F. H. was captured while trying to pass the border together with her pregnant mother. She was 14 by the time. Her father could pass the border, she could not. She was sentenced to two years of imprisonment while she was interrogated. She was isolated from her mother and her family members. It was a terrible period for her. While being in isolation she developed a post traumatic syndrom which she still has in a light form. In the first supportive psychotherapy sessions the patient was evidently distracted and had visual hallucinations. She was resistant to the doctor. In the first sessions we had a general talk not delving into the depths of her conflict. Later on she became more affectionate and gradually started to relate on past experiences. In the first sessions we insisted on strengthening the ego of the patient because she was brittle and not stable. Later on we treated the feelings of inferiority. Afterwards she came to our institution once a week and was stable.

Now she comes to us every 3 months and has light symptoms of the post-traumatic syndrome.

*Dr. Valentina Pjeshkazini
Psychiatrist in ARCT
Rr: "Kont Urani" No 10
Tirana, Albania
Tel. 00355/42/426-30
Fax 00355/42/33491*

M. Meignant

L'avenir de la psychothérapie française passe per l'Europe*

La psychothérapie européenne moderne s'est fondée comme profession autonome à Strasbourg le 21 octobre 1990 lorsque 16 pays européens dont la France représentée par Michèle Tordjmann, ont signé la déclaration de Strasbourg

La psychothérapie en France peut être examinée à la lumière de l'exemple autrichien.

Avant 1990, en Autriche, ni la profession de psychologue, ni la profession de psychothérapeute n'étaient réglementées. Les médecins, dont certains psychiatres, tentaient de s'approprier la psychothérapie, sans pourtant avoir la formation nécessaire et suffisante.

Or, en Autriche, le ministère de la Santé est jumelé avec "les sports" et "la protection des consommateurs". Ce ministère s'intitule ministère de la Santé, des Sports et de la Protection des consommateurs. En effet, quand n'importe qui, y compris des psychiatres, des psychologues non formés s'autorisent d'eux-mêmes par auto-reconnaissance et autoproclamation à user du titre de psychothérapeute, ce sont, évidemment, les consommateurs qui sont abusés et lésés.

Il était donc logique que, dans un pays, où le ministère de la Santé et le ministère de la Protection des consommateurs coexistaient dans la même institution, cette grave anomalie soit prise en compte et résolue par une réglementation adéquate qui satisfasse à la fois les professionnels de la psychothérapie et protège le public.

Il est possible d'imaginer que, si cohabitaient en France les ministères des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville avec les services administratifs de la Concurrence et de la répression des fraudes, il en serait peut-être autrement aujourd'hui.

* Erschienen in: „ACTUA PSY – Le journal des psychothérapeutes” – Extraausgabe „Europa”. Der Autor Dr. Michel Meignant, Präsident des französischen „Syndicat National des Praticiens en Psychothérapie”, betrachtet darin die Entwicklung der Psychotherapie in Frankreich im Lichte der europäischen Entwicklung (Straßburger Deklaration von 1990) und führt u.a. die österreichische Gesetzgebung als beispielgebend an.

En effet, que voyons-nous en France: deux diplômes reconnus et protégés, le doctorat en médecine accompagné de la spécialisation de psychiatre d'une part, préparé en faculté de médecine et, d'autre part, le diplôme du DESS de psychopathologie clinique préparé en faculté de lettres.

Instituer la profession libre et autonome de psychothérapeute

Or, ni l'un, ni l'autre, comme l'a dit madame Elisabeth Hubert, député de la Loire-Atlantique, dans une question écrite à madame Veil, ministre de la Santé, ne prépare à l'exercice de la profession de psychothérapeute. Ces deux diplômes seront évidemment susceptibles de procurer un certain nombre d'équivalences, lorsqu'un diplôme de psychothérapeute sera créé.

La réponse est d'instituer la profession autonome et libre de psychothérapeute comme le stipule la déclaration de Strasbourg. C'est ce qu'ont fait les Autrichiens le 7 juin 1990, réglementant le même jour la profession de psychothérapeute et celle de psychologue.

Cela fut l'occasion d'un combat politique entre les conservateurs et les médecins d'une part, et les socialistes et les écologistes d'autre part. Ces derniers l'emportèrent et purent faire adopter par les députés autrichiens cette double réglementation.

Autriche: La "clause du génie" peut remplacer les diplômes

Les études sont organisées de la façon suivante: ce n'est qu'à partir de l'âge de 19 ans qu'il est possible d'entreprendre les deux années de propédeutique. Il se prépare en université d'Etat ou en institut privé. Pour être admis à ces études, il faut soit avoir le bac, soit des diplômes sociaux, soit encore, avoir ce que les Autrichiens appellent "la clause du génie" c'est-à-dire le don et la vocation. C'est une commission adéquate très vigilante et très sévère qui est seule habilitée à en décider.

Ce n'est qu'à l'âge de 24 ans que l'étudiant a ensuite la possibilité d'entreprendre la formation supérieure et spécialisée de psychothérapeute. Elle dure en moyenne de 5 à 8 ans. Elle est dispensée soit en université d'Etat et en institut privé, soit en totalité en instituts privés reconnus par une commission du ministère de la Santé composée de 39 membres. Cette commission étant seule susceptible d'admettre de nouvelles institutions de formation.

Aujourd'hui, l'Autriche compte, pour une population de 8 millions d'habitants, 3600 psychothérapeutes, 2000 étudiants en formation et a le projet de compter 9000 psychothérapeutes dans 15 ans.

Il est estimé que 5% de la population a besoin de soins psychothérapeutiques. Le ministère de la Santé donne 380 schillings de l'heure, soit 180 francs, pour une séance de psychothérapie.

Le consommateur peut consulter partout une liste des psychothérapeutes reconnus. Ceux-ci ont, évidemment, fait en plus de leur formation théorique, un travail sur eux-mêmes, et suivi un processus de supervision.

Ainsi, les médecins et les psychologues désireux de pratiquer la psychothérapie doivent compléter leurs études et surtout faire un travail sur eux-mêmes et ensuite une supervision. Tandis que des étudiants se forment directement à l'exercice de la profession de psychothérapeute sans être devenus médecins ou psychologues.

Du fait de la réglementation simultanée du métier de psychologue et de psychothérapeute, les consommateurs sont protégés et les professionnels aussi. Car nous savons tous qu'il est très dangereux pour le thérapeute lui-même, son entourage proche, d'exercer un tel métier sans être bien formé. Les professionnels mal formés sont en effet guettés par la dépression, les somatisations, ou d'autres pathologies. Nous en connaissons tous des cas. Il s'agit bien alors d'une maladie professionnelle contractée pour cause de formation et de supervision insuffisantes.

En France n'importe qui peut se déclarer psychothérapeute ou psychanalyste

Aujourd'hui, en France, chacun peut se déclarer, dans les pages jaunes de

l'annuaire des Telecom, psychothérapeute ou psychanalyste. Par ailleurs, des médecins s'autoproclament, dans le guide "officiel" des médecins Rosenwald, et s'y font inscrire, sur simple demande, dans les rubriques psychothérapeute ou psychanalyste.

De son côté, le Conseil national de l'Ordre des médecins, lors de sa session d'avril 1981, a décidé que la psychanalyse devait être limitée aux seuls psychiatres sous la forme psychiatrie-psychanalyse. Ils ont seuls le droit de se définir ainsi afin d'informer la clientèle, quand elle s'adresse à un médecin.

En Autriche, la psychanalyse est peu organisée et ne comporte pas, comme en France, des institutions spécifiques puissantes. En France, le titre de psychanalyste est en quelque sorte "protégé" par certaines institutions analytiques fort sérieuses et fort respectables. En revanche, la profession de psychanalyste est aussi revendiquée par des institutions qui ne sont que des officines de charlatans dont certains, déjà condamnés par les tribunaux, continuent, faute de réglementation, à faire des ravages. Il n'est pas évident pour le consommateur non averti de faire la différence entre un psychothérapeute bien formé et un charlatan.

Réglementer ou déréglementer?

Les avis divergent en France sur ce qu'il faut faire. Certains disent, au nom d'une certaine vision de la spécificité de l'exercice de la psychothérapie, surtout des psychanalystes, que cette profession ne saurait être définie, reconnue, réglementée en aucune manière. D'autres disant même qu'il faudrait "réglementer la déréglementation". Certains pensent aussi que cela risquerait de coûter trop cher à la Sécurité sociale toujours au bord de la faillite. Alors que les soins de psychothérapie sont peut-être les seuls capables de résoudre l'augmentation infinie des dépenses

de santé, puisque la médecine, trop souvent, ne s'occupe que du symptôme sans prendre en compte l'origine psychosomatique de la maladie. Les charlatans, les illuminés, guérisseurs et gourous de tout poil sont évidemment contre toute réglementation.

Ceux qui sont détenteurs de diplômes qui ne préparent pas à l'exercice de la psychothérapie, ne sont pas, semble-t-il, pressés de faire un réel travail sur eux-mêmes ni de nouvelles études. D'où leur opposition à une éventuelle réglementation. Pourtant, *la clause du grand-père* existera. Si cette dernière est aussi sévère que celle de psychologue, il faudra prouver 10 ans d'exercice professionnel de psychothérapeute ou de psychanalyste déclarés à sa caisse de retraite pour en bénéficier.

A propos, il apparaît que les caisses de retraite n'acceptent plus d'inscrire les nouvelles personnes qui s'installent psychothérapeute ou psychanalyste si elles ne sont pas détentrices de ces deux diplômes qui ne préparent pas à l'exercice de ces professions: doctorat en médecine ou DESS de psychopathologie clinique.

Les syndicats de psychothérapeutes se concertent pour partir en guerre contre cette contradiction, car chacun sait qu'il est obligatoire de s'affilier à une caisse de retraite.

Les caisses ne radient pas les anciens, car alors, elles devraient rembourser toutes les sommes que ces professionnels "non reconnus" ont déjà versées.

D'autre part, le principe des droits de l'homme, de l'égalité devant l'impôt, est bafoué, puisque les détenteurs de doctorat en médecine et de DESS de psychopathologie clinique sont seuls exemptés de TVA. Les consommateurs, qui ont recours à des professionnels bien formés mais pas détenteurs de ces deux diplômes, doivent acquitter des honoraires majorés de 18,60%.

Une bonne réglementation en Angleterre et en Autriche, une mauvaise en Italie

La réponse des autorités administratives et gouvernementales, face à cette inégalité, est de nous conseiller de mettre en place une réglementation. Pouvons-nous continuer à nous placer au ban de l'Europe, quand la profession de psychothérapeute est très correctement réglementée en Angleterre, en Autriche et dans d'autres pays européens. Le fait qu'elle soit très mal réglementée en Italie ou autres pays ne peut que nous mettre en garde.

Car il faut toujours craindre qu'à l'occasion d'une affaire médiatique ou autre, une réglementation soit concoctée à la va-vite, sans consultation équitable des professionnels concertés et imposée à tous au détriment des psychothérapeutes et des consommateurs. La profession de psychothérapeute mal réglementée serait, on le voit en Italie, pire qu'en l'absence de réglementation. Là-bas, de nombreux instituts de formation valables ont été obligés de fermer leur porte et des thérapeutes bien formés obligés de renoncer à leur pratique, ou d'entrer en clandestinité en se proclamant philosophe, par exemple.

L'EAP (Association européenne de psychothérapie) contribue activement à la défense de la profession.

En France, vient de se créer la Fédération française de psychothérapie. A l'image de l'UKCP anglais (United Kingdom Council for the Psychotherapy) et de l'association autrichienne de psychothérapie, elle va sans aucun doute contribuer à résoudre les contradictions de la situation actuelle.

Michel Meignant
Président du Syndicat National de
Praticiens en Psychothérapie
2 Bis. Rue Scheffer
F-75116 Paris, France
Tél. (1) 47 27 54 18

Veranstungskalender

7.-12. Juli 1995, Feldkirchen im Mühlviertel, OÖ

22. Selbsterfahrungs-Seminar: T-Gruppen

Auskunft: Majce-Egger und Mag. Schenk, Praxisgemeinschaft Gartengasse 19/1

A-1050 Wien

Tel. 0043/1/544 44 56

(Anrufbeantworter)

29. Juli-19. August 1995,

10.-12. November 1995, Hamburg Paartherapie bei sexuellen Problemen

Fortbildungskurs der Abteilung für Sexualforschung der Universität Hamburg für psychotherapeutisch erfahrene Dipl.-Psychologen/Innen, Sozialarbeiter/Innen und Ärzte/Innen. Das Curriculum umfaßt einen dreiwöchigen *Intensivkurs* (29. 7.-19. 8. 1995), einen katamnesticen *Workshop* (10.-12. 11. 1995) und eine einjährige, dezentral organisierte *Supervision* von am eigenen Arbeitsplatz durchgeführten Paartherapien

Auskunft: Sexualberatungsstelle der Abteilung für Sexualforschung Poppenhusenstraße 12

D-22305 Hamburg

Tel. 040/29842492

3.-4. September 1995, Hamburg Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen

Seminar mit James F. Masterson M.D., New York

Auskunft: Institut für Interdisziplinäre Kunsttherapie

Hasenhöhe 3

D-22587 Hamburg

Tel. 040/862230, Fax 040/862278

16.-22. September 1995, Badgastein

26. Internationales Seminar für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie

Thema: Trance und Imagination

Anmeldung: ÖGATAP,

Eduard Sueß-Gasse 22/10

A-1150 Wien

Tel. 0043/1/98 33 565

Fax 98 33 566

22.-24. September 1995, Graz I. Kongreß des Institutes für

Transaktionsanalytische Psychotherapie – ITAP

In Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für

Transaktionsanalyse – ÖGTA

Thema: Wege zum Wachstum

Auskunft: Geschäftsstelle des ITAP

Kapruner-Generatorstraße 22

A-8160 Weiz

Tel. + Fax 03172/41550

22.-24. September 1995, Holzöster/OÖ

Einführung in die analytische körperbezogene Psychotherapie

Gruppe 1: Selbsterfahrung in analytischer körperbezogener Psychotherapie (Dr. Carola Kaltenbach, Dr. Herwig Prorok)

Gruppe 2: Klinische Fallarbeit für Therapeuten und Therapeuten in Ausbildung (Dr. Christine Geißler, DDr. Peter Geißler)

Gruppe 3: Theorie und Praxis der analytischen körperbezogenen Psychotherapie (Dr. Otto Hofer-Moser, Dr. Karl Stoxreiter)

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Christine Geißler

Kölblgasse 5/8

A-1030 Wien

Tel. 0222/798 51 57

Fax 0222/798 515 73

4.-7. Oktober 1995, Berlin

Die Bedeutung von sexuellem Mißbrauch im Alltag.

Auswirkungen und Bewältigungsstrategien

Veranstaltet von der Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Zusammenarbeit mit der Berliner „Fachrunde gegen sexuellen Mißbrauch an Kindern“, Berlin

Auskunft: Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik; Studienzentrum Geschlechterverhältnisse in der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik; Frauenbeauftragte; Karl-Schrader-Straße 6

D-10781 Berlin

Tel. 030/21458-357/333

9.-13. Oktober 1995, Rust, Burgenland

16. Wiener Trainings-Seminar für Gruppenmethoden im ÖAGG „Freiraum durch Grenzen?“

Leitung: Manfred Kohlheimer, Dr. Ursula Margreiter,

Mag. Susanne Schulze

Auskunft: ÖAGG-Sekretariat

Lenagasse 3

A-1080 Wien

Tel. 0043/1/405 39 93

Fax 0043/1/405 39 93 20

14. Oktober 1995, Wien

„Supervisionsgruppe Psychosen-Psychotherapie“

Leitung: Dr. Renate Hutterer-Krisch (ÖVIP, ÖAGG)

Auskunft: Dr. Renate Hutterer-Krisch Kantnergasse 51

A-1210 Wien

Tel. 0043/1/290 14 79

19.-22. Oktober 1995, Graz Internationaler Kongreß: Klinische Psychotherapie – Psychiatrie

Organisation: Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Graz

Themenkreise: Psychotherapie ambulant – stationär; Psychotherapie bei den verschiedenen Krankheitsbildern; Evaluationsforschung; Psychotherapie und Psychopharmaka: Ergänzung oder Gegensatz; psychosomatische Konzepte in der Psychiatrie; psychiatrische Implikationen in der Psychosomatik; maschinelle Ergänzungen (Biofeedback etc.); Integration verschiedener therapeutischer Ansätze; Schulenübergreifende Prinzipien; Ausbildung und Supervision; Psychotherapie und Seelsorge; Aspekte der Finanzierung.

Auskunft: Univ.-Klinik für Psychiatrie c/o Dr. J. Taucher

Auenbruggerplatz 22

A-8036 Graz

Tel. +43/316/385/3634

Fax +43/316/385/3556

28. Oktober 1995, Zürich
**Gesellschaft ohne Seele –
Psychotherapie ohne Seele?**
Auskunft: IAP, Institut für
Angewandte Psychologie Zürich
Merkurstrasse 43, CH-8032 Zürich
Tel. 01-26833 33

**1.–5. November 1995, Feldkirchen
im Mühlviertel, OÖ**
4. Skill-Training
Auskunft: Majce-Egger und
Mag. Schenk, Praxisgemeinschaft
Gartengasse 19/1, A-1050 Wien
Tel. 0043/1/544 44 56
(Anrufbeantworter)

**4.–8. November 1995, Franking/
Salzburg**
**Beginn einer Ausbildung zum
Mediator in Familienkonflikten**
in Zusammenarbeit mit dem IMS
München
Leitung: Hannelore Diez und Joachim
Neufeldt
Auskunft: Gottfried Graf, SIMT –
Salzburger Institut für Mediation
und Trennungs-/Scheidungsberatung
Getreidegasse 16/IV, A-5020 Salzburg
Tel. 0043-662/84 22 05
Fax 0043-662/84 64 61

6.–9. November 1995, Wien
**Kommunikationstraining
(Ausbildungsseminar für
Gruppendynamiker und
Gruppentherapeuten)**
Zielgruppe: Ausbildungskandidaten
des ÖAGG, Personen die Gruppen oder
Teams beraten, sowie Gruppenleiter
im Wirtschafts- und Sozialbereich
Anmeldefrist bis 21. Oktober 1995
Auskunft: Praxisgemeinschaft
Rathausstraße 11/4, A-1010 Wien
Tel. 0043/1/408 11 55
Fax 0043/1/403 83 60

16.–18. November 1995, Wien
**Supervisions-Lehrseminar:
Systemische Super-Vision**
Leitung: Prof. Dr. Hannes Brandau,
Graz, und Dr. Peter Battistich
Auskunft und Anmeldung (bis 25. 10.
1995): Dr. P. Battistich
Rathausstraße 11, A-1010 Wien
Tel. 0043/1/408 11 55
Fax 0043/1/403 83 60

22.–26. November 1995, Wien
**Internationale
Psychotherapietagung der
Fachsektion für Integrative
Gestalttherapie des ÖAGG
(Österreichischer Arbeitskreis
für Gruppentherapie und
Gruppendynamik)**
Auskunft: Roland Bösel
Lange Gasse 43, A-1082 Wien
Tel. 0043/1/406 87 06

**8.–10. Dezember 1995, Raum
Salzburg**
**Anwendungsbereiche von
Mediation**
mit John M. Haynes, Ph.D.
Auskunft: Gottfried Graf, SIMT –
Salzburger Institut für Mediation
und Trennungs-/Scheidungsberatung
Getreidegasse 16/IV, A-5020 Salzburg
Tel. 0043-662/84 22 05
Fax 0043-662/84 64 61

18.–23. Februar 1996, Berlin
**11. Kongreß für Klinische
Psychologie und Psychotherapie**
Auskunft: DGVT-Geschäftsstelle –
Kongreß 1996

Postfach 1343, D-72003 Tübingen
Tel. 07071/43801
Fax 07071/45021

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. 07071/41211

10.–12. Mai 1996, Zürich
**Psychotherapie – Antworten auf
die neue Herausforderung**
Erster wissenschaftlicher Kongreß
der psychotherapeutischen
Ausbildungsinstitutionen und
Fachverbände (Charta)
Auskunft: Schweizer
Psychotherapeuten-Verband
Weinbergstrasse 31
CH-8006 Zürich
Tel. 0041/1/266 64 00
Fax 0041/1/262 29 96

