



Forum Österreich

- S 117 11 Jahre Ethik-Rubrik im Psychotherapie Forum – ein Überblick
S 119 10. Österreichischer Psychotherapieball



SCHWEIZER CHARTA
FÜR PSYCHOTHERAPIE

A S P V

Forum Schweiz/Suisse

- S 121 Editorial
NEUES AUS DEM SPV
S 123 Dörr, R.: Bericht aus dem Vorstand SPV
NOUVELLES DE L'ASP
S 124 Dörr, R.: Rapport du comité ASP
BERICHT AUS DER SCHWEIZER CHARTA FÜR
PSYCHOTHERAPIE
S 125 von Tessin, P.: Bericht aus der
Mitgliederversammlung vom
20. September 2003
S 126 Schulthess, P.: Zehn Jahre Schweizer Charta
für Psychotherapie

- S 130 Schulthess, P.: Psy-Gesetz in der
Ämterkonsultation – Verzögerung der
Vernehmlassung

NOUVELLES DE LA CHARTE SUISSE POUR
LA PSYCHOTHÉRAPIE

- S 130 von Tessin, P.: Rapport concernant l'assemblée
des membres du 20 septembre 2003
S 131 Schulthess, P.: Les dix ans de la Charte suisse
pour la psychothérapie
S 134 Schulthess, P.: La loi psy en consultation
auprès des départements – retard dans
la procédure globale

FORSCHUNG AKTUELL

- S 135 Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer
Therapie (EAST)
S 136 Jungianer und die Psychotherapieforschung:
die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie
(PAL)
S 141 Interview mit H. G. Petzold: Positionen zur
Psychotherapieforschung, Entwicklungen im
Feld, Schweizer Charta für Psychotherapie und
persönliche Standpunkte

RECHERCHE D'ACTUALITÉ

- S 145 Qualité des résultats obtenus par la thérapie
systémique ambulatoire (EAST)
S 147 Les analystes jungiens et la recherche en
psychothérapie – étude concernant la pratique
de la thérapie analytique à long terme

Fortsetzung umseitig

S 151 Entretien avec H. G. Petzold : Positions en matière de recherche en psychothérapie et de l'évolution de cette discipline ; points de vue en rapport avec la Charte suisse pour la psychothérapie et avis personnels

Psychotherapie International

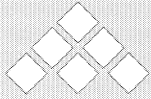
S 157 VERANSTALTUNGSKALENDER

Beiträge für das Supplement sind zu richten an:

Frau Eva Kutschera, ÖBVP, Löwengasse 3/5/6, A-1030 Wien, bzw. an Herrn Theodor Itten, Magnihalden 14, CH-9000 St. Gallen, bzw. an Frau Gisela Steinecke, Neben der Großen Metzgergasse 7, D-63739 Aschaffenburg

Anfragen an den jeweiligen nationalen Verband sind zu richten an:

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), Löwengasse 3/5/6, A-1030 Wien, Fax 0043/1/512 70 914, bzw. Schweizer Psychotherapeuten-Verband (SPV/ASP), Weinbergstrasse 31, CH-8006 Zürich, Fax 0041/1/262 29 96, Schweizer Charta für Psychotherapie, Engelstrasse 5, CH-9000 St. Gallen, Tel./Fax 0041/71/2800524, bzw. Schulen- und Berufsübergreifender Deutscher Dachverband für Psychotherapie e.V., DVP, Wielandstraße 10, D-60318 Frankfurt/M., Fax 0049/69/707 39 67



Ethik-Rubrik

Forum zur Diskussion berufsethischer Fragen

Ziel und Sinn dieser „Ethik-Rubrik“ sind der Erfahrungsaustausch und die Diskussion berufsethischer Fragen. Das Team der Ethik-Rubrik setzt sich zusammen aus *Dr. Michael Kierein, Dr. Renate Hutterer-Krisch, Dr. Gerhard Pawlowsky, Mag. iur. Sandra Skiczuk, Dr. Gerhard Stemberger, DSA Billie Rauscher-Gföhler*. Sie sind dazu eingeladen, Leserbriefe und Diskussionsbeiträge zu berufsethischen Fragen zu schreiben. Das Team der Ethik-Rubrik muss nicht mit den Inhalten und Stellungnahmen abgedruckter Leserbriefe und Diskussionsbeiträge übereinstimmen. Leserbriefe und Diskussionsbeiträge zu ethischen Fragen in der Psychotherapie bitte an:

Dr. Renate Hutterer-Krisch, Kantnergasse 51, A-1210 Wien.

11 Jahre Ethik-Rubrik im Psychotherapie Forum – ein Überblick*

Band 1

- Hoffmann, H., Schopper, J.: Ethische Gesichtspunkte des psychotherapeutischen Erstgespräches (anhand eines konkreten Beispiels). 248–252
- Krisch, R., Schopper, J.: Zur Verschwiegenheitspflicht bei Kindern und Jugendlichen. 133–134
- Krisch, R., Stemberger, G.: Entstehung und Charakter des Berufskodex. 54–55
- Psychotherapiebeirat: Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. 55–60
- Stemberger, G., Schopper, J.: Werbung und Praxisschild. 195–198

Band 2

- Hutterer-Krisch, R., Hoffmann, M.: Einige Überlegungen aus psychotherapeutischer Sicht [Berichterstattungsforderungen der Krankenkassen]. 215–219
- Krisch, R., Kierein, M.: Professionalisierung der Psychotherapie und Umgang mit Beschwerdefällen – Zwei Seiten der gleichen Medaille. 37–43
- Pokorny, M. R.: Wie ist mit Missbrauch durch Psychotherapeuten umzugehen? 117–119
- Scholz, P.: Erörterungen aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht [Berichterstattungsforderungen der Krankenkassen]. 219–222
- Schopper, J.: Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. 161–165

- Schopper, J.: Überlegungen aus psychotherapiegesetzlicher Sicht [Berichterstattungsforderungen der Krankenkassen]. 222–224

Band 3

- Perner, R. A.: Anmerkungen zur Forderung nach psychotherapeutischer Diagnostik. S83–S84
- Picker, H.: Leserbrief zu „Psychotherapie in Institutionen“ (Psychotherapie Forum 3 Suppl.: S24–S27, 1995). S84–S85
- von Heydewolff, A.: Positivismus für die Normseele. S174–S177
- Werdenich, W., Wagner, E.: Psychotherapie in Institutionen – Psychotherapie durch Institutionen. S24–S27
- Wladika, W.: Übergriff und Missbrauch in der fachspezifischen Psychotherapieausbildung: Zur Konkretisierung des Berufskodex für Psychotherapeuten/innen im Ausbildungsbereich. S127–S130

Band 4

- Amendt-Lyon, N., Korbei, L., Hutterer-Krisch, R., Pawlowsky, G., Rauscher-Gföhler, B., Wiesnagrotzki, S.: Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie und im Ausbildungsverhältnis. S117–S123
- Hutterer-Krisch, R.: Verlust der Vertrauenswürdigkeit als Folge schwerer Berufspflichtverletzungen: Vorgangsweise in Beschwerde- bzw. Verdachtsfällen. S70–S72
- Psychotherapiebeirat: Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. S169–S174
- Wimmer, A., Till, W.: Das Wiener Konzept einer Beschwerde- und Schlichtungsstelle. S18–S22

* Seit Band 3 erscheint die Ethik-Rubrik im Supplement des *Psychotherapie Forums*, dessen Seiten separat nummeriert und mit „S“ gekennzeichnet sind.

Band 5

- Blaschek, B.: Überlegungen zu Honorarfragen aus juristischer Sicht. S97–S100
 Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz: Supervisionsrichtlinie: Ergänzungen zur Praktikums-supervision im Rahmen des Propädeutikums und des Fachspezifikums. S100–S101
 Pawlowsky, G.: Transparenz in der Ausbildung zur Psychotherapie. S230–S233
 Sedlak, F.: Überlegungen zum emotionalen Missbrauch – ein Diskussionsbeitrag. S163–S166
 von Heydwohlf, A.: Gesundheitsdatenschutz im Internet. S233
 von Heydwohlf, A., Wenzel, Th.: Daten aus der Psychotherapie – auch bei uns bald eine Ware? S17–S25

Band 6

- Chiba, R.: Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. S114–S117
 Jansky-Denk, G.: Stand der Entwicklung und Realisation der Vorgaben zur Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Psychotherapie in Österreich. S70–S73
 Krefting, A., Ogris, M.-G.: Psychotherapeuten, Werbung und Öffentlichkeit. S162–S167
 Retzer, A.: Die Methode der Neutralität in der systemischen Psychotherapie. S5–S7

Band 7

- Erkinger, I.: Beschwerdestelle und Schlichtungskommission des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie. S135

- Lanske, P.: Informationspflicht und Verschwiegenheit. S5–S7
 Neubauer, C.: Berufsethisches Gremium des ÖBVP (BEG). S132–134
 Pözlbauer, C.: Berufsethisches Gremium des ÖBVP (BEG) – Beschwerdestellen in den Bundesländern. S51–S52
 Stemberger, G.: Einige Mindest-Standards für die Gestaltung und Handhabung von Ausbildungsverträgen. S87–S88

Band 8

- Bienenstein, S.: Psychotherapie und Internet: Beiträge zu einer Diskussion, die gerade begonnen hat. S130–S132
 Chiba, R.: Fragen zum Setting in der Kinder- und Jugendpsychotherapie – eine ethische Herausforderung. S4–S6
 Laireiter, A.-R.: Beschwerdestellen in den Bundesländern – Teil 2. S46–S49

Band 9

- Herzele-Humula, G.: Leserbrief zu Psychotherapie auf Krankenschein – Pro und Contra. S89
 Hutterer-Krisch, R.: Psychotherapie auf Krankenschein – Pro und Contra. S8–S9
 Hutterer-Krisch, R.: Narzisstischer Machtmissbrauch in der Psychotherapie: Das Bedürfnis des Psychotherapeuten nach Liebe und Anerkennung – Teil I. S9–S12
 Hutterer-Krisch, R.: Narzisstischer Machtmissbrauch in der Psychotherapie – Teil II. S48–S51
 Hutterer-Krisch, R.: Narzisstischer Machtmissbrauch in der Psychotherapie – Teil III. S123–S124

- Kerschbaumer, J.: Leserbrief zu Psychotherapie auf Krankenschein – Pro und Contra. S89–90

Band 10

- Anger, H., Lachmann, J.: Verschwiegenheitspflicht von PsychotherapeutInnen ungeklärt (?). S52–S54
 Aull, M.: Das Gut der Verschwiegenheitspflicht. S54–S55
 Görny, A.: Rechtliche Gesichtspunkte der Psychotherapie im Team und in der institutionellen Zusammenarbeit (Teil 1). S104–S110
 Perner, R. A.: Psychotherapie im Internet? S6–S8
 Skiczuk, S.: Ausgewählte rechtliche Implikationen internetgestützter psychotherapeutischer Tätigkeiten. S3–S6

Band 11

- Görny, A.: Rechtliche Gesichtspunkte der Psychotherapie im Team und in der institutionellen Zusammenarbeit (Teil 2). S8–S12
 Mennert-Püchler, F.: Der Stellenwert der Berufsethik für die Psychotherapeutische Praxis. S13–S14
 Scholze, M.: „Berufsethik – Umgang mit Macht und Ohnmacht“ – aus der Sicht einer Mitarbeiterin der Beschwerdestelle des WLP. S41–S43
 Stemberger, G.: Schriftliche Ausbildungsverträge in der Psychotherapie – nicht lästige Verpflichtung, sondern Chance. S73–S75

A S P V



SCHWEIZER CHARTA
FÜR PSYCHOTHERAPIE

FORUM SCHWEIZ / SUISSE

Editorial



Werte KollegInnen

Haben wir als PsychotherapeutInnen erst einmal unsere innere Unabhängigkeit von Lehrmeinungen, Schulendogmen, Glaubenssätzen usw. errungen, so gewinnen wir bald einmal die äussere und freuen uns darüber, diese Lebensform praktizieren zu können. „Schaut uns Mitglieder weiterhin gut“, sagt ein Berufskollege zu mir, als wir uns von einer Geburtstagsfeier eines gemeinsamen Freundes (auch SPV-Mitglied) verabschieden. „Da geben wir im Vorstand unser Bestes“, antworte ich ihm mit freudiger Courage.

Momentan sind es verschiedene Themen- und Aufgabenbereiche, in denen wir Vorstandsmitglieder unsere Verbandsanliegen wahrnehmen: das PsyGesetz, das neue Leitbild des SPV, die Regelung der Qualitätssicherung, die frische Verhandlung- und Gesprächskultur zwischen den PräsidentInnen der Verbände FSP, SBAP und SPV, die Neugestaltung des Verbandnachrichtenblattes *à jour*, und die wissenschaftliche Glaubwürdigkeit unseres freien Berufes.

Seit es unser Berufsfeld gibt, wird über die Seele und ihre Auswirkungen wagemutig geforscht. Früher waren es u.a. die Priesterärzte und Heilerinnen, die Philosophen und Seherinnen. In der Moderne die frühen Studien der psychotherapeutischen Pioniere, Freud, Jung, Andreas Salomé, Spielrein und viele andere mehr, über die komplexen Alltagsphänomene, Träume, Fehlleistungen, psychosomatischen Effekte und Affekte der Menschen in den vor allem westeuropäisch und nordamerikanisch geprägten Industriegesellschaften. Vergleichende ethnologische Studien aus psychoanalytischer Betrachtungsweise

wurden nicht nur von Roheim und Devereux geleistet, sondern auch von Zürchern wie den Parins und Morgentalers. Immer wieder war das Grundmotto „HeilerIn, heile dich selbst“ eine große Motivationshilfe zur Forschung.

Die Sprache der Seele, die im Volksmund sich zeigt, wo die Worte gewöhnlich nicht in der Sprechgewalt der Menschen sind, sondern der Mensch in der Gewalt der Worte (mit Gruß von Hofmannsthal), machte sich in der Psychoanalyse ein Gefäß, bringt sich in der Psychotherapie zum Klingen und zeigt in dieser Heilkunst immer wieder einen ganz anderen unergründbaren Weg aus der Tiefe der Kultur- und Zeitgeschichte, als wir zum Vornherein zu wissen glauben. Die moderne technische Sprache der neuen und jungen sozialwissenschaftlichen Disziplin der Psychologie hat sich von dieser seelischen Sprachverwurzelung zu lösen versucht. Die ForscherInnen in dieser jungen Wissenschaft wollten ihr eigenes wissenschaftliches Vokabular erstellen, weil sie versuchten aus dem Bannkreis des Sprichwortes „Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt“ herauszukommen. Dass sie sich im eigenen Sprachparadox selber gefangen halten, wollen die wenigsten PsychologInnen wahrhaben. Viele PsychotherapeutInnen haben darauf hingewiesen, dass, als die Psychologie ein universitäres wissenschaftliches Fach wurde, die Seele verloren wurde.

Die Erfahrung der Seele und ihre Äusserung im Verhalten des Menschen sind für uns die Grundlagen unserer Forschung, durch die wir unsere theoretischen Überlegungen überprüfen können.

Für uns praktisch tätige PsychotherapeutInnen ist die neue Heraus-

forderung wichtig, hier und jetzt zu forschen. Da können wir noch so elegant um Sprachkreationen wie „Evidenz-basierte Psychotherapie“ herumtanzen. Die Glocke der gesundheits- und wirtschaftspolitischen Wahrheit schlägt und teilt mit: Um weiter im öffentlichen Gesundheitssystem mitzuwirken und darin auch für unsere Leistungen von den Krankenkassen bezahlt zu werden (bald einmal, so hoffen wir weiter, aus der Grundversicherung), müssen wir sozialphänomenologische, empirische, und methodisch rigorose naturalistische Forschung betreiben, um unseren praktischen und theoretischen Wissensstand in der Diskussion mit den PolitikerInnen und den EntscheidungsträgerInnen der Krankenkassen erfolgreich einzubringen.

Was wollen, können, dürfen und müssen wir tun?

Was bietet Ihnen dieses Heft?

Nachdem Sie den interessanten Bericht aus dem SPV-Vorstand gelesen haben, stoßen Sie auf die spannende Mitteilung des Charta-Präsidenten Peter von Tessin, der Ihnen auch Einblick in die Jahresversammlung gewährt. Peter Schulthess' Nachdenken zum 10-jährigen Bestehen der Charta und seine kompetente Zusammenfassung der letzten Verhandlungsrunde zum PsyGesetz runden die Charta-Berichterstattung ab.

Neu lesen Sie einiges über die aktuelle Forschungszone in der schweizer Psychotherapie. Nach den Systemikern haben die JungianerInnen uns soeben vorgeführt, wie eine naturalistische Forschung gemacht werden kann. Zusammenfassende Ergebnisse lesen Sie unter der neuen Rubrik „Forschung Aktuell“.

Auch die Charta-Mitglieder zeigen starken Mut zur Forschung und machen Ernst mit der Ausarbeitung eines Forschungsprojektes, begleitet von ausgewiesenen Psychotherapie-Forschern wie den Professoren H.S. Grünwald (HAP-Zürich) und V. Tschuschke (Universität Köln), das, sollte es verwirklicht werden, in seiner europäischen Einmaligkeit ein Zeichen setzen wird. In einem E-Mail-Interview teilt Hilarion G. Petzold seine Forschersicht mit uns.

Kann die Seelenheilkunde so ihre Wirksamkeitsbeweise erbringen? Sicher, und zwar mit einer Ernsthaftigkeit, die uns das Lachen nicht verdirbt und die professionelle Identität und Weiterentwicklung kultiviert. Scheuen wir uns nicht, noch einmal hinzuschauen (re-flect), und respektieren wir unsere inneren und äußeren, unabhängigen psychotherapeutischen Fähigkeiten

Euch allen wünsche ich einen guten Jahreswechsel und viel Freude am und im Kommenden.

Theodor Itten

était autrefois pratiqué, entre autres, par des prêtres et des guérisseurs, par des philosophes et par des visionnaires. Concernant la période moderne, il faut penser aux travaux de recherche entrepris par des pionniers de la psychothérapie comme Freud, Jung, Andreas Salomé, Spielrein et beaucoup d'autres; tous se sont intéressés aux phénomènes complexes du quotidien, aux rêves, aux actes manqués, aux phénomènes psychosomatiques et aux affects accompagnant la vie des êtres membres surtout de la culture occidentale (Europe de l'Ouest et Amérique du Nord). Par ailleurs, des chercheurs comme Roheim et Devereux, mais aussi des analystes zurichois comme Parin et Morgentaler ont publié des ouvrages d'ethnopsychanalyse, dans lesquels ils comparent les différentes cultures. La devise fut toujours: « guérisseur, guéris-toi toi-même » – ce qui les a beaucoup motivés à pratiquer la recherche.

Le langage de la psyché se fait entendre dans la langue populaire, là où les êtres ne contrôlent pas les mots mais sont contrôlés par eux (selon Hofmannsthal). Il a aussi trouvé un espace dans la psychanalyse, il résonne dans la séance psychothérapeutique, y manifestant toujours un potentiel infini issu des profondeurs de la culture et de l'histoire. Ceci avec une puissance constamment supérieure à ce à quoi nous attendons. Le langage technique et moderne de la psychologie, une discipline relativement neuve, a tenté de se libérer de ces origines. Les chercheurs pratiquant cette nouvelle science sociale ont voulu élaborer leur propre vocabulaire scientifique pour échapper aux limites posées par la langue courante. Seule une minorité de psychologues a compris que, ce faisant, ils sont prisonniers d'un paradoxe qu'ils ont eux-mêmes créé. Comme l'ont souligné de nombreux psychothérapeutes, au moment où la psychologie est devenue une discipline scientifique et académique, elle a éliminé l'âme de sa démarche. Or, pour nous ce sont le vécu de l'âme et son expression dans les comportements humains qui doivent servir de fondement à une démarche de recherche qui nous permettra de vérifier nos théories.

Un défi important est posé aux praticiens de la psychothérapie: faire de la recherche dans un « ici et main-

Editorial

Chers / chères collègues

Une fois qu'en tant que psychothérapeutes nous nous sommes libérés intérieurement de toute doctrine, de tout dogme, article de foi etc., nous nous sentons vraiment libres à l'extérieur et prenons plaisir à vivre notre profession sous cette forme. « Continuez à bien vous occuper de nos membres » me dit un collègue après que nous avons fêté l'anniversaire d'un ami commun (lui aussi membre ASP). Je lui réponds avec un certain panache: « les membres du comité donnent le meilleur d'eux-mêmes ».

En ce moment, le comité travaille sur plusieurs thèmes et tâches: la loi psy, la nouvelle image directrice de l'ASP, la réglementation de la gestion de qualité, le nouveau type de négociations et de communication qui s'est établi entre les présidents des différentes associations (FSP, SBAP, ASP), l'élaboration d'un nouveau format pour le bulletin de l'ASP (*à jour*) et la préparation d'arguments convaincants concernant la crédibilité scientifique de notre profession libérale.

Des études de l'âme et de ses impacts ont été audacieusement menées depuis que notre métier existe. Il

tenant ». Nous pouvons bien sûr nous dérober élégamment en inventant un vocabulaire compliqué, mais cela n'empêchera pas la réalité du système de santé et de l'économie de nous rappeler à l'ordre. Si nous voulons demeurer des acteurs de la santé publique et fournir des prestations qui seront remboursées par les caisses (bientôt, nous l'espérons, dans le cadre de l'assurance de base), il faut que nous pratiquions une recherche de type naturaliste, tenant compte des phénomènes sociaux et rigoureuse du point de vue méthodologique et empirique. Ce n'est que par ce biais que nous réussissons à faire admettre nos connaissances pratiques et théoriques dans le débat avec les politiques et les décideurs des assurances.

Que voulons-nous, que pouvons-nous, que devons-nous faire ? Où sont les limites ?

Ce que vous offre le présent numéro

Il contient d'abord un intéressant rapport sur les activités du comité ASP, suivi d'un article du président de la Charte, Peter von Tessin, concernant l'assemblée des membres de cette dernière. Peter Schulthess revient ensuite sur les dix ans d'existence de la Charte et résume avec une grande compétence les dernières négociations en rapport avec la loi psy, complétant ainsi la série de rapports issus de la Charte.

Puis nous vous présentons – c'est une nouveauté – des articles concernant la recherche en psychothérapie entreprise en Suisse. Après les thérapeutes systémiques, ce sont les Jungiens qui nous fournissent un exemple de recherche naturaliste. Une synthèse des résultats se trouve à la rubrique « nouvelles de la recherche ».

Les membres de la Charte s'attaquent eux aussi avec un grand courage à la recherche. Ils sont en train d'élaborer un projet qui sera accompagné par les professeurs H. S. Grünwald (HAP-Zurich) et V. Tschuschke (Université de Cologne). S'il est vraiment réalisé, il constituera une démarche unique en Europe et servira de référence. Hilarion G. Petzold nous a donné une interview par courrier électronique, dans laquelle il expose son point de vue de chercheur.

Ces démarches vont-elles permettre à la psychothérapie de fournir une preuve de son utilité ? Nous en sommes certains. De plus, elles sont entreprises avec un sérieux n'excluant pas que nous gardions notre sens de l'humour et nous permettent de continuer à cultiver et à développer notre identité professionnelle. N'hésitons pas à remettre les choses en question

(re-reflect), tout en respectant nos capacités à nous libérer, intérieurement et dans notre métier.

Je souhaite à tous nos lecteurs un bon passage vers l'année nouvelle et beaucoup de plaisir à participer à tout ce qui va venir.

Theodor Itten

Neues aus dem SPV

Bericht aus dem Vorstand SPV

Während ich diesen Text schreibe, ist es Mitte Oktober 2003. Wenn Sie ihn lesen, wird es wahrscheinlich Januar 2004 sein, und viele der Informationen sind dann zumindest für unsere schweizer LeserInnen bereits wieder nicht besonders neu. Dies ist eine Schwierigkeit, die aus den langen Vorlaufzeiten in der Supplement-Produktion resultiert. Ich berichte Ihnen also, was im Herbst 2003 im SPV-Vorstand aktuell war.

Wir haben einige Reformen im Verband eingeleitet. An seiner Sitzung im September hat der Vorstand ein revidiertes Spesenreglement beschlossen. Neben Präzisierungen bei einigen Punkten und der Regelung bisher nicht erfasster Fragen besteht die hauptsächlichliche Neuerung in einer Plafonierung der Arbeitsentschädigung für die Vorstandsmitglieder. Wir arbeiten an der Weiterentwicklung der Standesregeln und des Standesverfahren und planen, der Mitgliederversammlung im März 2004 Veränderungsvorschläge vorzulegen.

Weiter befassen sich Arbeitsgruppen mit den Themen Qualitätsmanagement und -sicherung in der Psychotherapie und mit einem neuen Leitbild für den SPV.

Beide Gruppen werden an der Mitgliederversammlung im nächsten März erste Ergebnisse vorstellen. Die Arbeitsgruppe QM/QS hat einen Reglementsentwurf erarbeitet, der zunächst im Dezember der Delegiertenkonferenz vorgelegt und diskutiert werden wird. Die Arbeitsgruppe Leitbild wird ebenfalls erste Ergebnisse vorlegen, die dann weiter im Verband

diskutiert werden und die auch auf die Veränderungen für den Verband durch das geplante Psychologieberufegesetz eingehen sollen.

Zu einem historischen Runden Tisch trafen sich in Bern die PräsidentInnen Dr. med. Heiner Lachenmeier, FMPP (Schweizer Dachverband der psychiatrischen Fachgesellschaften), Dr. med. Hans Kurt, SGP (Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie), Dr. med. Patrick Haemmerle, SKJPP (Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie), Roland Stähli, FSP (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen), Heidi Aeschlimann, SBAP (Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie) und ich als Präsident des SPV. Von unserem Verband nahm weiterhin Thomas Merki, Vorstandsmitglied, an diesem Treffen teil, einige weitere KollegInnen aus den anderen aufgeführten Verbänden waren ebenfalls beteiligt. An diesem Treffen wurde über Möglichkeiten der Zusammenarbeit gesprochen und es wurden Informationen ausgetauscht. Das erste Resultat dieser Zusammenarbeit war eine gemeinsame Medienmitteilung, „Psychisch Invalide – die neuen Prügelknaben der Nation?“, die auf der Webseite des SPV abgerufen werden kann. Der Termin für ein weiteres Treffen ist beschlossen.

An einem von mir angeregten Treffen mit VertreterInnen des SBAP, der Charta und der Hochschule für Angewandte Psychologie Zürich (HAP) entstand die Idee einer Tagung zum Thema „Wissenschaftlichkeitsbegriff

in der Psychotherapie". Der Hintergrund: Im Rahmen des Psychologieberufegesetzes wird es in einem nächsten Schritt unter anderem auch um Fragen der Akkreditierung von Weiterbildungsprogrammen gehen. Frau Prof. U. Ehlert, Zürich, hatte letztes Jahr von der FSP den Auftrag erhalten, eine Stellungnahme und Empfehlungen zu Kriterien der Wissenschaftlichkeit von Curricula für die postgraduale psychotherapeutische Weiterbildung zu erstellen. Dieses Papier hat sowohl FSP intern als auch außerhalb zu vielen Diskussionen geführt. Daraufhin hatte der SBAP beschlossen, Herrn Prof. Jürgen Kriz den Auftrag zu erteilen, seinerseits ein Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie zu erstellen. Dieses Gutachten liegt inzwischen ebenfalls vor und stieß auf große Resonanz.

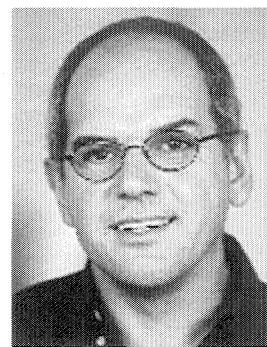
Veranstalter der Tagung werden voraussichtlich SPV, SBAP, SGP und

SKJPP mit Beteiligung der FSP sein, die inhaltlichen Inputs sollen beim derzeitigen Stand der Diskussion von den Universitäten, der HAP und der Charta kommen. Die Tagung wird am 3. Juli 2004 stattfinden. Derzeit haben wir bereits die Zusagen von Frau Ehlert und Herrn Kriz, dass sie teilnehmen werden, weitere ReferentInnen sind angefragt und sehr interessiert. Wir hoffen, an dieser Tagung der Diskussion um den Wissenschaftlichkeitsbegriff in der Psychotherapie und um die Frage der Methodenvielfalt entscheidende Impulse geben zu können.

An einem weiteren Treffen der PräsidentInnen von FSP, SBAP und SPV wurde auch die Frage der Zukunft der Plattform SPV-FSP besprochen. Sie erinnern sich: In dieser Struktur trafen sich in den vergangenen Jahren VertreterInnen der Vorstände von SPV und FSP um aktuelle Fragestellungen aus dem Bereich der Psychotherapie

zu besprechen und Informationen auszutauschen.

Die anwesenden PräsidentInnen kamen zum Ergebnis, dass den derzeitigen vielfältigen, direkten, offenen und themenorientierten Kontakten zwischen den Verbänden der Vorzug vor einer stark formalisierten Struktur, wie sie die Plattform darstellte, zu geben sei.



Raimund Dörr, Präsident SPV

Nouvelles de l'ASP

Rapport du comité ASP

Au moment où je rédige ce texte nous sommes à la mi-octobre 2003. Vous le lirez probablement en janvier prochain et nombre d'informations ne seront plus très actuelles, du moins pour nos lecteurs suisses. Ce problème est dû à la longue durée de production du Supplément. Je vous indique donc ce qui, pour le comité ASP, était d'actualité à l'automne 2003.

Nous avons mis en chantier quelques réformes au sein de l'association. Lors de sa séance de septembre, le comité a approuvé un nouveau règlement de remboursement des frais. En plus de préciser certains points et de régler quelques questions qui ne l'avaient pas été jusqu'à maintenant, le texte révisé contient surtout une nouveauté: le plafonnement des indemnités touchées par les membres du comité. Par ailleurs, nous continuons à travailler sur les règles et procédures de déontologie et prévoyons de présenter des propositions de modification à l'assemblée générale de mars 2004.

Les commissions pertinentes continuent à traiter des thèmes de la gestion et de la garantie de la qualité en psychothérapie, ainsi que de l'élaboration d'une nouvelle image directrice pour l'ASP.

Les deux groupes de travail présenteront les premiers résultats de leur travail lors de l'AG de mars prochain. Le groupe QM/QS a élaboré un projet de règlement qui doit d'abord être présenté et débattu par la conférence des délégués de décembre. Le groupe 'image directrice' y présentera également des premiers résultats qui seront ensuite débattus dans le cadre de l'ensemble de l'association; il est prévu d'y inclure les modifications rendues indispensables par la nouvelle loi sur les professions psychologiques.

Une table ronde historique a réuni à Berne les présidents de divers groupements: le docteur Heiner Lachenmeier, FMPP (union faïtière des sociétés regroupant les psychiatres suisses), le docteur Hans Kurt, SSP (Société suisse de psychiatrie et de psychothé-

rapie), le docteur Patrick Haemmerle, SKJPP (la société regroupant les psychiatres et psychothérapeutes pour enfants et adolescents), Roland Stähli, FSP (Fédération suisse des psychologues), Heidi Aeschlimann, SBAP (Schweizerischen Berufsverband für Angewandte Psychologie) et le sous-signé, président de l'ASP. Notre association était aussi représentée par Thomas Merki, membre du comité; quelques collègues membres des groupements susmentionnés ont également participé à la réunion. Nous avons discuté de collaborations potentielles et avons échangé des informations. Le premier résultat de notre démarche a été la rédaction d'un communiqué de presse commun, intitulé « Les invalides psychiques – les nouveaux souffre-douleurs de la nation ? ». Il peut être téléchargé à partir du site Internet de l'ASP. Nous avons déjà fixé la date d'une prochaine rencontre.

J'avais d'autre part organisé une réunion avec des représentants du SBAP, de la Charte et de la Hochschule für Angewandte Psychologie Zürich (HAB). L'idée y est née d'une rencon-

tre sur le thème de la conception de la science en psychothérapie. En effet, une prochaine étape de préparation de la loi sur les professions psychologiques va devoir inclure des questions relatives à l'accréditation des programmes de formation postgrade. La FSP avait chargé l'an dernier la professeur U. Ehlert (Zurich) de rédiger une prise de position et des recommandations concernant les critères qui définiraient le caractère scientifique des curriculums de formation à ce niveau. Son texte a provoqué de nombreux débats, au sein de la FSP comme à l'extérieur. Le SBAP a alors décidé de mandater le professeur Jürgen Kriz pour rédiger une expertise sur le même thème. Celle-ci est maintenant

publiée et elle a rencontré un écho considérable.

Les organisateurs de la rencontre seront sans doute l'ASP, le SBAP, la SSP et la SKJPP, avec participation de la FSP. Des propositions concernant son contenu doivent provenir – en l'état actuel – des universités, du HAP et de la Charte. Sa date a été fixée au 3 juillet. Madame Ehlert et monsieur Kriz se sont déjà engagés à être présents; nous avons aussi demandé à d'autres contributeurs de participer. Nous espérons que cette rencontre permettra de donner des impulsions scientifiques au débat sur le caractère scientifique de la psychothérapie et sur la question de la diversité de ses méthodes.

Les présidents de la FSP, du SBAP et de l'ASP se sont également rencontrés pour discuter de l'avenir de la plateforme ASP-FSP. Rappelons qu'au cours des dernières années, celle-ci a permis à des représentants des comités ASP et FSP de débattre de questions actuelles et d'échanger des informations.

Les participants à cette réunion ont décidé que la plate-forme constituant une structure relativement formelle, il est préférable de lui substituer les contacts directs et très ouverts déjà mis en place, puisque ceux-ci permettent bien de traiter de thèmes très divers.

Raimund Dörr, Président ASP

Bericht aus der Schweizer Charta für Psychotherapie

Bericht aus der Mitgliederversammlung vom 20. September 2003

Dies vorweg: Ich habe mich entschlossen, mein Präsidialamt auf die Mitgliederversammlung vom Januar 2004 niederzulegen.

Diese Ankündigung gilt gleichzeitig als Aufruf an interessierte Persönlichkeiten (weibliche bevorzugt), sich für einen Vorstandssitz zu bewerben. Gefragt ist eine Person, die fähig ist und der es Spaß macht, den Auftritt der Charta gegenüber außen zu gestalten, mit Flair für PR und für die Pflege von Kontakten.

Im Januar 2004 werde ich 6 Jahre als Charta-Präsident hinter mir haben, in denen es dem Vorstand gelungen ist, einen funktionierenden Verein mit sehr heterogenen Mitgliedschaften und umfangreichen Aktivitäten aufzubauen.

Letzte Tat in diesem Geschehen ist die Reform der Charta-Strukturen, die von der Mitgliederversammlung gutgeheißen worden ist. Mit den neuen Strukturen soll der Verein effizienter und transparenter geführt werden können.

Eine solche Reform hat sich nach 11 Jahren Charta-Prozess und 5 Jahren Verein aufgezwungen, nachdem die Verbandsarbeit immer wieder unter

unklaren Kompetenzen, fehlerhaften Informationsabläufen und widersprüchlichen Strukturen gelitten hat. In einer umfangreichen Revision der Statuten wurden diese Veränderungen auch vereinsrechtlich verankert.

Parallel dazu wurde ein Charta-interner Denkprozess in Gang gesetzt, in dem auch die Inhalte und die Ziele der Charta diskutiert und die unterschiedlichen Tendenzen bearbeitet werden sollen. Eröffnet wurde dieser Prozess durch eine so genannte Basiskonferenz am 21. Juni 2003, die den Charta-Mitgliedern Gelegenheit geboten hatte, Übereinstimmungen und Differenzen in der Beurteilung des Geschehens in der Charta aufzudecken und auszutauschen. Ein Ergebnisbericht zur Basiskonferenz wurde an der letzten Mitgliederversammlung positiv zur Kenntnis genommen. Die darin vorgeschlagenen kontroversen Themenbereichen sollen nun in Projektform mittels einer sorgfältig erstellten Projektorganisation angegangen werden. Die Themen, die in relevant zusammengesetzten Arbeitsgruppen bearbeitet werden sollen, sind der Zielkonflikt zwischen dem bestehenden Integrali-

tätsanspruch an die Ausbildungen und vorgebrachten Flexibilisierungswünschen; ferner der Wunsch der regionalen Berufsverbände, auch PsychotherapeutInnen mit andern Fachtiteln aufnehmen zu können; die Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit; die Entwicklung einer neuen Lösung betreffend der Standesregelungen und Standeskommissionen sowie die Organisation der Ethikanliegen in der Charta.

Der bestehenden Vorbereitungsgruppe der Basiskonferenz, die auch den Bericht zur Konferenz erstellt hatte, wurde nach eingehender Diskussion der Auftrag erteilt, einen abstimmungsreifen Projektbeschrieb auf die nächste Mitgliederversammlung im Januar 04 zu erstellen. Sollte das Projekt dann gutgeheißen werden, muss mit einer Bearbeitungszeit von maximal einem Jahr gerechnet werden. Die entwickelten Resultate würden somit im Januar 05 der Mitgliederversammlung zur Genehmigung unterbreitet.

Eine wahrlich historische Gelegenheit hat sich für die Charta betreffend Forschung aufgetan. Der Charta wird von zwei Psychotherapieforschern (Prof. Tschuschke von der Universität Köln und Prof. Grünwald von der Hochschule für Angewandte Psychologie in Zürich) angeboten, ein alle Schulen umfassendes Forschungsprojekt im

Stil eines naturalistischen Praxisdesigns zu entwickeln. Damit könnte den daran beteiligten Chartamitgliedsinstitutionen der noch zu leistende Nachweis der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit ihrer Psychotherapiemethode gelingen. Der Wissenschaftsausschuss erhielt von der Versammlung den Auftrag, auch hierzu eine Projektbeschreibung vorzubereiten und zur Diskussion und Abstimmung vorzulegen.

Schließlich konnte noch ein Rückblick gemacht werden auf eine gelungene Fachtagung über Neuropsychologie und Psychotherapie mit Professor G. Roth und anderen namhaften ReferentInnen, um die sich der Fortbildungsausschuss verdient gemacht hat. Die Tagung hat in der Fachwelt eine sehr gute Resonanz gefunden.

Zum Schluss noch einige Worte zu meiner Demission.

Mir ist bewusst, dass ich die Charta in einer berufspolitischen und auch vereinsinternen schwierigen Lage

verlasse. Ich kann mir dies aber erlauben, weil sich Peter Schulthess, bisher Vizepräsident, als außerordentlich kompetenter Nachfolger zur Verfügung stellen wird. Mir war und ist es ein Anliegen, dass die Charta in Bewegung bleibt und sich nicht damit begnügt, ein Regelwerk zu sein. Deshalb habe ich die verschiedenen Aktivitäten in den Ausschüssen und Kommissionen immer sehr geschätzt, und ich möchte hier den FunktionsträgerInnen für ihr großes Engagement herzlich danken. Um der Zukunftschancen der Charta willen dürfen aber auch die Charta-Inhalte, also ihre Bestimmungen und ihre Ziele, nicht unantastbar sein, vielmehr müssen sie immer wieder hinterfragt werden. Gerade die innovativen Prozesse der Charta würden mich weiter interessieren und hätten mich auch motivieren können, im Amt zu bleiben. Ich musste aber auch feststellen, dass sich in letzter Zeit der Schwerpunkt meiner persönlichen Interessen in Berei-

che außerhalb der psychotherapeutischen Berufspolitik und Verbandsarbeit verschoben hat und ich somit nicht mehr mit dem nötigen Eifer für die Charta zur Verfügung stehen könnte. Ich musste erkennen, dass die Charta eine Führung braucht, die einen vollen Einsatz zu leisten imstande ist. Zeit also, den Platz zu räumen und frei zu machen für einen Nachfolger, der mit viel Herzblut und Engagement an die Arbeit gehen wird.

Mir bleibt, für das geschenkte Vertrauen zu danken.



Peter von Tessin

Zehn Jahre Schweizer Charta für Psychotherapie

Mit einem feierlichen Akt ist am 10. März 1993 in Zürich die Schweizer Charta für Psychotherapie unterzeichnet worden. – Grund genug, anlässlich des 10-jährigen Jubiläums etwas auf die Geschichte der Charta zurückzuschauen und auch einen Blick auf die Zukunftsperspektiven zu werfen.

Ein Blick zurück

Die Unterzeichnung der Charta für Psychotherapie darf als Meilenstein in der Geschichte der Psychotherapie bezeichnet werden. Erstmals gelang es – unseres Wissens weltweit –, dass sich die führenden Richtungen der Psychotherapie auf gemeinsame Ausbildungsminimalstandards einigen konnten und so eine Basis fanden, auf welcher sie bereit waren, sich gegenseitig als gleichwertig ausgebildete PsychotherapeutInnen anzuerkennen. Bei aller Vorliebe zur eigenen Richtung konnte so doch ein wichtiger richtungsübergreifender Schlußschluss gemacht werden, welcher

verhalf, den Schulstreit zwischen den Richtungen in berufs- und ausbildungspolitischen Fragen zu überwinden und gemeinsam für eine Psychotherapie einzutreten, welche die Methodenvielfalt als Wert betont.

Vorausgegangen waren intensive Sitzungen im Rahmen einer zu diesem Zwecke von Exponenten des Schweizer Psychotherapeutenverbandes (SPV) einberufenen „Konferenz der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitutionen der Schweiz“. AusbilderInnen der verschiedenen Richtungen setzten sich in Arbeitsgruppen zusammen, um am Text der Charta mitzuarbeiten.

Der Charta-Text beantwortet primär zwei Grundfragen zur Psychotherapie.

a) Wie fassen die unterzeichneten Institutionen den Begriff der Psychotherapie, sodass die verschiedensten Therapierichtungen darin ihr Selbstverständnis wieder erkennen können?

b) Welche Elemente und Inhalte müssen Ausbildungsgänge minimal

enthalten, damit sie den Anforderungen einer integralen psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung entsprechen?

Gegen innen sollte damit erreicht werden, dass alle Therapierichtungen voneinander wissen, dass sie sich mit denselben Fragestellungen ähnlich intensiv auseinandersetzen, was die Basis dafür abgibt, dass man sich als gleichwertig ausgebildet anerkennen konnte. Gegen außen wollte man so der Öffentlichkeit gegenüber repräsentativ klären, wie die Ausbildung in Psychotherapie in richtungsübergreifend anerkennungsfähiger Weise geregelt werden könnte, ohne dass die Autonomie der Weiterbildungsinstitutionen in unerträglichem Maße eingeschränkt werden müsste.

27 Weiterbildungsinstitutionen, Fach- und Berufsverbände figurierten unter den Erstunterzeichnern.

Heute figurieren 24 Weiterbildungsinstitutionen, 1 Schweizer Fachverband, 5 regionale Berufsverbände und 1 Schweizer Berufsverband (SPV) unter den Mitgliedern der Charta.

Sie alle unterstützen die Zielsetzungen der Charta und arbeiten an ihrer Weiterentwicklung mit.

Bis 1998 war die Charta als „Ausbildungskommission“ administrativ

innerhalb des Schweizer Psychotherapeutenverbandes organisiert, in inhaltlicher Hinsicht aber stets selbstständig. Im Januar 1998 konstituierte sie sich als selbständiger Verein, nicht zuletzt in der Hoffnung, sich damit von den berufspolitischen Trennungslinien zwischen SPV, FSP und Ärzteorganisationen lösen zu können und so besser Brücken zu allen Organisationen bauen zu können, welche sich mit den Fragen der Weiterbildung, Fortbildung, Ethik sowie der wissenschaftlichen Fundierung und Forschung in der Psychotherapie beschäftigen. Die Charta postuliert ein Verständnis von Psychotherapie, welches gleiche Normen an die Weiterbildung, die Wissenschaft und die Ethik stellt, egal ob die Psychotherapie von ÄrztInnen, PsychologInnen oder Personen mit anderen Grundausbildungen durchgeführt wird, und setzt deshalb bei allen Berufsgruppen dieselben Maßstäbe an eine psychotherapeutische Weiterbildung.

Selbstverständlich setzt die Weiterbildung in Psychotherapie ein bestimmtes psychotherapie-relevantes Grundlagenwissen aus den verschiedenen Disziplinen der Psychologie, der Medizin, der Philosophie, der Sozialwissenschaften und der Kulturwissenschaften voraus. Um dieses Grundlagenwissen sicherzustellen, hat die Charta ein „Ergänzungsstudium Psychotherapiewissenschaften“ geschaffen, welches hervorragend auf die Weiterbildung in Psychotherapie vorbereitet. Die akademische Vorbildung aller WeiterbildungsteilnehmerInnen der Charta-Institutionen wird darauf hin überprüft, ob die entsprechenden Wissensteile erworben wurden. Fehlende Teile sind nachzuholen, sei es im von der Charta angebotenen Ergänzungsstudium oder an einer Hochschule.

Die Charta für Psychotherapie hatte internationale Ausstrahlung. Sie wurde in umliegenden Ländern als Vorbild genommen und beeinflusste maßgeblich die so genannte Straßburger Deklaration zu Psychotherapie und den Europäischen Verband der PsychotherapeutInnen (EAP). An den drei ersten Weltkongressen zur Psychotherapie in Wien, organisiert vom World Council for Psychotherapy, wurde die Arbeit der Charta vorgestellt und diskutiert.

Entwicklungen seit der Gründung

In den 10 Jahren seit Unterzeichnung der Charta hat sie verschiedene Aktivitäten entwickelt.

Ethik. Es wurden ethische Richtlinien formuliert, welche für alle Charta-Institutionen verbindlich sind. Die Richtlinien setzen Standards, welche in die ethischen Richtlinien der Mitgliedorganisationen aufgenommen werden müssen. Diese sind verpflichtet, eigene Beschwerdeinstanzen einzurichten und Personen oder Instanzen zu bezeichnen, an die sich einzelne AusbildungsteilnehmerInnen oder PatientInnen wenden können. Den Einzelfall beurteilt nicht die Ethikkommission der Charta. Diese ist nur dann Beschwerdeinstanz, wenn eine Mitgliedorganisation ihre Aufgaben zur Behandlung einer Beschwerde allenfalls nicht wahrnehmen sollte. Im Übrigen hat die Ethikkommission die Aufgabe, das Thema der ethischen Aspekte in der Psychotherapie und der Ausbildung an verschiedenen Orten immer wieder einzubringen, zu Reflexionen derselben anzuregen und darüber einen Diskurs in Gang zu halten.

Ergänzungsstudium. Das zweijährige berufsbegleitende Ergänzungsstudium wird bereits zum fünften Mal in einem Zyklus von zwei Jahren durchgeführt. Im Hinblick auf das in Erarbeitung befindliche Psychologieberufegesetz laufen Bestrebungen, es künftig in Anbindung an eine Hochschule anzubieten, damit es zu einem Master-Abschluss in Psychologie führen kann. So kann gewährleistet bleiben, dass auch Personen mit anderer Grundausbildung als Psychologie oder Medizin weiterhin mit vertretbarem Aufwand Zugang zur Weiterbildung in Psychotherapie finden.

Fortbildung. Fachtagungen von richtungsübergreifendem Interesse werden vom Fortbildungsausschuss periodisch durchgeführt und finden guten Anklang bei den Einzelmitgliedern der Chartainstitutionen. Darüber hinaus werden auch Fortbildungsveranstaltungen der Mitgliedinstitutionen der Charta, welche sich auch für TeilnehmerInnen anderer psychotherapeutischer Richtungen eignen, auf dem Internet publiziert und im *Psychotherapie Forum* Supple-

ment angekündigt, welches als Mitgliedzeitschrift kurz nach Gründung der Charta zusammen mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), dem Schweizer Psychotherapeutenverband (SPV) und später auch mit dem Deutschen Fachverband für Psychotherapie (DVP) geschaffen worden war.

Wissenschaftskolloquien. Seit mehreren Jahren finden regelmäßig Wissenschaftskolloquien statt. Die Chartainstitutionen sind verpflichtet mit Delegierten daran teilzunehmen und sich so laufend dem richtungsübergreifenden wissenschaftlichen Diskurs zu stellen. So fand mithilfe eines gemeinsam erarbeiteten Themenkataloges zwischen den Therapierichtungen ein Austausch über ihre Konzepte zu Fragen wie Krankheits- und Gesundheitsverständnis, Therapieziele, Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten, Menschenbild, erkenntnistheoretische Positionierung, Wissenschaftsverständnis, Forschungstätigkeit usw. statt. Eines der Ergebnisse dieser Kolloquien findet sich in der Zeitschrift *Psychotherapie Forum*, Bd. 10, Nr. 2, 2002, wo ein illustratives kleines Kompendium über die verschiedenen Therapierichtungen publiziert ist. Im Rahmen dieser Kolloquien wurde auch eine Wissenschaftsdeklaration verfasst, welche betont, dass nicht bloß ein bestimmtes Wissenschaftsparadigma zur Frage des Wissenschaftlichkeitsnachweises herangezogen werden darf, sondern dass auch hier eine Methodenvielfalt zu gelten hat und die wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden mit dem Menschenbild, der Erkenntnistheorie und dem Wissenschaftsverständnis einer Therapierichtung kompatibel zu sein haben. Die Deklaration wurde verschiedensten Fachleuten aus Wissenschaft und Forschung zur Stellungnahme zugestellt und erhielt teils Zustimmung und auch (wie nicht anders zu erwarten war) Widerspruch.

Versorgungsdokumentation. 2001 wurde eine großangelegte Studie zur Lage der psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz durchgeführt. Ihre Ergebnisse wurden im *Psychotherapie Forum*, Bd. 10, Nr. 3, 2002, publiziert und fanden Eingang in eine Schrift des Bundesamtes für Sozialversicherung, wo sie auch als Basis zur Berechnung des zu erwartenden

Kostenschubes verwendet wurden, sollte die Psychotherapie in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen werden. Fazit der BSV-Studie: „Auf der Basis einer Abschätzung der Anzahl behandlungsbedürftiger Fälle mit Therapiemotivation könnten in der Schweiz durch den adäquaten Einsatz der Psychotherapie gut zwei Milliarden Franken im somatisch-medizinischen Bereich gespart werden. Davon dürften etwa 1800 Millionen im Spital und 250 Millionen in der ambulanten ärztlichen Behandlung anfallen. Die Kosten der dafür erforderlichen Psychotherapie betragen etwa 960 Millionen Franken, so dass per Saldo eine Nettoeinsparung in der Grössenordnung von rund einer Milliarde Franken resultieren könnte.“ – Zeit, dass die nationalen GesundheitspolitikerInnen sich dieser Thematik annehmen!

Qualitätssicherung. Der so genannte Gewährleistungsausschuss der Charta hat die Aufgabe, die Mitgliedinstitutionen periodisch auf die Einhaltung der Chartanormen zu überprüfen. Dies deshalb, weil die Chartaunterzeichner den Chartatext als verbindlichen Vertrag und nicht nur als eine Proklamation zu Psychotherapie verstanden. Ein Bericht über die Ergebnisse einer ersten 4-jährigen Überprüfungsrunde ist ebenfalls im *Psychotherapie Forum* (Bd. 10, Nr. 3, 2002) erschienen und bestätigt, dass die Charta-Institutionen das auch umsetzen, was sie miteinander vereinbart haben. Derzeit beginnt die zweite Überprüfungsrunde.

Öffentlichkeitsarbeit. Die Charta ist Mitherausgeberin der Zeitschrift *Psychotherapie Forum*. Diese erscheint mittlerweile ebenfalls seit 10 Jahren. Darüber hinaus hat die Charta einen Tagungsband veröffentlicht und pflegt Kontakte zu Zeitungen und Zeitschriften, welche die Anliegen der Charta in ein größeres Publikum hinaustragen sollen.

Berufspolitische Arbeit. Die Charta hat Einsitz in der Fachkommission des Bundesamtes für Gesundheit erhalten, welches dabei ist, eine gesamtschweizerische gesetzliche Regelung der psychologischen Berufe zu erarbeiten. Sie wird dort als kompetenter Gesprächspartner für die Belange der Weiterbildung in Psychotherapie wahrgenommen. Auf der Homepage

der Charta (www.psychotherapie-charta.ch) wird laufend über die verschiedenen Aktivitäten der Charta und über den Stand der Gesetzgebung informiert. In der Vernehmlassung zur Zürcher Verordnung über die Psychotherapie kämpft sie für einen Einsitz in die kantonale Fachkommission Psychotherapie, ist es doch schwer verständlich, dass der Kanton ausgerechnet zu Fragen der psychotherapeutischen Weiterbildung auf die Kompetenz der Charta als Vertreterin der Weiterbildungsinstitutionen verzichten wollte.

Aktuelles und Perspektiven

Um die Inhalte der Charta wieder basisnäher zu diskutieren und die Ausrichtung der Charta für die künftigen Jahre neu festzulegen, ist als Ausdruck einer lebendigen Organisation ein Projekt initiiert worden, in welchem nicht bloß die Delegierten der Mitgliedinstitutionen, sondern auch andere VertreterInnen der Mitgliedorganisationen im Sinne eines Organisations-Entwicklungs-Prozesses diskussionswürdige Themen bearbeiten sollen. Innert eines Jahres werden Arbeitsgruppen an folgenden Themen arbeiten: Flexibilisierungswünsche in den Weiterbildungsgängen und Überprüfung der quantitativen Standards; Überprüfung der Stellung der Berufsverbände in der Charta und allfällige Schaffung einer eigenen Mitgliederkategorie; Möglichkeit zur Verbesserung der Öffentlichkeitarbeit; Überprüfung der ethischen Regelung und der Aufgaben der Ethikkommission.

Es wird Sache des Vorstandes und der Mitgliederversammlung sein, entsprechende Resultate als Innovationen und Veränderungsprozesse umzusetzen.

Ebenfalls im Jahre des 10-jährigen Jubiläums ist eine neue Führungsstruktur der Charta beschlossen worden, welche eine Verschlankung des Vorstandes und eine stärkere Mitwirkung der Kommissionen vorsieht.

Beschlossen wurde von der Mitgliederversammlung auch, dass die Charta erstmals in Zusammenarbeit mit Forschern verschiedener Hochschulen ein richtungsübergreifendes Wirksamkeitsforschungsprojekt im Sinne einer naturalistischen Praxisstudie in Angriff nehmen soll.

Die Charta ist in Bewegung. Nicht alles, was sie erreichen wollte, ist ihr gelungen: So gelang es nicht dass auch im Kanton Zürich (wie in vielen anderen Kantonen) Psychotherapie als eigenständiger Beruf definiert Eingang in die kantonalen gesetzlichen Regelungen fand. Auch hätten die Exponenten der Charta es vorgezogen, wenn gesamtschweizerisch ein eigenes Psychotherapiegesetz zur Regelung des Berufes erarbeitet worden wäre. Dass jetzt die Psychotherapie als psychologischer Beruf verstanden und im Rahmen des Gesetzes über die Psychologischen Berufe geregelt wird, entbehrt der Sachlogik, wonach MedizinerInnen dieselbe Psychotherapie anbieten, aber nicht demselben Gesetz unterstellt werden. Mit der so genannten „Fensterlösung“ (Ergänzungsstudium zu einem Master in Psychologie) ist immerhin ein tragbarer Kompromiss gefunden worden, dass Psychotherapie als Wissenschaft und Berufspraxis nicht ganz auf die gesellschaftlichen Vorerfahrungen von Berufsleuten aus Pädagogik, Sozialarbeit und anderen Gesellschafts- und Kulturwissenschaften verzichten muss. Diese Lösung muss allerdings an den schweizer Hochschulen erst umgesetzt werden. Und da zeigen sich vorerst noch Widerstände. Die Universitäten beginnen zwar so genannte Quereinstiege für AbsolventInnen eines anderen sozialwissenschaftlichen Faches in ein Bachelor Studium anzubieten, nicht aber in ein Master-Programm, wie der Gesetzesentwurf dies fordert. Die Arbeiten an diesem Gesetz dauern an und die Charta wird ihren Standpunkt weiterhin zusammen mit dem SPV mit Entschiedenheit einbringen und mitreden bei den Kriterien, die für die Akkreditierung der Weiterbildungsinstitutionen dereinst gelten sollen.

Das Qualitätssicherungssystem bezüglich Weiter- und Fortbildung wird an den heutigen Stand der wissenschaftlichen Evaluation angepasst werden müssen, wozu es sehr sinnvoll erscheint, eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsverbänden zu suchen, welche dieselben Aufgaben ja auch lösen müssen. Dies gilt auch für die Weiterarbeit an den Fragen der Wissenschaftlichkeit der Psychotherapiemethoden. Erfreulich ist hier, dass die Verbände SPV, SBAP, FSP und die in der FMPP zusammengeschlossenen

Psychiatrieverbände dabei sind, gemeinsam im Frühsommer 2004 eine kontroverse Fachtagung zum Thema der Wissenschaftlichkeit der Psychotherapie zu organisieren, an welcher auch die Charta mit inhaltlichen Inputs mitwirken wird.

Die Arbeit wird nicht weniger und letztlich befinden wir uns in einer sehr spannenden Ära, was die Auseinandersetzungen um die Psychotherapie als Beruf betrifft. Die Charta als richtungsübergreifender Fachverband von Weiterbildungsinstitutionen und Berufsverbänden bildet ein wichtiges Forum zu kontroversen Diskursen und zur Verständigung. Gemeinsam kann viel getan werden für eine sinnvolle Zukunft im Felde der psychotherapeutischen Ausbildung und Berufsausübung. Mögen die Mitgliedinstitutionen dies weiterhin anerkennen und aktiv an den anstehenden Aufgaben mitarbeiten und möge das Brückenbauen zwischen den verschiedenen Landesorganisationen noch besser gelingen. Noch haben wir in der Schweiz alle Chancen auf eine Entwicklung, welche das Weiterbestehen einer Methodenvielfalt ermöglicht. Dies wird man aber nur durch unterschiedlichen Einsatz in Forschung, Qualitätssicherung, Öffentlichkeitsarbeit und parteipolitische Vernetzung in den Parlamenten erreichen können.

Literatur

Die angefügte Literaturliste von ausgewählten Beiträgen aus den Charta-Zeitschriften und anderen Publikationen von 1993 bis 2003 vermag einen Eindruck über die Vielfalt der Aktivitäten und diskutierten Themen zu vermitteln. Wer sich für einzelne Artikel interessiert, diese nicht mehr vorrätig hat und sie im Buchhandel nicht mehr finden kann (vergriffen sind *Psychotherapie Forum* [inkl. *Supplement*] Bd. 1, Nr. 2; Bd. 2, Nr. 1; Bd. 6, Nr. 2), kann gerne beim Autor ein Restexemplar oder eine Fotokopie anfordern.

Schweizer Charta für Psychotherapie (1999) Standort der Psychotherapie; Ausbildung; Kriterien für die Mitgliedschaft. Broschüre im Selbstverlag, Zürich (Überarbeitete Version Erstausgabe 1991)

Schweizer Charta für Psychotherapie (ohne Jahr) Ergänzungsstudium Psychotherapie-Wissenschaften. Broschüre im Selbstverlag, Zürich

Schweizer Charta für Psychotherapie (2002) Menschenbilder, Gesundheits-, Krank-

heits- und Therapieverständnisse und deren Hintergründe der in der Schweizer Charta für Psychotherapie vereinigten Psychotherapieverfahren. *Psychotherapie Forum* Bd. 10, Nr. 2 (enthält Kurzbeschreibungen der in der Charta vertretenen Psychotherapierichtungen)

Schweizer Charta für Psychotherapie (2002) Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren. *Psychotherapie Forum* 10 (4): 228–230

Bänninger-Huber E (1996) Ansätze der Interaktions- und Prozessforschung. *Psychotherapie Forum Supplement* 4 (4): 5183

Buchmann R (1993) Entstehung und Hauptaussagen der Charta. *Forum Psychotherapie Schweiz* 1993(2)

Buchmann R (1997) Psychotherapie und gesellschaftlicher Wandel. *Psychotherapie Forum Supplement* 5 (4): S236–S238

Buchmann R (2000) Psychotherapie und Wissenschaft: Klärungsprozesse in der Charta. *Psychotherapie Forum Supplement* 8 (1): S8–S12

Buchmann R (2000) Der gesellschaftliche Wert der Psychotherapie: Bewertung und Forschung. *Psychotherapie Forum Supplement* 8 (3): S94–S97

Buchmann R, Schlegel M, Vetter J (1996) Die Eigenständigkeit der Psychotherapie in Wissenschaft und Praxis. In: Pritz A (Hrsg) *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Springer, Wien New York, S 75–121

Durriz N (1996) Eine wissenschaftliche Psychotherapie – und den einzelnen psychotherapeutischen Orientierungen entsprechende Forschungsmethoden. *Psychotherapie Forum Supplement* 4 (3): S135–S138

Durriz N (1996) Pour une psychothérapie scientifique. *Psychotherapie Forum* 4 (3): 158–162

Edelmann R (1996) Psychotherapieziele an der Schwelle von der Postmoderne zum Neohumanismus. *Psychotherapie Forum Supplement* 4 (2): S82–S87

Fäh-Barwinski M (1994) Psychotherapie – eine eigenständige „Wissenschaft im Kontext der Praxis“. Grundsätzliche Überlegungen zum Verhältnis von Psychotherapie und Psychologie. *Forum Psychotherapie Schweiz* 1994 (1)

Fäh-Barwinski M (1996) Die Brücke von beiden Seiten her bauen ... Zum Stand des Verhältnisses von Praxis und Forschung in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum Supplement* 4 (4): S180–S182

Fäh-Barwinski M, Schlegel M, Schneider H (1996) Erster wissenschaftlicher Charta-Kongress: neue Perspektiven für die Forschung in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 4 (3): 117–120

Granrose J (1999) Ethische Richtlinien im Licht der Philosophie. *Psychotherapie Forum Supplement* 7 (3): S99–S100

Guggenbühl A (1993) Die Bedeutung der Zusammenarbeit der verschiedenen therapeutischen Richtungen. *Forum Psychotherapie Schweiz* 1993 (2)

Hilliard R (1997) Evaluation des Pilotkurses des Ergänzungsstudiums Psychotherapie-Wissenschaften. *Psychotherapie Forum Supplement* 5 (3): S180–S181

Juchli E (2002) Die Ethikkommission der Charta. *Psychotherapie Forum Supplement* 10 (4): S115–S119

Koch U (1996) Brauchen PolitikerInnen PsychotherapeutInnen? *Psychotherapie Forum Supplement* 4 (1): S28–S34

Kriz J (1996) Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 4 (3): 163–168

Klüwer R (1996) Was ist eine gute Psychotherapeutin, was ist ein guter Psychotherapeut? *Psychotherapie Forum* 4 (3): 169–173

Mattanza G (1996) Die Forschungskepsis eines Praktikers ... oder warum man doch an einen Forschungskongress gehen soll. *Psychotherapie Forum Supplement* 4 (4): S180

Mattanza G, Schweizer M, Ess S, Frei A, Roth H, Koch P (2002) Stationen im Prozess der Anerkennung der Psychologischen Psychotherapie. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Nr. 3/02)

Mertens W (1995) Welche Wissenschaft braucht die Psychotherapie? *Psychotherapie Forum* 3 (4): S180–S186

Müller-Locher P (2003) Die Schweizer Charta für Psychotherapie und die Zukunft. *Psychotherapie Forum Supplement* 11 (3): S89–S90

Petzold H (1993) Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkung in Europa. *Forum Psychotherapie Schweiz* 1993 (2)

Rudolf G (1996) Psychotherapie bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapie Forum* 4 (3): 124–134

Rüger B (1996) Fragen und Anmerkungen zu einigen statistischen Methoden in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum* 4 (3): 135–143

Schlegel M (1993) Feierliche Unterzeichnung der Charta. *Forum Psychotherapie Schweiz* 1993 (2)

Schlegel M (1996) Europäischer Kongress der Psychotherapieforschung: Die Praktiker fehlen noch! *Psychotherapie Forum Supplement* 4 (4): S179

Schlegel M, Buchmann R (1997) SPV: Aktive Qualitätssicherung in der Psychotherapie seit 1979. *Psychotherapie Forum Supplement* 5 (2): S104–S106

Schneider H (1995) Forschung durch praktisch tätige PsychotherapeutInnen: Wie anpacken? *Psychotherapie Forum* 3 (4): S186–S190

Schulthess P (2001) Umwälzungen im Hochschulwesen und ihre Auswirkungen auf die Psychotherapieausbildung. *Psychotherapie Forum Supplement* 9 (1): S16–S18

Schulthess P (2002) Die Vielfalt verschiedener Therapiemethoden als gesundheitspolitischer Gewinn. *Psychotherapie Forum Supplement 10 (3)*: S66–S70

Schulthess P (2002) Entwicklungsperspektiven für die Charta. *Psychotherapie Forum Supplement 10 (3)*: S75

Schulthess P (2002) Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung: Ergebnisse der periodischen Überprüfung der Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie. *Psychotherapie Forum 10 (3)*: 165–173

Schulthess P (2003) Zum Gutachten von Jürgen Kriz. Reaktion der Schweizer Charta für Psychotherapie. *punktum Zeitschrift des Schweizerischen Berufsverbandes für Angewandte Psychologie 2003 (Juni)*

Schulthess P (2003) Aktuelles aus der Schweizer Charta für Psychotherapie. *Psychotherapie Forum Supplement 11 (3)*: S87–89

Schweizer M, Buchmann R, Schlegel M, Schulthess P (2002) Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz: Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. *Psychotherapie Forum 10 (3)*: 127–146

Spengler E (1993) Unterzeichnung der Charta. Begrüssung des Präsidenten SPV/ASP. *Forum Psychotherapie Schweiz 1993 (2)*

Stengers I (1996) L'emploi de modèles scientifiques par le psychothérapeute. *Psychotherapie Forum 4 (3)*: 152–158

Stengers I (1996) Die Verwendung wissenschaftlicher Modelle durch den Psychotherapeuten. *Psychotherapie Forum Supplement 4 (3)*: S130–S135

Strupp H (1993) Psychotherapie: Zeitgenössische Strömungen. *Forum Psychotherapie Schweiz 1993 (3)*

Strupp H (1996) Psychodynamic Psychotherapy in 2010. *Psychotherapie Forum 4 (3)*: 144–151

Vetter J (1993) Anerkennung der Charta

durch Österreich. *Forum Psychotherapie Schweiz 1993 (2)*

von Tessin P (1998) Die Charta ist nun autonom. *Psychotherapie Forum Supplement 6 (1)*: S19–S21

Homepage der Charta:
www.psychotherapiecharta.ch



*Peter Schulthess
Vize-Präsident der Charta*

Psy-Gesetz in der Ämterkonsultation – Verzögerung der Vernehmlassung

Der Stand des Gesetzgebungsverfahrens für die Psychologischen Berufungen ist derzeit, 3. Oktober 2003, wie folgt.

Der Gesetzesentwurf der Arbeitsgruppe PsyG hat die sog. Ämterkonsultation (Konsultation der übrigen Bundesämter) durchlaufen. Viele Rückmeldungen sind erfolgt, insbesondere zur Frage des Geltungsbereichs des Gesetzes. Das BAG ist zur Zeit daran, die Rückmeldungen aus-

zuwerten und in einem Bericht zusammenzufassen.

Aufgrund der Ämterkonsultation wird der Gesetzesentwurf einige Änderungen erfahren. Diese werden zusammen mit dem Bericht des BAG in ein sog. Mitberichtverfahren gegeben, das heißt wieder an alle involvierten bzw. interessierten Bundesämter gegeben.

Danach wird das BAG Ende November, Anfang Dezember 2003 die AG

PsyG nochmals einberufen, um die Änderungsvorschläge und Einwendungen der übrigen Bundesämter zu besprechen.

Im nächsten Schritt wird Bundesrat Couchepin einen Antrag an den Gesamtbundesrat zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens stellen. Falls der Bundesrat dies beschließt, kann das öffentliche Vernehmlassungsverfahren eingeleitet werden. Die Vernehmlassung ist nicht vor Frühjahr 2004 zu erwarten.

*Peter Schulthess
Vize-Präsident der Charta*

Nouvelles de la Charte suisse pour la psychothérapie

Rapport concernant l'assemblée des membres du 20 septembre 2003

Avant de revenir sur l'assemblée, une annonce: j'ai décidé de démissionner de ma fonction de président pour l'assemblée des membres de janvier 2004. Je saisis donc l'occasion de lancer un appel aux personnes (de sexe féminin de préférence) qui seraient disposées à devenir membre du comi-

té. Nous cherchons quelqu'un qui ait certaines capacités mais qui prenne aussi plaisir à façonner la manière dont la Charte se présente envers l'extérieur; il faut donc du talent pour les relations publiques et les contacts.

En janvier prochain, il y aura six ans que je suis devenu président de la

Charte. Pendant cette période, le comité a réussi à construire une association qui fonctionne bien, même si ses membres sont très hétérogènes et si le champ de ses activités est très large. La dernière étape de cette démarche est la réforme structurelle de la Charte, qui a été approuvée par l'assemblée des membres. De nouvelles structures doivent permettre de gérer l'association de manière plus efficace et plus transparente. Cette réforme a paru indispensable à un moment où le

processus de la Charte arrivait dans sa onzième année et l'association dans sa cinquième. Le travail avait fréquemment souffert du fait que les compétences n'étaient pas clairement définies, que les informations étaient mal communiquées et que les structures incluaient des aspects contradictoires. Une révision détaillée des statuts a permis d'ancrer les modifications dans le droit associatif.

Parallèlement à cette démarche, un processus de réflexion a été lancé concernant également les contenus et les visées de la Charte et les diverses tendances exprimées par les membres de l'association. En un premier temps, nous avons organisé une 'conférence de base' le 21 juin 2003; elle devait offrir à nos membres une occasion de cerner les points d'accord et les différences en rapport avec l'évolution de la Charte et d'échanger des idées à ce sujet. Les résultats de cette conférence ont été rapportés aux participants à la dernière assemblée des membres; l'écho fut positif. Les thèmes faisant l'objet de controverses doivent être traités sous forme de projets par des groupes de travail, soutenus par une organisation soigneuse. Il s'agit en particulier des conflits engendrés par la visée qu'à la Charte de maintenir l'intégralité de la formation d'une part, et les souhaits exprimés par les membres dans le sens d'une plus grande flexibilité. Des objectifs conflictuels se retrouvent aussi à d'autres niveaux: certaines associations professionnelles régionales souhaitent admettre des psychothérapeutes ayant des qualifications différentes; le travail de relations publiques doit continuer à évoluer; il faut élaborer de nouvelles solutions concernant les codes et les commissions d'éthique; et enfin, il faudra structurer la manière dont les membres de la Charte poursuivent des visées d'ordre éthique.

Après un long débat, le groupe qui avait préparé la conférence et avait également rédigé un rapport à ce sujet a été chargé d'élaborer un projet complet qui pourra être soumis pour approbation aux participants à la prochaine assemblée des membres (janvier 2004). Si ce projet est accepté, il faudra ensuite compter avec une année de travaux – les résultats acquis seraient donc soumis à l'assemblée des membres en janvier 2005.

Au niveau de la recherche une opportunité que l'on pourrait qualifier d'historique s'est offerte à la Charte. Deux chercheurs en psychothérapie (le professeur Tschuschke de l'Université de Cologne et le professeur Grünwald de la Hochschule für Angewandte Psychologie/Zurich) ont offert d'élaborer avec elle un projet de recherche de type naturaliste, dans lequel serait étudiée la pratique de tous les courants de psychothérapie. Ceci pourrait permettre aux institutions de la Charte qui y participeraient d'apporter la preuve de l'utilité de leur méthode (rappelons que cette exigence leur a été posée au niveau fédéral). L'assemblée a chargé le comité scientifique de préparer une description du projet qui sera ensuite débattue et soumise à un scrutin.

Finalement, l'assemblée est revenue sur le congrès qui avait été organisé sur le thème des rapports entre la neuropsychologie et la psychothérapie, avec le professeur G. Roth et d'autres spécialistes connus. La délégation à la formation permanente a fait du bon travail et cette rencontre a reçu un écho positif parmi les spécialistes.

Permettez-moi pour conclure de revenir sur ma démission:

Je suis conscient du fait que je quitte la Charte à un moment difficile du point de vue de la politique professionnelle, comme de la structure de l'association. Je peux me permettre

de le faire parce que notre vice-président, Peter Schulthess, est disposé à prendre la relève et que ses compétences sont indéniables. Il m'a toujours paru important que la Charte demeure en mouvement et qu'elle ne se contente pas d'être simplement une convention. C'est pourquoi j'ai toujours beaucoup apprécié les activités menées au sein des délégations et des commissions; je saisis donc l'occasion de remercier les fonctionnaires pour leur travail très engagé. Pour que la Charte ait un avenir, il faut aussi que ses contenus – ses dispositions et ses visées – puissent évoluer et soient constamment remis en question. Je continue à avoir grand intérêt pour ces processus innovateurs et à ce niveau, j'aurais pu me motiver suffisamment pour être à même de conserver mon mandat de président. Mais j'ai constaté ces derniers temps que mes intérêts personnels se sont focussés sur des domaines assez éloignés de la politique professionnelle et du travail associatif. Je n'ai donc plus l'enthousiasme et l'énergie requis par la fonction de président. La Charte a besoin de personnes qui s'impliquent entièrement et le moment est donc venu pour moi de laisser la place à un successeur qui s'investira avec passion.

Il me reste à remercier tous ceux et celles qui m'ont accordé leur confiance.

Peter von Tessin

Les dix ans de la Charte suisse pour la psychothérapie

La cérémonie durant laquelle la Charte suisse pour la psychothérapie fut signée eut lieu le 10 mars 1993 à Zurich – l'approche de ses dix ans d'existence justifie amplement qu'on revienne sur l'histoire de cet accord et qu'on en dérive des perspectives pour l'avenir.

Retour en arrière

On peut dire que la signature de la Charte suisse pour la psychothérapie marque une étape importante dans l'histoire de la psychothérapie. Elle

signifie que pour la première fois – dans le monde entier, pour autant que nous le sachions – les principaux courants de psychothérapie ont convenu ensemble de standards minimaux de formation, établissant ainsi une base qui leur permettrait d'accepter comme équivalentes les formations dont jouissent leurs membres. Si la formation spécifique de chaque psychothérapeute continua à occuper une position dominante, il devint alors possible d'établir un climat de solidarité entre les différents courants et donc de surmonter les conflits en-

tre représentants des diverses méthodes au moins au niveau de la politique professionnelle et de la formation. Les membres de la Charte peuvent ainsi militer ensemble pour une psychothérapie dans laquelle une grande valeur est attribuée à la diversité des approches. Le processus intense qui aboutit à la ratification de la Charte avait été lancé par des représentants de l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP), au moment où ils avaient constitué une « conférence des institutions suisses de formation en psychothérapie ». Des formateurs issus des différents courants collaborèrent au sein de différentes commissions pour préparer le texte de la Charte.

Ce dernier est avant tout une réponse à deux questions essentielles du point de vue de la psychothérapie :

a) Comment les institutions signataires conçoivent-elles la psychothérapie ? Il fallait une définition dans laquelle les concepts élaborés par les différents courants pourraient être retrouvés.

b) Quels sont les éléments et contenus qui doivent être inclus – au minimum – dans les différents cursus de formation pour que ceux-ci puissent être considérés comme une formation intégrale en psychothérapie ?

Il s'agissait d'obtenir que tous les courants de thérapie affiliés sachent ce que faisaient les autres et qu'ils travaillent tous sur les mêmes questions ; ceci devait fournir une base à la reconnaissance mutuelle des différentes formations en tant qu'équivalentes. Envers l'extérieur, on voulait aussi montrer à la collectivité, de manière aussi représentative que possible, comment la formation en psychothérapie pouvait être réglemantée indépendamment des différents courants et sans que l'autonomie des instituts de formation ne soit trop restreinte.

Les premiers signataires furent au nombre de vingt-sept (instituts de formation et groupements professionnels). Aujourd'hui, les 31 membres se répartissent comme suit : 24 institutions de formation, une union professionnelle nationale, cinq groupements régionaux et une association professionnelle ayant des membres dans toute la Suisse (l'ASP). Tous mili-

tent en faveur des objectifs de la Charte et collaborent à son évolution.

Jusqu'en 1998, la Charte fut administrée par la « commission de formation » de l'Association Suisse des Psychothérapeutes, tout en demeurant indépendante de cette dernière au niveau de ses activités. Elle devint association indépendante en 1998, en partie parce qu'on espérait que cela lui permettrait de se distancer des désaccords opposant l'ASP, la FSP et les groupements de médecins. Ils s'agissait d'établir des ponts plus solides avec toutes les organisations pour collaborer avec elles à des thèmes comme la formation postgrade et permanente, l'éthique en psychothérapie, ainsi que le caractère scientifique de cette dernière et la recherche. Selon la Charte, des normes de même valeur doivent être appliquées à la formation, à l'aspect scientifique et à l'éthique quelle que soit la formation de base de ses praticiens (médecins, psychologues ou membres d'autres professions). Dans ces sens, les mêmes critères doivent servir à définir la formation postgrade des psychothérapeutes issus de différentes disciplines.

Pour que les futurs psychothérapeutes puissent avoir accès à la formation spécialisée, ils doivent disposer de connaissances de base dans différentes disciplines, comme la psychologie, la médecine, la philosophie, les sciences sociales et l'anthropologie. Dans le but de leur permettre d'acquérir – si nécessaire – ce savoir de base, la Charte a créé une « filière complémentaire en sciences psychothérapeutiques » qui prépare très bien à la formation spécialisée. La formation de base, de niveau universitaire, de tous les candidats à la formation auprès des institutions de la Charte est examinée. Si certaines connaissances (voir plus haut) n'y ont pas été acquises, on leur demande de compléter leur savoir, soit dans le cadre de la filière complémentaire, soit dans celui d'une université.

La Charte suisse pour la psychothérapie a eu un rayonnement sur le plan international puisqu'elle a servi de modèle dans les pays voisins de la Suisse et que son texte a fortement influencé l'élaboration de la « déclaration de Strasbourg en matière de psychothérapie », ainsi que le travail effectué par l'Association Européenne des Psychothérapeutes (AEP). Le

travail mené par la Charte fut présenté et débattu lors des trois premiers congrès organisés à Vienne par le World Council for Psychotherapy.

Evolutions depuis la création de la Charte

Au cours des dix années écoulées depuis sa signature la Charte a entrepris différentes activités.

Ethique. Des lignes directrices en matière d'éthique ont été formulées ; elles définissent des standards qui doivent obligatoirement être inclus dans les codes d'éthique élaborés par toutes les institutions de la Charte. Ces dernières sont dans l'obligation d'établir leurs propres instances de réclamation et de désigner des individus ou des instances auxquels les candidats ou patients peuvent s'adresser en cas de besoin. Ce n'est pas la commission d'éthique de la Charte qui se prononce sur un cas individuel. Elle n'est à disposition que lorsqu'une organisation membre n'est pas en mesure de traiter une plainte. Par ailleurs, la commission d'éthique a pour tâche de réfléchir continuellement au thème de l'éthique en psychothérapie et au niveau de la formation, de lancer des débats à ce sujet en divers endroits et de s'assurer que le discours en la matière continue à évoluer.

Filière complémentaire. Cette filière dure deux ans et ses cours peuvent être suivis par des personnes travaillant à plein temps. Elle est actuellement offerte pour la cinquième fois. Comme une loi sur les professions psychologiques est actuellement en préparation il est prévu qu'à l'avenir la filière sera rattachée à une université, ce qui permettrait aux candidats d'obtenir un mastère en psychologie. Ceci garantirait aussi que des personnes n'ayant pas de formation de base en psychologie ou en médecine continueraient à avoir accès à la formation spécialisée sans devoir, d'abord, refaire des études universitaires complètes.

Formation permanente. La délégation à la formation permanente organise périodiquement des cours et conférences intéressant les membres des différents courants ; l'écho venant des membres individuels des institutions est positif. De plus, celles des manifestations de formation organisées par les différents membres de la Charte

qui pourraient intéresser des thérapeutes appartenant à d'autres courants sont annoncées sur Internet et dans le « Psychothérapie Forum Supplement » – une publication destinée aux membres qui a été lancée peu après la création de la Charte, avec un comité de rédaction au sein duquel collaborent des membres de l'association autrichienne des psychothérapeutes (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, ÖBVP), de l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP/SPV) et – depuis moins longtemps – de l'union faitière des psychothérapeutes allemands (Deutscher Fachverband für Psychotherapie, DVP).

Colloques scientifiques. Ces colloques sont organisés à intervalles réguliers depuis plusieurs années. Les institutions de la Charte sont dans l'obligation d'y envoyer des représentants, ce qui les force à s'affronter continuellement au discours scientifique élaboré par d'autres courants. Par exemple, une liste commune de thèmes avait été préparée pour permettre aux différents courants de procéder à des échanges au niveau de la conception que chacun d'eux a de la maladie et de la santé, des objectifs d'une thérapie, des limites des traitements psychothérapeutiques, de l'image de l'humain, de l'épistémologie et de la science, de la recherche, etc. L'un des produits de ces colloques a été publié dans le « Psychothérapie Forum », vol. 10, n° 2, 2002. Il s'agit d'un petit compendium mettant en évidence la manière dont les différents courants procèdent. Ces colloques ont également permis d'élaborer une déclaration scientifique dans laquelle on souligne qu'il ne suffit pas d'utiliser un paradigme scientifique donné pour démontrer le caractère scientifique d'une méthode, mais qu'il faut le choisir en fonction de la diversité des méthodes. Il faut en outre que les méthodes de recherche utilisées soient adéquates par rapport à l'image de l'humain soutenue par un courant, comme d'ailleurs du point de vue de l'épistémologie et de la notion de science soutenues par ce dernier. Le texte de la déclaration fut soumis pour prise de position à différents spécialistes et chercheurs; leurs réactions exprimèrent l'approbation mais aussi, parfois, la critique – comme il fallait s'y attendre !

Documentation concernant l'offre de thérapies. Une importante étude fut lancée en 2001, avec pour objectif de cerner la situation actuelle de l'offre de traitements thérapeutiques en Suisse. Ses résultats ont été publiés dans le Psychothérapie Forum et une partie d'entre eux a été reprise dans un rapport rédigé par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS): les chiffres acquis lors de l'enquête serviront à évaluer l'augmentation des coûts à laquelle il faudrait s'attendre si la psychothérapie était incluse dans les prestations obligatoirement remboursées par l'assurance de base. Conclusions de l'OFAS: « Si l'on se fonde sur une évaluation du nombre de personnes requérant une psychothérapie et motivées à l'entreprendre, l'utilisation adéquate de cette forme de traitement permettrait de faire des économies de plus de deux milliards de francs (domaine somatique et médical), dont environ 1800 millions dans les hôpitaux et 250 millions au niveau des traitements médicaux ambulatoires. Les coûts des traitements psychothérapeutiques se monteraient à env. 960 millions de francs, ce qui représente une économie nette de près d'un milliard de francs » (*notre traduction*). Il serait temps que les décideurs de la politique suisse de la santé commencent à s'intéresser à ce thème !

Garantie de la qualité. Le « comité des normes » de la Charte a pour tâche de vérifier périodiquement que les institutions membres respectent les normes définies par celle-ci. Il en est ainsi parce que les signataires considèrent le texte comme une convention et non comme une simple déclaration. Un rapport concernant les résultats de l'enquête menée pour les quatre premières années a paru dans le Psychothérapie Forum; ils confirment que les membres appliquent les éléments dont ils ont convenu. Une seconde enquête débute actuellement.

Relations publiques. La Charte co-publie le Psychothérapie Forum, une revue professionnelle qui a été lancée il y a également 10 ans. Elle a en outre publié le condensé d'une rencontre et maintient des contacts avec les quotidiens et périodiques qui pourraient diffuser ses visées auprès d'un plus grand public.

Politique professionnelle. La Charte est maintenant représentée au sein de

la commission d'experts nommée par l'Office fédéral de la santé publique; cette dernière s'occupe actuellement de préparer une réglementation légale des professions psychologiques. La Charte y est considérée comme un partenaire compétent en ce qui concerne la formation postgrade en psychothérapie. Des indications sur l'état actuel de la législation et les activités de la Charte sont données sur le site Internet de cette dernière (www.psychotherapie.ch). Elle lutte d'autre part pour obtenir un siège dans la commission psychothérapie qui, à Zurich, s'occupe des consultations en rapport avec la préparation d'une ordonnance. Il est difficile de comprendre pourquoi le canton de Zurich ne veut pas que la Charte représente les instituts de formation, alors même qu'elle en aurait les compétences.

Actualités et perspectives

En vue de lancer des débats sur les contenus et l'orientation future de la Charte à un niveau plus proche de la base un projet a été lancé, qui doit exprimer la vitalité de l'organisation: au lieu que seuls les délégués des institutions membres travaillent ensemble sur des thèmes, il s'agira d'inviter un certain nombre de leurs membres individuels à effectuer ce travail. Des groupes de travail s'occuperont pendant un an des thèmes suivants: rendre – si besoin – les cursus de formation postgrade plus flexibles et réviser les standards quantitatifs; examen de la position occupée au sein de la Charte par les groupements professionnels et création éventuelle d'une catégorie spécifique de membres; possibilités d'améliorer les relations publiques, examen des codes d'éthique et des tâches confiées à la commission compétente.

Il reviendra ensuite au comité et à l'assemblée des membres de mettre en œuvre des démarches (innovations ou modifications) correspondant aux résultats des débats.

A l'occasion des dix ans de la Charte il a également été décidé de modifier la structure de gestion de son association, dans le sens où le comité occupera une place moins importante et les commissions effectueront un plus grand travail.

L'assemblée des membres a d'autre part décidé que pour la première fois,

la Charte collaborerait avec des chercheurs appartenant à différentes hautes écoles pour mener un projet de recherche sur l'efficacité des traitements. Il s'agira d'étudier la pratique dans une perspective naturaliste et indépendamment des différents courants.

La Charte est en mouvement. Elle n'a pas réussi à atteindre tous ses objectifs – par exemple, elle n'a pas obtenu que dans le canton de Zurich la psychothérapie soit incluse dans la législation cantonale en tant que profession libérale (comme c'est le cas dans de nombreux autres cantons). Les membres de la Charte auraient aussi souhaité qu'au niveau fédéral, une loi spécifique soit élaborée pour réglementer la psychothérapie. Or, cette dernière est maintenant incluse sur la liste des professions psychologiques et va être réglementée à ce niveau. Il paraît peu logique que des psychothérapeutes-médecins qui exercent la même profession soient soumis à une législation différente. Il reste que ce qu'on a appelé « la solution de la fenêtre » (filière complémentaire permettant d'obtenir un mastère en psychologie) représente un compromis acceptable; elle signifie que la psychothérapie, en tant que discipline et en tant que profession, ne doit pas se passer entièrement des contributions venues de spécialistes des sciences sociales (pédagogie, travail social, anthropologie, etc.). Cependant, il reste à appliquer cette solution au sein des universités et quelques difficultés sont apparues à ce niveau. Les universités commencent à offrir aux intéressés une filière de niveau bachelor, mais n'ont pas encore de filière mastère au sens prévu par le projet de loi. De plus, la préparation de la loi prend du temps. La Charte va continuer à exprimer sa position en collaboration avec l'ASP, en ce qui concerne en particulier l'élaboration des critères qui seraient applicables à l'avenir au niveau de l'accréditation des instituts de formation.

Le système de garantie de la qualité des formations et de l'offre de formation permanente va devoir être adapté à l'évolution des démarches d'évaluation scientifique. A ce niveau, il sera sans doute utile de collaborer avec d'autres associations professionnelles ayant à accomplir des tâches similaires. Ceci s'applique aussi à la

suite du travail en rapport avec la démonstration du caractère scientifique des méthodes de psychothérapie. Nous sommes heureux d'annoncer que différentes associations (ASP, SBAP, FSP et les groupements de psychiatres regroupés au sein de la FMPP) s'occupent actuellement de préparer une rencontre sur ce thème; elle doit avoir lieu au début de l'été 2004 et la Charte va également contribuer à sa préparation.

Nous ne pouvons pas dire que nous avons moins de travail, même s'il est vrai que nous traversons une période très intéressante, marquée par les débats sur la psychothérapie en tant que profession. En tant qu'association regroupant des institutions appartenant à différents courants, la Charte constitue un forum important sur lequel débats, controverses et échanges peuvent avoir lieu. Ensemble, nous pouvons apporter une contribution importante à la préparation de l'avenir de la formation et de l'exercice de la profession. Nous espérons que les institutions affiliées continueront à être conscientes de cet aspect et participeront activement aux tâches à venir. Nous espérons aussi que la construction de ponts entre les représentants de différentes professions va encore mieux réussir. Il nous semble

qu'en Suisse, on peut encore espérer que les choses évoluent de manière telle qu'il soit possible de maintenir la diversité des méthodes. Mais cet objectif ne pourra être atteint que si nous continuons à nous engager aux différents niveaux: recherche, gestion de qualité, relations publiques et établissement de réseaux au sein du contexte politique et du Parlement.

Bibliographie

La liste d'articles publiés entre 1993 et 2003 soit par la Charte, soit ailleurs, met en évidence toute la diversité des activités menées et des thèmes débattus. Les lecteurs qui s'intéressent à un texte spécifique et ne peuvent l'obtenir sont priés de s'adresser à l'auteur qui leur fera parvenir un exemplaire restant ou une photocopie. Tous les textes publiés par la Charte et en particulier ceux qui l'ont été dans le Psychothérapie Forum existent également en français. Dans le cas du Forum, ils ont été publiés dans le même numéro que ceux indiqués dans la bibliographie en allemand.

Site Internet de la Charta:
www.psychotherapiecharta.ch

Peter Schulthess, Vice-président

La loi psy en consultation auprès des départements – retard dans la procédure globale

État actuel de la procédure d'élaboration de lois concernant les professions psychologiques: le projet préparé par le groupe de travail loi psy a été soumis aux autres départements fédéraux. De nombreuses réactions ont été reçues, en ce qui concerne en particulier la question du domaine de validité de la loi. L'Office fédéral de la santé publique s'occupe actuellement d'évaluer les réponses et de préparer un rapport.

Suite à cette consultation, le projet de loi va subir certaines modifications. Des propositions seront envoyées avec le rapport de l'OFSP aux différents départements concernés. Puis,

vers la fin novembre / début décembre 2003, l'OFSP convoquera à nouveau le groupe de travail pour lui permettre de débattre des propositions de modification et des objections formulées par les autres départements fédéraux.

Ensuite, monsieur le conseiller fédéral Couchepin demandera à l'ensemble du Conseil fédéral d'approuver le lancement d'une procédure de consultation. Cette dernière ne débutera qu'avec cet accord, ce qui fait qu'elle ne sera sans doute pas lancée avant le printemps 2004.

Peter Schulthess

Forschung Aktuell

In dieser Rubrik werden Ihnen ab nun Neuigkeiten aus der aktuellen Schweizer Psychotherapie-Forschungszene vorgestellt. Es ist mir ein Anliegen, dass Sie mir Ihre Zusammenfassungen zukommen lassen.

Obschon die Systemiker in der Schweiz leider der Charta noch nicht beigetreten sind, hat Prof. H. S. Grünwald eine wichtige Studie gemacht, die uns auch einen Einblick gibt in seinen Forschungsansatz, den er in die kommende Charta-Forschung aktiv einbringen wird. T.I.

Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie (EAST)

Die EAST-Studie wurde Ende 1998 von der Schweizerischen Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung (SGS) in Auftrag gegeben. Hintergrund der Studie bildet das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die dazugehörige Verordnung (KVV), welche die Grundlagen für Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsförderung im Gesundheitswesen in der Schweiz schaffen. Ziel der Studie ist es, die Wirksamkeit von ambulanter Systemtherapie im Mehrpersonen-Setting bei PatientInnen und Angehörigen zu überprüfen und zu dokumentieren.

Im Verlauf von zwei Jahren (1. 1. 1999 bis 31. 12. 2000) wurden von 32 TherapeutInnen 89 Fälle dokumentiert (Therapieverlauf mit zwei Messungen für PatientInnen und Angehörige). Um eine Fallselektion durch die TherapeutInnen zu verhindern, mussten alle Fälle, die bis zum Erreichen des Kontingentes in die Praxis kamen, mit einer Fallmeldung erfasst und der Projektleitung gemeldet werden. Insgesamt wurden 632 Fälle gemeldet, wovon gemäß den Aufnahmekriterien 103 dokumentiert werden sollten. Der Eingang von 89 vollständigen Dokumentationen entspricht einem Rücklauf von 86,4%. Unter Berücksichtigung der aufwändigen Falldokumentation und der breiten Verteilung der dokumentierenden TherapeutInnen ist dies ein sehr guter Rücklauf.

TherapeutInnen. Die TherapeutInnen haben entweder durch eine systemische Therapieausbildung (90%) oder eine systemische Weiterbildung eine

fundierte Qualifikation als SystemtherapeutInnen. Dies war das zentrale Aufnahmekriterium für die TherapeutInnen. Als Grundausbildung haben die TherapeutInnen Medizin (39,3%) und Psychologie (25%) studiert oder eine Schule für Sozialarbeit abgeschlossen (21,4%).

PatientInnen. Die PatientInnen in der Stichprobe entsprechen einem Querschnitt der Bevölkerung. Aufgrund der soziodemographischen Größen zeigt sich, dass eine breite Streuung von PatientInnenmerkmalen in der Stichprobe repräsentiert ist. Eine Selektion von gut geeigneten Personen (jung, attraktiv, verbal gut kommunizierend, intelligent, hoher sozialer Status) kann ausgeschlossen werden. Damit stellen die untersuchten Behandlungen einen Teil der Grundversorgung dar.

Behandlungen. Die gestellten Hauptdiagnosen bei Therapiebeginn stellen ein Bild systemischer Praxis dar. Die Falldokumentationen zeigen eine breite Streuung bei den Eintrittsdiagnosen. Demnach wird die systemische Therapie bei einem breiten Bereich von psychiatrischen Diagnosen und Störungen eingesetzt. Man kann also in der ambulanten Praxis der Systemtherapie keine diagnose-spezifische Konzentration feststellen. Ein großer Teil der Behandlungen sind Paartherapien (78,7%). Psychopharmaka wurden in nur 14 von 89 Behandlungen eingesetzt (15,7%). Systemische Therapie findet also größtenteils ohne Abgabe von Medikamenten statt. Dementsprechend sind die Effekte primär auf systemtherapeutische Interventionen zurückzu-

führen. Die durchschnittliche Anzahl von Therapiesitzungen liegt bei 10,9. 66% der Behandlungen liegen in einem Bereich von bis zu 10 verrechneten Therapiestunden. Die systemische Praxis ist also eine Praxis der Kurzzeit-Therapie. 16,9% der PatientInnen entscheiden sich, die Therapie abzubrechen. Vergleicht man diesen Wert mit anderen Untersuchungen, so ist diese Quote niedrig. Bei 18% der Behandlungen sehen die TherapeutInnen als weitere Maßnahmen eine weitere Psychotherapie. Diese Therapien werden abgeschlossen mit dem Ausblick auf eine Fortsetzung zu einem späteren Zeitpunkt oder in einem anderen Setting. Dies lässt auf ein sehr auf den Patienten eingehendes Vorgehen schließen.

Wirksamkeit. Die Wirksamkeit der Behandlungen wird auf der Ebene von Lebensveränderung, Veränderung von Symptomen und Belastungen und aufgrund der Einschätzung der TherapeutInnen beurteilt. Die Wohnsituation und die Partnersituation bleiben bei über 70% der PatientInnen unverändert. Neun PatientInnen sind bei Therapiebeginn zu 80 bis 100% arbeitsunfähig. Am Ende der Behandlung sind sieben dieser neun Personen wieder arbeitsfähig. Bei der Einschätzung der Problembereiche sind in fast allen Bereichen mittlere Verbesserungen zu beobachten. Die kleinsten Veränderungen finden im Bereich der sozialen Bedingungen statt. Dieses Bild entspricht der Realität, dass sich die sozialen Bedingungen nur langsam und schwer beeinflussen lassen, dies obwohl sieben Personen neu wieder arbeitsfähig sind. In der TherapeutInneneinschätzung sind die Verbesserungen in allen Skalen (klinischer Eindruck, Funktionsniveau und Funktionsniveau der Beziehungen) groß. Die Effektstärken liegen bei 0,8 und 1 (ab 0,8 spricht man von großen Effekten).

Zur Beurteilung der Behandlungsergebnisse aus der PatientInnenperspektive werden normierte Fragebogen eingesetzt (SCL-90-R und FB). Der Anteil von auswertbaren Instrumenten ist mit über 90% hoch und lässt generalisierbare Aussagen zu. Bei den PatientInnen sind die Veränderungen

im Bereich der Symptome signifikant und liegen bei allen Skalen im Bereich mittlerer bis großer Effektstärken. Die Beurteilung der einzelnen Therapieverläufe zeigt, dass 22,5% der PatientInnen als „geheilt“ und 32,5% als „gebessert“ eingestuft werden können. Im Vergleich zu anderen Studien ist das ein gutes Ergebnis. Der Anteil der „Geheilten“ ist vergleichbar mit dem anderer Untersuchungen und die Quote der „Gebesserten“ liegt über der ähnlicher Studien. Die Veränderungen im Bereich der Beziehungen sind klein (Familienbögen FB). Die Beziehungen sind bei Therapiebeginn nur leicht gestört, wodurch es schwer ist, große Veränderungen zu erreichen. Dieses Ergebnis legt den Schluss nahe, dass es in der Systemtherapie neben den Beziehungsveränderungen weitere Wirkfaktoren geben muss.

Die Untersuchung ist so angelegt, dass neben den Veränderungen bei den PatientInnen auch die Veränderungen der Angehörigen beurteilt werden können. Die Angehörigen sind bei Therapiebeginn weniger belastet als die PatientInnen, die Symptombelastungen liegen dennoch deutlich über den Normalwerten. Die Effekte bei den Angehörigen liegen im Bereich kleiner Effekte, sind aber in den meisten Skalen des SCL-90-R signifikant. Man kann also eindeutig sagen, dass die Angehörigen auch von den Therapien profitieren.

Nachhaltigkeit. Nach dem Entscheid für die Nachbefragung ergab eine Machbarkeitsuntersuchung, dass höchstens 63 der 89 PatientInnen für die Nachbefragung erreicht werden können. Von diesen 63 haben 36 einen auswertbaren Katamnesebogen zurückgesandt (57,1%). Unter Berücksichtigung, dass die PatientInnen lediglich angeschrieben wurden, ist dieser Rücklauf als gut einzuschätzen.

Zur Beurteilung der Nachhaltigkeit der Wirksamkeit werden normierte Fragebogen eingesetzt (SCL-90-R und FB). Die Veränderungen von Therapiebeginn bis zur Nachbefragung sind im Bereich der Symptome signifikant und liegen bei allen Skalen im Bereich mittlerer bis großer Effektstärken. Die Beurteilung der einzelnen Therapieverläufe zeigt, dass 31% der PatientInnen als „geheilt“ und 28% als „gebessert“ eingestuft wer-

den können. Im Vergleich zu anderen Studien ist das ein gutes Ergebnis. Der Anteil der „Gebesserten“ ist vergleichbar mit dem anderer Untersuchungen und die Quote der „Geheilten“ liegt über der ähnlicher Studien. Zwischen Therapieabschluss und Nachbefragung nehmen die Belastungen leicht zu. Diese leichte Zunahme der Belastungen nach Therapieabschluss ist geringfügig und wurde auch schon in anderen Untersuchungen festgestellt.

Die Veränderungen in den Beziehungsdimensionen liegen im Bereich von kleinen und mittleren Effekten (Familienbögen FB). Die Beziehungen sind bei Therapiebeginn nur leicht gestört, wodurch es schwer ist, große Veränderungen zu erreichen. Ein Teil der Veränderungen in den Beziehungsdimensionen vollzieht sich erst nach dem Abschluss der Therapie. Dies bekräftigt die Vermutung aus der ersten Phase der Untersuchung, dass die Veränderungen im Bereich der Beziehungen mehr Zeit in Anspruch nehmen, als in der relativ kurzen Dauer der untersuchten Therapien zur Verfügung stand.

Diskussion. Insgesamt kann man sagen, dass die dokumentierten Behandlungen wirksam sind und dass die Ergebnisse im Vergleich mit ande-

ren Untersuchungen als gut beurteilt werden können. Berücksichtigt man die niedrige Anzahl der verrechneten Therapiestunden, so kann man bei diesen systemischen Behandlungen von einer sehr guten Wirtschaftlichkeit sprechen. Mit den Ergebnissen der Nachbefragung erweisen sich die untersuchten Behandlungen als wirksam und nachhaltig.

Literatur

- Grünwald H, Massenbach K von (2001) Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie: eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. www.orgalife.ch/east.html (4. 12. 2003)
- Grünwald H, Massenbach K von (2003) Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie: eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 53: 326–333
- Massenbach K von (2003) Katamnese Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie (EAST): eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. www.orgalife.ch/east.html (4. 12. 2003)

Hugo Stephan Grünwald
Hochschule für Angewandte
Psychologie HAP, Zürich

Kai von Massenbach
Orgalife, Kleinandelfingen

Jungianer und die Psychotherapieforschung: die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL)

Am Symposium „Seele und Forschung“ vom 27. September 2003 in Zürich, der Schweizerischen Gesellschaft für Analytische Psychotherapie, in Kooperation mit dem C. G. Jung-Institut, wurden die Resultate der PAL-Studie vorgestellt und kritisch gewürdigt. Wir drucken hier die Kurzfassung des Forschungsleiters Guido Mattanza ab. – Die Studie kann unter kontakt@sgap.ch bestellt werden.

Einleitend wird auf das gesundheitspolitische Umfeld eingegangen, das die Schweizerische Gesellschaft für

Analytische Psychologie (SGAP) und das C. G. Jung-Institut in Zürich-Küsnacht (Institut) dazu veranlasst haben, sich mit der empirischen Psychotherapieforschung auseinander zu setzen. Es wird weiter ausgeführt, dass bislang eine Regelung der Weiterbildung in Psychotherapie und die Vergütung der Behandlungen in der Schweiz nicht geregelt ist. Einerseits ist dieser Umstand bedauerlich, andererseits ermöglicht er die Diskussion grundsätzlicher Fragen zur Psychotherapie, bevor einseitige, angeblich kostengünstigere Methoden der Psychothe-

rapie gesetzlich oder auf dem Verordnungsweg bevorzugt werden oder die Ausübung der Psychotherapie durch medikamentöse Behandlungen verdrängt wird. Betont wird die Unverzichtbarkeit der analytischen Langzeitbehandlung für die Behandlung von Patienten, die durch korrigierende emotionale Erfahrungen in der Therapie eine nachhaltige Lösung psychischer Störungen anstrebt. Gerade wenn die klinische Erfahrung und Evidenz vorliegt, dass eine Psychotherapiemethode wirksam ist und sich bewährt hat, ist die systematische Untersuchung der Behandlungen in der Alltagspraxis in geeigneter Form angezeigt, indem die Psychotherapie auch dort untersucht werden soll, wo sie am häufigsten stattfindet, um ein realistischeres Bild von Versorgung und Behandlungsverläufen im Alltag zu bekommen. Neben dem Nutzenachweis der Jung'schen Therapie versteht sich der vorliegende Bericht als bescheidener Versuch, den Verlauf Jung'scher Psychotherapien in zeitgemäßer Sprache zu formulieren und so einer wissenschaftlichen Diskussion zugänglich zu machen.

Ausgangslage und Entstehung der Version Schweiz der PAL-Studie. Seit 1992 befassen sich die SGAP und das Institut mit der empirischen Psychotherapieforschung. Den Anstoß dazu gab das Bestreben, die Psychotherapie in der Schweiz gesetzlich zu regeln und, gemäß der Revision des Krankenversicherungsgesetzes, das Erfordernis des Nachweises von Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie der Qualitätssicherung für Heilbehandlungen, die von der obligatorischen sozialen Krankenversicherung übernommen werden sollen. Für das Engagement begleitend war neben dem Nachweis des Nutzens Jung'scher Psychotherapien, wie sie in der Schweiz von Absolventen des Instituts praktiziert werden, die Überzeugung, dass tiefenpsychologisch fundierte, analytische Therapien für die Behandlung krankheitswertiger psychischer Störungen eine Bedeutung haben und behalten müssen. Nachhaltige Veränderungen lassen sich nicht allein mit Medikamenten oder scheinbar kostengünstigen kurzen manualisierten Behandlungsformen erreichen.

1993 wurde die Erhebung einer Basisdokumentation beschlossen. 1994

wurde die Untersuchung durchgeführt und 1995 unter dem Titel „Jungianer und Psychotherapieforschung“ publiziert. Die Untersuchung war im Hinblick auf ein Forschungsprojekt durchgeführt worden, das sich mit den genannten gesetzlichen Forderungen befassen sollte. Sie hatte als Resultat ergeben, dass die Mitglieder der SGAP und des Instituts ein der Therapiemethode und Behandlungssituation in der Alltagspraxis angepasstes Projekt befürworteten. Die Arbeit an der Basisdokumentation hatte auch zur Erkenntnis geführt, dass die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung eines derartigen Projekts Praktiker der Psychotherapie überfordern und deshalb die Zusammenarbeit mit Forschern erforderlich ist. Auf der Suche nach einem geeigneten Forschungsprojekt ist eine modellhafte Zusammenarbeit in der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL-Studie) von Prof. Dr. med. G. Rudolf und Dr. phil. T. Grande in Heidelberg und Dr. med. W. Keller in Berlin entstanden. Eine privat finanzierte Version Schweiz der PAL-Studie wurde geplant und die Teilnahme mit einem kleinen „zürcher“ Team forschender Praktiker an der multizentrischen, naturalistischen, prospektiven Prozess-Outcome-Studie wurde möglich.

Die Version Schweiz der PAL-Studie. Die Studie will erstmals den Effekt Jung'scher Psychotherapien systematisch anhand von Behandlungsfällen aus der Alltagspraxis von Therapeuten empirisch untersuchen. Die Studie wurde so konzipiert, dass die Behandlungsverläufe möglichst wenig durch die Untersuchung gestört werden sollten. Zum Behandlungsbeginn, zu bestimmten Messzeitpunkten während der Behandlung und zum Behandlungsende wurde der Therapieverlauf auf drei Ebenen untersucht. Erfasst wurden mit entsprechenden Untersuchungsinstrumenten die Patienteneinschätzung, die Einschätzung der Psychotherapeuten sowie die Einschätzung der externen Untersucher. Die Probanden beschrieben ihr Befinden anhand von Selbsteinschätzungsfragebogen ohne spezifischen theoretischen Hintergrund. Die Einschätzung durch die Therapeuten erfolgte ebenfalls mit Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebogen ohne spezifischen theoretischen Hintergrund. Überdies beschrieben die

Therapeuten den therapeutischen Prozess zu den festgelegten Messzeitpunkten in frei formulierten Texten. Bis zu drei besondere Behandlungsstunden zwischen den Messintervallen wurden ferner in gleicher Art beschrieben. Kernstück der Untersuchung war die psychodynamische Befunderhebung nach den Achsen II, III und IV der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) und die Veränderungsmessung durch das Forschungsteam. Die Probanden wurden zu den vorgesehenen Messzeitpunkten für ein Interview ins Studienzentrum aufgebeten. Das semistandardisierte Beziehungsepisodeninterview wurde auf Video aufgezeichnet. Der psychodynamische Befund wurde vom Interviewer und einem zweiten Forschungsmitarbeiter erhoben. Für die Veränderungsmessung waren zwei weitere methodische Schritte erforderlich. Zunächst mussten die beiden gleichen Mitarbeiter anhand eines entsprechenden Manuals aus einer 30 Merkmale enthaltenden Fokusliste jene für jeden Probanden problematischen Bereiche oder Foki bestimmen, die vermutlich seine psychische und körperliche Symptomatik verursachten und aufrechterhielten. Es wurde angenommen, dass der Proband zur Verminderung oder Auflösung seiner Schwierigkeiten am ehesten in den 5 Fokusbereichen etwas verändern müsste. Ein Fokus betraf immer das charakteristische, dysfunktionale Beziehungsmuster des Probanden (OPD-Achse II). In der Regel wurden ferner als Foki zwei charakteristische Konflikte (OPD-Achse III) und zwei charakteristische strukturelle Merkmale (OPD-Achse IV) ausgewählt. In einem zweiten Schritt mussten wieder die gleichen Mitarbeiter einschätzen, welche Haltung der Proband zum Messzeitpunkt gegenüber den für ihn charakteristischen Foki hatte und wie er mit seinen Problembereichen umging. Dazu diente die Heidelberger Umstrukturierungsskala mit dem dazugehörigen Manual. Interessehalber wurde schließlich anhand einer einfachen und nicht überprüften Skala eingestuft, wie der Proband Veränderungen im Alltag umsetzte. Katamneseuntersuchungen nach einem und nach drei Jahren sind teilweise bereits durchgeführt worden und sollen weitergeführt werden.

Zur Frage der Eignung psychoanalytischer Konzepte der OPD zur Untersuchung von Analytischen Therapien nach C. G. Jung. Diskutiert wird die Frage, ob sich psychoanalytische Konzepte zur Untersuchung von analytisch psychologischen Therapien nach C. G. Jung eignen. Am Beispiel der Strukturachse (Achse IV) wird dargelegt, dass die Verwendung der OPD möglich ist, wenn auf die Unterschiede in der Verwendung einzelner Begriffe Rücksicht genommen wird. Namentlich muss die unterschiedliche Verwendung der Begriffe Ich und Selbst beachtet werden. Vereinfachend kann gesagt werden, dass das Selbst der OPD dem Ich-Komplex der Analytischen Psychologie entspricht. Die Beurteilungsdimensionen der Struktur in der OPD lassen sich analytisch psychologisch umformulieren. Für die Strukturachse der OPD lässt sich somit zeigen, dass das Instrument für die Untersuchung der Therapien in der Version Schweiz der PAL-Studie geeignet ist.

Forschungsleitende Vorgaben und Hypothesen. Es wird allgemein angenommen, dass Psychotherapie wirksam ist. Die klinisch praktische Erfahrung zeigt überdies, dass sich die Jung'sche Psychotherapie in der Behandlung von ungezählten Krankheitsfällen bewährt hat. Losgelöst von diesen Annahmen sollen Verlauf und Resultate der Therapien systematisch untersucht werden. Zu den grundlegenden Vorgaben für die Version Schweiz der PAL-Studie gehört, dass nicht im engeren Sinn die Wirksamkeit (efficacy) der Therapien in einer kontrollierten Studie, sondern in einem naturalistischen Design der Nutzen und die Effizienz derselben in der Alltagspraxis untersucht werden soll. Die Studie soll den Therapieverlauf möglichst wenig stören. Wegleitend für die Arbeit war die Überzeugung, dass das Studiendesign geeignet ist, Jung'sche Psychotherapien in der Praxis zu untersuchen. Es wurden eine Reihe von Hypothesen formuliert. So wurde davon ausgegangen, dass die Therapeuten Patienten mit einer breiten Palette von Störungen unterschiedlichen Schweregrades behandeln und sich methodisch, im Setting und bezüglich Therapiedauer den Bedürfnissen der Patienten anpassen. Angenommen wurde, dass ein heterogenes Probandenkollektiv

in der Studie mitmacht, und dass Analysen im engeren Sinn, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und supportive Behandlungen etwa gleich häufig durchgeführt werden. Angenommen wurde ferner, dass das gewählte Studiendesign Aussagen über den therapeutischen Prozess erlaubt sowie dass das Versorgungssystem die Indikationsstellung und den Therapieverlauf beeinflusst.

Methode. Die PAL-Studie wurde bei Anlässen der SGAP und am Institut vorgestellt. Die Therapeuten wurden aufgefordert, mit 1 bis 2 unausgewählten Patienten mit einer krankheitswertigen psychischen Störung nach ICD-10, Kap. V, mitzuwirken. Mit der konsekutiven Aufnahme von Probanden wurde im Herbst 1997 angefangen. Die Rekrutierung von Fällen erwies sich als unerwartet schwierig. Sie musste auf 2 Jahre ausgedehnt werden, um 37 Probanden von 26 Therapeuten in die Studie aufzunehmen. Für eine erste Auswertung wurden die Untersuchungen im Februar 2003 abgeschlossen. 4 Behandlungen waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Zur Prüfung eventueller Selektionseffekte wurden die an der Studie beteiligten Therapeuten und jene, die sich an der Studie beteiligen wollten, aber schließlich keine Fälle einbrachten, nach den Gründen für die Nichtanmeldung potenzieller Studienfälle gefragt. Die Studienkollektive von Probanden und Therapeuten wurden nicht speziell auf ihre Repräsentativität hin geprüft. Ein einfacher Vergleich der Studienkollektive mit den in der Basisdokumentation von 1995 erfassten Angaben über 3200 Patienten und 200 Therapeuten ist jedoch möglich. Von den 37 rekrutierten Studienfällen wurden 2 mit unklarer Indikation von der Auswertung ausgeschlossen. Insgesamt 7 Therapie- und Studienabbrecher zu verschiedenen Zeitpunkten und aus verschiedenen Gründen waren ferner zu verzeichnen. Entsprechend werden hier 28 effektive Studienfälle zum Therapiebeginn nach ihren soziodemografischen Daten, ihren Diagnosen, ihrem Gesundheitszustand und der Beeinträchtigungsschwere ihrer Störung aus der Therapeuten-, der Probanden- und der Untersuchersicht beschrieben. Die bezüglich Beeinträchtigungsschwere erhobenen Befunde

stehen teilweise in einem gewissen Widerspruch zum klinischen Eindruck. In Anbetracht des Umstandes, dass die Vergütung von Psychotherapien durch die Krankenversicherung nicht geregelt ist, interessierte auch die Finanzierung der Therapie für die 28 als effektive Studienfälle bezeichneten Probanden. Der Anteil an Eigenfinanzierung ist beachtlich. Mit den an der Studie beteiligten Therapeuten fanden zur Information über den Studienverlauf und zur Beantwortung technischer Fragen „Begleitgruppensitzungen“ statt, die namentlich der Erfassung von Erfahrungen bei der Mitarbeit in der Studie dienten. Positive Stellungnahmen überwiegen. Es wurden aber auch kritische Stimmen laut. Ausführlich dargestellt wird in diesem Abschnitt ferner das Verfahren zur Datenkontrolle und Erfassung sowie des Auswertungsverfahrens zur nachfolgenden Beschreibung des Therapieverlaufs und der Behandlungsergebnisse für die 28 effektiven Studienfälle. Es sei hier festgehalten, dass in der Auswertung die Therapie- wie Studienabbrecher mit einer relevanten Anzahl Therapiesitzungen mit berücksichtigt wurden. Im Auswertungsverfahren wurden auch durchwegs konservative Maßnahmen getroffen, die den Therapieeffekt eher unterschätzen und gegen die Hypothese der Wirksamkeit der untersuchten Therapien gerichtet sind.

Ergebnisse. Die mittlere Anzahl Sitzungen beträgt 100 Stunden bei den Frauen und 74 Stunden bei den Männern. In der Regel erfolgten die Behandlungen im sitzenden Setting bei einer wöchentlichen Stunde. Nur in schwierigen Situationen fanden vorübergehend zwei wöchentliche Sitzungen statt und nur eine Behandlung fand im Liegen statt. In der Probandenselbsteinschätzung ergab sich in den Symptomskalen des PSKB-Se-R und für den GSI der SCL-90-R sowie in mehreren Einzelskalen der beiden Untersuchungsinstrumente ein hochsignifikanter Rückgang der Werte im Vergleich von Therapiebeginn und Therapieende ($p < 0,001$). Auch die Abnahme der IIP-Staninewerte ist hochsignifikant ($p < 0,001$). In einer globalen Einschätzung beurteilten über 90% der Probanden das Behandlungsergebnis als deutlich oder sehr positiv. In der gleichen Einschätzung

zung bezeichneten 80% der Probanden das Aufwand-Nutzen-Verhältnis ihrer Behandlungen als gut, sehr gut oder maximal positiv. Die Therapeuten beurteilten das Therapieresultat für ihre Probanden nach den Bereichen psychische Beschwerden, körperliche Beschwerden, Schwierigkeiten in Beziehungen zu Menschen, Bewältigung von Lebensanforderungen im Alltag, Leistungsfähigkeit, Freude und Genussfähigkeit, Selbstwertgefühl und allgemeine Lebenszufriedenheit. Falls ein Bereich in einem konkreten Behandlungsfall unwichtig gewesen war, konnte dies separat vermerkt werden. Die Angaben der Therapeuten zeigen für alle Bereiche mehr oder weniger ausgeprägt eine deutliche, gute oder sehr gute Verbesserung zum Therapieende an. Die Verbesserung hat für alle Probanden betragen: 75% im Bereich psychischer Beschwerden, 50% im Bereich körperlicher Beschwerden, 45% im Bereich Bewältigung äußerer Lebensanforderungen (soweit dieser von Bedeutung war), 67% im Bereich Schwierigkeiten in Beziehungen zu Menschen, 37% im Bereich Leistungsfähigkeit (soweit dieser von Bedeutung war), 30% im Bereich Freude und Genussfähigkeit, 89% im Bereich Selbstwertgefühl und über 75% im Bereich allgemeiner Lebenszufriedenheit. Für 75% der Probanden schätzten die Therapeuten global das Behandlungsergebnis als positiv ein. Für 55% der Probanden beurteilten sie das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der Therapie als gut, sehr gut und maximal. Als nicht befriedigend wurde das Verhältnis in 22% der Fälle beurteilt. Das Kernstück der PAL-Studie ist die Beurteilung des Behandlungserfolges als Umstrukturierungswert durch die Untersucher aufgrund der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Auf der 7-stufigen Skala ergab sich ein Anstieg der mittleren Umstrukturierung für alle Probanden und alle ausgewählten Foki von 2,7 Punkten, unabhängig davon, ob in der Auswertung nur die abgeschlossenen Behandlungsfälle ($n = 23$) oder die noch laufenden Fälle sowie die Therapie- und Studienabbrecher mit einer relevanten Behandlungsstundenzahl mitberücksichtigt wurden ($n = 32$). Zum Therapieende wurden unterschiedlich hohe Umstrukturierungswerte erreicht. In manchen Fäl-

len wurden für einzelne Foki Werte um 6, in anderen Fällen kaum Werte um 4 erreicht. Die Probanden lassen sich aufgrund der erreichten höchsten Umstrukturierungswerte in drei Verlaufsgruppen oder Verlaufstypen einteilen. Abgebildet werden damit gut die Verhältnisse der psychotherapeutischen Alltagspraxis. Die Einteilung in Verlaufstypen soll einem besseren Verständnis des therapeutischen Geschehens dienen und darf nicht als Bewertung der Behandlungsergebnisse verstanden werden. Beim Verlaufstyp I erreichen die Probanden maximal für zwei Foki den Umstrukturierungswert 4-. Dies bedeutet, dass bestenfalls erst in Ansätzen eine aktive Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten stattfindet. Aus klinischer Sicht geht es bei diesen Probanden in der Therapie um mögliche Veränderungen des Verhaltens. Es besteht oft eine schwankende Therapiemotivation und Therapieabbrüche sind relativ häufig. In vielen Fällen wird aber eine psychische Stabilisierung sowie eine Veränderung der äußeren Lebenssituation im Sinne einer Entlastung erreicht. Im Verlaufstyp II erreichen die Probanden für mindestens zwei Foki den Wert 4-, aber für weniger als 2 Foki den Wert 5-, was bedeutet, dass es bei diesen Probanden zumindest in einzelnen Bereichen ein Bewusstsein dafür gibt, dass die eigene Person der Ursprung von Schwierigkeiten ist. Aus klinischer Sicht findet ein therapeutischer Prozess statt. Es resultiert die Entwicklung neuer Fähigkeiten im Alltag und eine bessere Lebensbewältigung. Beim Verlaufstyp III erreichen die Probanden für mindestens 2 Foki den Wert 5-, was bedeutet, dass nach dem Anerkennen von Schwierigkeiten als etwas Eigenes die Auflösung von blockierenden Mustern möglich wird. Aus klinischer Sicht findet ein analytischer Prozess statt. Als Folge der Persönlichkeitsveränderung ergeben sich auch im äußeren Leben Veränderungen in einzelnen oder vielen Bereichen. Von Interesse ist die Frage, welche Faktoren einen Einfluss darauf haben könnten, ob ein Proband zum Therapieende der Verlaufsgruppe I, II, oder III zuzuordnen ist. Es wurde ein Vergleich zwischen den Verlaufsgruppen für die Variablen Geschlecht, Alter, Bildung, Gesundheitszustand, Störungsschwere, An-

zahl Therapiesitzungen und Therapiedauer gemacht. Ein Unterschied ergab sich für das Bildungsniveau. Alle Probanden der Verlaufsgruppe III hatten eine Matura oder einen Hochschulabschluss. Bei der Verlaufsgruppe I waren im Jahr vor Therapiebeginn die meisten, bei Verlaufsgruppe III die wenigsten Arbeitsunfähigkeiten zu verzeichnen. Die Haupt- oder Nebendiagnose Persönlichkeitsstörungen war in der Verlaufsgruppe I am häufigsten und in der Verlaufsgruppe III am seltensten anzutreffen. Im Allgemeinen war das Strukturniveau der Probanden von Verlaufsgruppe III am häufigsten gut. In Verlaufsgruppe I waren die Konflikte Autonomie versus Abhängigkeit und Selbstwertkonflikte, in Verlaufsgruppe II der Konflikt Autarkie versus Versorgung und in Verlaufsgruppe III ödipal-sexuelle Konflikte am häufigsten vertreten. Der Vergleich der Medianwerte der Therapiestundenzahl und Therapiedauer ergibt für die Verlaufsgruppe I 57 Stunden in 25 Monaten, für die Vergleichsgruppe II 87 Stunden in 38 Monaten und für die Vergleichsgruppe III 120 Stunden in 42 Monaten. Die mittlere Umstrukturierung beträgt im Verlaufsgruppenvergleich für die Gruppe I 2,5 Punkte, für die Gruppe II 2,7 Punkte und für die Gruppe III 3,0 Punkte auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala. In diesem Abschnitt wurde ferner für jeden Verlaufstyp ein Fallbeispiel geschildert und als Abbildung die ausgewählten Foki, der Umstrukturierungsverlauf, die Behandlungsstundenzahl sowie die Gegenübertragung der Therapeuten gemäß SGRT dargestellt.

Textanalysen. Für die Auswertung der vorliegenden Therapeutentexte wurde das in Heidelberg entwickelte Kategoriensystem von Pauli-Magnus und Wilke modifiziert und ergänzt. Die Textanalysen geben einen guten Einblick über das Geschehen und über Auffälligkeiten in den Prozessverläufen in den vorliegenden an C. G. Jung orientierten tiefenpsychologischen Therapien. Es werden Fallbeispiele der Textauswertung bei größtmöglicher Diskretion und Rücksicht auf die Probanden in der kategorisierten Form im Anhang der Studie beigelegt, sodass sich der interessierte Leser ein eigenes Bild des therapeutischen Prozesses machen kann. Hingewiesen wird auf wichtige Konzepte

wie Individuation oder das Konzept des „Inneren Kindes“, da sich in ihnen die grundlegenden Probleme aller Probanden spiegeln, ihre häufig anzutreffende Selbstwertproblematik und ihre Sehnsucht nach sich selbst. Die Analysen der Therapeutentexte zeigen in den meisten Fällen eine gute Übereinstimmung mit den Selbsteinschätzungen der Probanden und den Beurteilungen des Therapieverlaufs und den Behandlungsergebnissen der Untersucher. Es wurde auch eine große Vielfalt der Behandlungsmethoden der Therapeuten und Settingwechsel festgestellt, die sich deutlich an den Bedürfnissen der Probanden orientierten. Im Hinblick darauf, dass die Textanalysen allgemein lesbar sein sollen, wurde weitestgehend auf die Verwendung Jung'scher Begriffe verzichtet.

Diskussion und Ausblick. Es wurde keine Untersuchung der Repräsentativität des Therapeutenkollektivs und die von ihm behandelten Fälle für die Gesamtheit der Jung'schen Therapeuten gemacht. Die Basisdokumentation von 1994 steht für einen einfachen, hier diskutierten Vergleich zur Verfügung. Probanden- und Therapeutenkollektiv sind mit den damals erfassten über 3000 Behandlungsfällen und rund 200 Therapeuten vergleichbar. Auch das untersuchte und hier ebenfalls diskutierte Verhalten der Therapeuten bei der Probandenrekrutierung ist für die Alltagspraxis natürlich und plausibel. Den Behandlungsverlauf und das Therapieresultat beeinflussende Selektionsmechanismen sind unwahrscheinlich. In einer multizentrischen Studie taucht unweigerlich die Frage auf, ob die Probandenkollektive, die Therapieverläufe und Behandlungsergebnisse untereinander vergleichbar sind. Die Voraussetzung für einen Vergleich wäre das Vorliegen annähernd vergleichbarer Rahmenbedingungen. Es wird deshalb relativ ausführlich den sehr großen Unterschieden zwischen der Schweiz und Deutschland in der psychotherapeutischen Versorgung nachgegangen.

Es liegt der Schluss nahe, dass ein Vergleich nicht möglich ist. Die Betrachtung der Unterschiede im Versorgungssystem und namentlich auch in der Vergütung der Psychotherapie macht vielmehr Unterschiede zwischen der Version Schweiz der PAL-

Studie und der Studie in Deutschland bezüglich Probandenkollektiv und Therapieverlauf verständlich. Insgesamt zeigen die Fallverläufe, die Behandlungsergebnisse und die Textanalysen einen praxisnahen Ausschnitt der psychotherapeutischen Basisversorgung in der Schweiz. Die untersuchten Behandlungen sind aus der Sicht der Probanden, der Therapeuten und der Untersucher wirksam und nützlich. Eine zumeist gute Übereinstimmung der Beurteilungen auf allen drei Beobachtungsebenen ist festzustellen. Die Therapeuten passen sich bezüglich Behandlungsmethode, Setting, Sitzungsfrequenz, Zielsetzung und Behandlungsdauer den Bedürfnissen der Probanden an. Es wird die Einteilung der Behandlungsverläufe in Verlaufstypen ausführlich diskutiert, indem sich hier Faktoren erkennen lassen könnten, die den Therapieverlauf entscheidend beeinflussen. Auffällig sind die Korrelationen zwischen Strukturniveau, den als Foki ausgewählten Konflikten, der „Therapiedosis“ und dem Therapieverlauf. Es zeigt sich, dass unter geeigneten Voraussetzungen die „Therapiedosis“ das Behandlungsergebnis beeinflusst. Insbesondere wird hier auch die Frage angeschnitten, warum die Verlaufsbeurteilung bei den Probanden von Verlaufsgruppe I, der Gruppe mit den niedrigsten erreichten Werten auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala, den Untersuchern am meisten Schwierigkeiten bereitet hat. Diskutiert werden ferner Aspekte der Analyse der Therapeutentexte, die naturgemäß am ehesten eine Brücke zu Jung'schen Konzepten schlagen lassen. Diskutiert werden kurz im Zusammenhang mit der Untersuchung die Begriffe „Individuation“, „Inneres Kind“ und „Regression“. Die bisher untersuchten Katamnesen nach einem und drei Jahren sind noch nicht ausgewertet. Ein erster Überblick zeigt teilweise die Nachhaltigkeit des Therapieergebnisses und das Fortschreiten der Entwicklung nach dem Therapieende, was sich auch auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala abbilden lässt. Erwähnt sei auch, dass die PAL-Studie überleitet zu einem möglichen und geeigneten Qualitätssicherungskonzept für die Jung'schen Therapien in der Schweiz. Die Diskussion schließt mit der Überprüfung der forschungsleitenden Hypothesen in Kapitel 7.

Abschließend sollen hier die in Kapitel 7 aufgestellten forschungsleitenden Hypothesen auf ihre Bestätigung hin überprüft werden.

- Jung'sche Therapeuten behandeln effizient Patienten mit einer breiten Palette von Störungen von unterschiedlichem Schweregrad. Die Hypothese konnte bestätigt werden. Jung'sche Therapeuten haben in der Schweiz Anteil an der praktischen psychotherapeutischen Basisversorgung und behandeln unausgewählte Patienten mit einer breiten Palette von Störungen.

- Therapiemethode, Setting und Therapiedauer werden den Bedürfnissen der Patienten angepasst und sind daher variabel. Die Hypothese kann bestätigt werden. Den Textanalysen sind ganz unterschiedliche patientenangepasste Arbeitsmethoden zu entnehmen. Setting, Sitzungszahl und Therapiedauer variieren sehr stark und sind den individuellen Behandlungssituationen angepasst.

- Das Gleiche gilt für die in den Therapien behandelten Themen und Fokusbereiche. Entsprechend werden a priori keine Therapieziele vorausdefiniert. Auch diese Hypothese trifft gemäß dem Konzept der Jung'schen Psychotherapie erwartungsgemäß zu. Hier fragt sich allerdings, ob nicht eine gewisse Straffung der Behandlungsmethodik wünschbar wäre.

- Analysen im engeren Sinn, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und supportive, begleitende Therapien werden von Jung'schen Psychotherapeuten etwa gleich häufig durchgeführt. Auch diese Hypothese kann bestätigt werden und untermauert die Feststellung, dass die Jung'schen Therapeuten in der Schweiz eine breitgefächerte Palette von Patienten psychotherapeutisch betreuen. Der im Zusammenhang mit Jung'schen Therapien verwendete Begriff Analyse ist irreführend.

- Das Versorgungssystem beeinflusst den Verlauf und die Dauer der Psychotherapien. Diese Hypothese wird durch die Erfahrungen in der Zusammenarbeit in der gesamten PAL-Studie gestützt. Es wäre sinnvoll, den hier diskutierten Fragen weiter nachzugehen.

- Aussagen zum therapeutischen Prozess sind mit dem gewählten Untersuchungsansatz und namentlich

aufgrund der durchgeführten Textanalysen möglich. Die Hypothese kann bestätigt werden, wobei zum komplexen Geschehen in psychotherapeutischen Prozessen verhältnismäßig bescheidene Aussagen möglich sind.

- Nachhaltige Veränderungen des Beziehungsverhaltens, der Konfliktbewältigung und der psychischen Struktur von Patienten sind nur mit langdauernden Therapien und mit einem entsprechenden Engagement von Patienten und Therapeuten zu erreichen. Diese Hypothese kann na-

mentlich durch den Vergleich von Verlaufstypen bestätigt werden.

- Veränderungsprozesse halten bei Analytischen Langzeittherapien über das Therapieende hinaus an, was mit Katamneseuntersuchungen dargestellt werden kann. Bisher wurden die Katamneseuntersuchungen noch nicht systematisch ausgewertet. Ein erster Überblick scheint die Hypothese zu bestätigen.

*Guido Mattanza
Psychosoziale und Psychosomatische
Medizin APPM, Zürich*

selbst in ihrer Theorie und Praxis ein äußerst komplexer Gegenstand ist.

Um aber keinen nomothetischen Reduktionismen aufzusitzen, denn das „Gold“ der randomisierten, kontrollierten Studien, die unter „Laborbedingungen“ exakt gemessene Wirksamkeit nachweisen, ist nicht alles, müssen auch naturalistische, ökologisch valide Studien im Praxisfeld durchgeführt werden, die erprobte und bewährte Wirkungen nachweisen. Sie sollten auf jeden Fall – wie wir das gemacht haben – eventuelle Nebenwirkungen mit untersuchen und – wo immer möglich – auch Angehörige mit einbeziehen sowie Lebensqualitätsverbesserungen erfassen. Dabei werden neben validierten, standardisierten Messverfahren auch qualitative Forschungsansätze einzubringen sein, die dem hohen Stand moderner qualitativer Forschung entsprechen. Vorteilhaft sind die von uns so bezeichneten „sophisticated designs“, die quantitative, qualitative, psychophysiologische und netzwerkrelevante Parameter erheben, wie wir im Charta-Forschungs-Colloquium dargelegt hatten.

Ist „Evidence-Based Psychotherapy“ wirklich das, was wir brauchen?

Ja, ganz ohne Zweifel brauchen wir diesen Ansatz in der Psychotherapieforschung und der auf ihr gründenden Praxis auch, nur: in zugepassster Form, denn dieser Weg der Wirksamkeits- und Sicherheitsüberprüfung wurde in der somatischen Medizin und Pharmakologie entwickelt, kann also nicht eins zu eins auf die Psychotherapie übertragen werden

Wo ihre Gefahren liegen, muss auch klar sein bzw. werden. Nennen möchte ich: das Selektieren kleiner, besonders schwieriger PatientInnengruppen, für die nicht genügend Studien generiert werden können, die eine Evidenzbasierung möglich machen, und die dann schwere Benachteiligungen erfahren könnten; weiterhin das Absterben kleinerer Verfahren, die keinem forschenden Mainstream zugehören, an dessen Evidenzen sie sich anschließen können. Auch das wäre höchst bedenklich, weil damit wertvolle klinische Wissensstände verloren gehen können. Die Integrative Therapie folgt in dieser Frage einem Weg „differentieller Evidenzbasierung“. Sie prüft, wel-

Positionen zur Psychotherapieforschung, Entwicklungen im Feld, Schweizer Charta für Psychotherapie und persönliche Standpunkte

Professor Hilarion G. Petzold, Düsseldorf, beantwortet Fragen, die Theodor Itten formulierte.

Sie haben seit Anfang 1971 in der Schweiz gearbeitet, Ausbildungen in Gestalttherapie, Integrativer Therapie, Integrativer Leib- und Bewegungstherapie durchgeführt und leiten bis heute hier Ausbildungsgruppen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Sie arbeiten in der „Charta“ seit ihrer Gründung mit, u. a. im Ergänzungsstudium für den Bereich „klinische Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne“. Sie sind mit Fragen, die uns hierzulande beschäftigen, vertraut, haben durch ihre Tätigkeiten in den Niederlanden, der Bundesrepublik Deutschland und Österreich gleichfalls einen breiten Einblick in die dortigen Entwicklungen des psychotherapeutischen Feldes.

Nach all den vielen wissenschaftlichen Publikationen und Forschungsarbeiten im Bereich der Psychotherapie und angrenzender Felder in den vergangenen 30 Jahren interessiert uns: Welchen Forschungsansatz in der Psychotherapie braucht man Ihrer Meinung nach heute?

Grundsätzlich wird eine plurale, vielfältige Forschungskultur benötigt, die verschiedenen Forschungswegen, ja Paradigmen Raum gibt. Wissenschaft ist auf vielfältige – durchaus auch strittige – Diskurse angewiesen, auf den POLYLOG, das vielfältige Gespräch nach vielen Seiten und zwischen vielfältigen Menschen und Menschengruppen. Ich hatte die POLYLOG-Konzeption ursprünglich 1968 für die Arbeit in Psychotherapiegruppen formuliert: Gruppen sind in der Regel nicht dialogisch, sondern das Gespräch geht nach allen Seiten. Sicher auch unter dem Eindruck des Diskussionsklimas in dieser Zeit meiner Pariser Studienjahre habe ich auch eine Position entwickelt, die grundsätzlich eine „Kultur der Pluralität“ favorisiert. Gerade die Psychotherapie braucht solche Breite, denn PsychotherapeutInnen arbeiten mit vielfältigen Menschen und Menschengruppen, und das macht pluriforme Zugangsweisen erforderlich und differentielle Wege der Forschung, auch weil die Psychotherapie

che Art der Psychotherapieforschung welche Art von „Evidenzen“ festgestellt hat und ob diese von der Behandlungsphilosophie und -methodik so „konzeptsynton“ sind, dass sie in den „Integrativen Rahmen“ übernommen werden können. Wir vertreten nämlich – mit Ferenczi übrigens, der sein ganzes Forscherleben der Verbesserung von Behandlungsmöglichkeiten gewidmet hat – dezidiert, dass PatientInnen das Recht haben, mit den besten vorhandenen methodischen Möglichkeiten behandelt zu werden (jeder Psychotherapeut würde bei einer somatischen Erkrankung das beste Medikament für sich beanspruchen). Best practice ist kein unbilliger Größenanspruch, sondern eine ethische Selbstverständlichkeit. Dabei muss noch der Faktor der Dauer und der Kosten kritisch-selbstkritisch von den Psychotherasieverfahren in den Blick genommen werden.

Bei den Fragen der Evidenzbasierung in der Psychotherapie steht man noch in den Anfängen, d.h., dass dieses Paradigma noch nicht (und vielleicht nie) als das Alleinige dastehen wird und dastehen kann. Selbst in der somatischen Therapie geht das nicht. Man muss auch hier auf die Risiken und Nebenwirkungen für ganze Patientenpopulationen schauen, die durch die Kostenträger dann benachteiligt werden könnten. Man muss die „Evidenz der Evidenzbasierung“ untersuchen. Aber prinzipiell ist Evidenzorientierung eine sehr gute Sache, denn sie dient der PatientInnensicherheit.

In bestimmten Kreisen der Psychotherapie wird diese Diskussion, das muss man doch klar sehen und sich eingestehen, zumeist defensiv geführt, weil in diesem eher konservativen Milieu Neues Angst macht, Misstrauen erweckt, u.a. auch weil viele Verfahren und Methoden diese Art von Forschung nicht leisten wollen oder können. Aber dann müssten sie sich zusammenschließen. Wir haben das in den Chartacolloquien wieder und wieder begründet.

Zuweilen werden ethische Argumente ins Spiel gebracht: Missbrauch der Patienten für Forschung, Beschädigung der Integrität des „psychotherapeutischen Raumes“. Diese Argumente muss man auf ihre Motivationen und Hintergründe kritisch befragen, denn gute Untersuchungen

sichern ja gerade die Gesundheit und Integrität von PatientInnen. Und wenn man forschungsethisch bewusst und selbstkritisch arbeitet, die durch forschungsethische Rahmenrichtlinien (z. B. auf EU-Ebene, universitäre und fachverbandliche Reglements) vorgegebenen Standards sorgfältig einhält, dann verlieren die Bedenken an Gewicht. Ich habe noch immer genügend PatientInnen gefunden, die breit informiert „im informed consent“ bei Untersuchungen mitgewirkt haben, Freude an der Mitwirkung gefunden haben und Gewinn von der Mitwirkung hatten.

Natürlich muss man als Therapeut oder Therapeutin und als Therapie-richtung bereit sein, wenn man sich der kritischen Überprüfung von Theorie und Praxis durch Forschung stellt, anzunehmen, dass die eigenen Positionen fehlerhaft sein können, bereit auch, sie – wo erforderlich (und man wird das wohl nicht umgehen können) – zu revidieren, zu erweitern, als falsifiziert abzulegen.

Zu welchen Fragen forschen Sie jetzt?

Im Moment bin ich auf Forschungen im Bereich der Traumatherapie zentriert u.a. im Praxisfeld mit traumatisierten Menschen im ehemaligen Jugoslawien. Weiterhin befasse ich mich mit der Untersuchung besserer Therapiemöglichkeiten in der Behandlung alter Menschen, ein altes Anliegen, das derzeit große gesellschaftliche Relevanz hat. Ein weiterer Schwerpunkt liegt bei Forschungen und Konzeptentwicklungen in der Behandlung von Suchtkranken. Besonders die Wirkung von „protektiven Faktoren und Resilienzen“, zwei Konzepte aus der „klinischen Entwicklungspsychologie“, die ich in den Bereich der Psychotherapie eingeführt habe und die überhaupt noch nicht in der erforderlichen Breite aufgenommen wurden, sind mir ein Anliegen – und das sind schulenübergreifend gültige Konzepte!

Ein besonderer Schwerpunkt liegt seit einigen Jahren bei der Supervisionsforschung. Neben eigenen großen Untersuchungen in der Ausbildungsforschung mit „sophisticated designs“, in denen (mit einer Kontrollgruppe) quantitative und qualitative Methoden eingesetzt wurden, haben wir die Literatur internationaler Supervisionsforschung aufgearbeitet

und kritisch evaluiert mit zum Teil schlechten Resultaten für die Supervision: es gibt kaum kontrollierte Studien, keine Wirkungsnachweise auf der Patientenebene, keine einzige Studie, die den Nachweise für die oft behaupteten burn-out-prophylaktischen Effekte bringt; es gibt gute Nachweise für eine positive Wirkung für die Mitarbeiter.

Supervision in Psychotherapieausbildungen lässt supervisionsmethodisch häufig zu wünschen übrig, da keine spezifisch ausgebildeten Supervisoren, sondern zumeist „senior practitioners“, altgediente Lehrtherapeuten, als Supervisoren fungieren. Als Teil der schulenspezifischen Identitätsbildung, synchronisiert die Supervision auf die Positionen der Schulen, d. h. auf ihre Dogmen, Irrtümer und Vorurteile. Methodenplurale Supervisionserfahrung wäre hier wünschenswert. Die „Charta“ hätte aufgrund der bestehenden und möglichen Kooperationen zwischen ihren Mitgliedsinstitutionen gute Chancen, ein Modell zu installieren, wo ein Teil (ein Drittel oder Viertel) der geforderten Supervision bei Supervisoren eines anderen Paradigmas abgeleistet werden sollte. Wiederum müsste dahinter ein Bewusstsein einer gewissen Defizienz bei den einzelnen Schulen stehen, das Wissen auch, dass Erweiterungen fruchtbar sein könnten, auch wenn nicht nur systemimmanent im eigenen Diskurs konzeptualisiert wird. Solche Prozesse zu erforschen – nämlich die einer Feldentwicklung (des Feldes der Psychotherapie), die einer Organisationsentwicklung – ist äußerst spannend und auch eine Aufgabe von Supervisionsforschung.

Was für eine Epistemologie braucht die Psychotherapie als Wissenschaft?

Das ist keine schnell zu beantwortende Frage. Nur soviel: auch in der Epistemologie – wie in allen relevanten Wissens- und Forschungsbereichen – brauchen wir eine Vielfalt an Paradigmen. Für die praktische Psychotherapie und eine Forschungsorientierung in der Psychotherapie sollte eine epistemologische Position gewählt werden, die sowohl für anthropologische, ethische wie auch forschungslogische Fragestellungen gute „Anschlussmöglichkeiten“ bietet. Das klingt ein wenig nach der „Quadratur des Kreises“. Aber wenn

Psychotherapie sich in einem „biopsychosozialen Modell“ verortet, einem „biopsychosozialökologischen“ gar, dann müssen Brücken zwischen dem naturwissenschaftlichen und dem kultur- bzw. sozialwissenschaftlichen (wenn man so will „geisteswissenschaftlichen“) Paradigma geschlagen werden. Wir haben das in den Charta-Texten ausgeführt. Die Epistemologie wird demnach eine wichtige „Brückenfunktion“ haben. Obskurantistische Positionen oder sehr einseitige Konzepte sind hier nicht hilfreich. Ideologien müssen gut begründet sein und fachlich legitimiert werden können. Die gesamte Frage müsste eigentlich fachphilosophisch fundiert (möglichst unter Mitarbeit von Fachphilosophen) „kritisch“ untersucht werden: welche Paradigmen eignen sich für welche Praxis.

Metahermeneutik als eine von mir für diesen Zusammenhang entwickelte epistemologische Position versucht, sich solchen Problemen, soweit dies möglich ist, zu nähern. Sie ist nicht nur eine „Beobachtung zweiter Ordnung“, nicht nur eine „Reflexion des Reflektierens“, sondern sie nimmt die Neurobiologie der reflexiven Prozesse und ihre kulturalistischen Imprägnierungen mit in den Blick, um über die Exzentrizität hinaus eine Hyperexzentrizität zu gewinnen – ein Unterfangen, das Interdisziplinarität unverzichtbar braucht, um die Chance zu gewinnen, dass durch hohe Konnektivierung interkultureller Wissens- und Erkenntnisstände, die jede Monodisziplinarität, ja Multidisziplinarität überwinden, „transdisziplinäre“ Erkenntnisse emergieren können.

Wie, denken Sie, wird sich das interdisziplinäre Berufsfeld der Psychotherapeutinnen in den kommenden 10 Jahren verändern?

Diese Frage wird in den unterschiedlichen europäischen Ländern unterschiedlich zu beantworten sein. In der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Störungen von Krankheitswert wird die traditionelle Psychotherapie einen Teil ihres Bodens an die psychiatrisch-medikamentöse Behandlung verlieren. Depressionen, Angststörungen werden noch erfolgreicher mit Medikamenten behandelt werden können als schon bisher, und auch die Posttraumatischen Belastungsstörungen wer-

den medikamentös besser (und nebenwirkungärmer) angebar werden, als das bisher der Fall ist. Das ist aber prinzipiell kein Schaden für die Psychotherapie. Denn statt zu versuchen, bei major depressions den dysregulierten Serotoninhaushalt mit tiefenpsychologischen Interpretationen oder gestalttherapeutischen Awareness-Übungen mehr oder minder erfolglos zu beeinflussen, werden in einer „anschlagenden“ medikamentengestützten Psychotherapie die eigentlichen „psychologischen“ Therapiemomente besser zum Tragen kommen (Beziehungsprobleme, Motivationsfragen, Sinnfragen, Anforderungen an Lebensmanagement in einer hyperflexiblen Welt usw.). Die Bedeutung klassischer Langzeitanalysen wird weiter abnehmen. Kombinatorische Therapien (Psychotherapie, Medikation, Sporttherapie) werden zunehmen, weil sie wirksamer sind. Gesundheitsberatung und berufliches Coaching werden stärker in die Praxen von PsychotherapeutInnen Eingang finden. Der „Markt“ wird sich bereinigen, d.h. Psychotherapie zu Lasten der Kassen wird deutlich „gedeckelt“ sein, und der Markt wird das Überangebot von therapeutischen Anbietern nicht mehr absorbieren können, sodass die Situation der Praxen noch schwieriger wird. Qualität und Innovation werden sich indes behaupten können.

Psychotherapeuten sind gut beraten, wenn sie diese Fragen gemeinsam erörtern, und wenn sie schulen- bzw. richtungsübergreifend zu planen und zu handeln versuchen, d.h. an diesen Entwicklungen so intensiv wie möglich in „fundierter Kollegialität“ miteinander arbeiten. Schulhermetik oder Richtungsegoismen müssen zurückstehen und man muss wirklich darum bemüht sein, voneinander und miteinander zu lernen. Dass das sehr schwierig ist, hat der Prozess der „Wissenschaftscolloquien“ der Charta gezeigt. Ich habe nicht festgestellt – aber vielleicht ist meine Optik auch eingeschränkt –, dass irgendeine „Schule“ etwas an ihren Basispositionen verändert hätte oder offen Konzepte einer anderen „Schule“ übernommen hätte. Und dennoch haben sich Qualitäten verändert, ist das Gespräch in einer wertschätzenden Form geführt worden. Und das ist sehr viel. Aber voneinander lernen?

Dazu müssen die Prozesse sicherlich weiter gehen, das bedarf einer vertieften Auseinandersetzung mit dem „anderen Diskurs“. Um den zu ermöglichen, haben wir unsere wesentlichsten Beiträge zum Charta-Prozess ins Netz gestellt und hoffen, dass andere diesem Beispiel folgen.

Was ist gegenwärtig für die Psychotherapie in der Gesundheitspolitik notwendig?

Auch das ist sicherlich länderspezifisch zu sehen. Ganz allgemein werden die großen gesellschaftsstrukturellen Probleme auf die Psychotherapie durchschlagen – und sie erscheint mir dafür durch ihre Mittelschichtorientierung, eine gewisse Lebensferne und Weltfremdheit, die ihr eignet (zumindest mit Blick auf große Bevölkerungsgruppen und ihre Probleme), noch wenig gerüstet. Die demographischen Umwälzungen der „auf den Kopf gestellten“ Alterspyramide, wird für die „neuen Alten“ wie für die Jungen größte Probleme aufwerfen

Die immer noch mageren Versuche der Psychotherapeuten in der Alterspsychotherapie jenseits des erforderlichen sozialgerontologischen und alterspsychologischen Wissens, ohne Forschungsfundierung und spezifische Behandlungskonzepte und Methoden hinken hinter den Entwicklungen hinterher.

Die Jungen werden an den Überlastungen, die aus dieser Situation resultieren, nicht nur materiell, sondern auch psychisch zu tragen haben. Ihre Lebens- und Arbeitssituation verschärft sich durch die geforderte und erforderliche Hyperflexibilisierung. Überlastung als lifestyle, neue Formen von life style communities zur Kompensation von Überlastung (bislang von der Psychotherapie noch kaum genutzt), Anstieg des Konsums legaler, halblegaler oder illegaler Drogen, Beziehungs-, Familien-, Netzwerkzerfall – hier müssen und können Psychotherapeuten wichtige Teilantworten finden.

Man müsste sich endlich einmal ernsthafte mit den „Krankheitsursachen im Erwachsenenleben“ auseinandersetzen, ohne den beständigen Rekurs auf die frühe Kindheit – eine kollektive Vermeidungsstrategie der erwachsenen Psychotherapeutinnen vor den hardships des Erwachsenenlebens und seinen vielfältigen patho-

genen Situationen. Die „Entwicklungspsychologie des Erwachsenenlebens“ ist für die Mehrzahl der PsychotherapeutInnen noch terra incognita. In praktisch keinen klinischen Veröffentlichungen findet man einen Bezug auf die relevante Literatur. In der Arbeitswelt finden wir einen Großteil der pathogenen Belastungen und Überlastungen (und ich denke hier nicht nur an das teilweise modisch vorangetriebene Thema Mobbing, das in der Selbsthilfeszene mehr Beachtung findet als in der Psychotherapie). Das Traumathema dominiert, und dabei stehen wieder die „frühen“ Traumatisierungen im Vordergrund. So wichtig dieses Thema auch ist – führt es aber derzeit schon zu einem massiven overdiagnosing und verstellt damit auch den Blick auf die pathogene Qualität der Verschleißgesellschaft im Turbokapitalismus mit ihren vielfältigen Ungerechtigkeiten und Unrechtswirkungen. Dennoch strömen die KollegInnen in die Traumatherapieausbildungen – meine Kurse und die anderer ExpertInnen sind voll, und ich finde in ihnen vielfach TherapeutInnen, die nur höchst selten mit PTBS oder AkuttraumapatientInnen zu tun haben. Ich meine, PsychotherapeutInnen müssen sich mit den Problemen befassen, an denen die PatientInnen heutzutage wirklich mehr und mehr erkranken, und das sind überstressende, unbefriedigende, belastende und Ängste auslösende Arbeitssituationen und Sozialbeziehungen. Hier entstehen zunehmend psychische und psychosomatische und somatoforme Störungen. Hier brauchen Menschen Hilfe, hier entstehen erhebliche volkswirtschaftlich relevante Kosten. Hier muss man Angebote machen, Forschung auf den Weg bringen, sich gesundheitspolitisch ins Spiel bringen, Politiker überzeugen, dass Psychotherapie für Job Stress, Job Fatigue, innere Kündigung, Burn-out-Erkrankung (sie gehörte in ICD bzw. DSM) relevante Hilfen zu bieten hätte.

Gesundheitspolitisch und therapie-theoretisch hielte ich es für außerordentlich wesentlich, dass PsychotherapeutInnenverbände aktiv mit PatientInnenverbänden zusammenarbeiten

Gesundheitspolitik sollte nicht nur von Politikern, ständischen Interessenvertretern, Verbandsfunktionären, Kostenträgern etc. gemacht wer-

den, sondern auch unter gewichtiger Beteiligung derer, um die es in Sonderheit geht. Sie müssten in allen wichtigen Gremien mitarbeiten, sollten herbeigebeten werden.

Welche Anregungen haben Sie für eine Charta-initiierte Forschung in der Schweiz?

Vieles habe ich in den vorausgehenden Ausführungen schon angesprochen. Eine komplexe moderne Forschungskonzeption haben wir im Rahmen der Wissenschaftscolloquien der Charta vorgestellt. Kurz auf den Punkt gebracht Folgendes: Es kommen m. E. nur polyzentrische Studien in Frage, die den Ansprüchen und Standards der internationalen Psychotherapieforschung entsprechen, und die wandeln sich gerade wieder einmal durch die Möglichkeiten, die die bildgebenden Verfahren und die psychoneuroimmunologischen Untersuchungsmethoden neuerlich bieten. Standard sind kontrollierte Studien. Es müssen auch unbehandelte PatientInnen in Wartegruppen untersucht werden. Die einzelnen Verfahren könnten weiterhin untereinander als Kontrollgruppen dienen (Konkurrenzängste müssten da allerdings überwunden werden).

Es muss eine „schlanke“, im Praxisalltag „machbare“ Messbatterie mit international akzeptierten und gebrauchten Instrumenten eingesetzt werden (u.a. wegen Vergleichbarkeit). ICD-10-Diagnostik ist unverzichtbar. Eventuelle Nebenwirkungen müssen mit untersucht werden. Schlanke Stundenbögen. Auch Lebensqualität sollte erfasst werden (Salutogeneseperspektive). Störungsspezifische Ergebnisse müssen angestrebt werden. Dafür ist es erforderlich, dass es möglichst große Patientengruppen gibt. Das kann m. E. nur erreicht werden, wenn sich die einzelnen Gruppen in der Charta zu mainstreams zusammenschließen, sonst werden vermutlich die Zahlen zu klein. Da es als gesichertes Ergebnis der Psychotherapieforschung gelten kann, dass die größten Veränderungen in der Initialphase von Therapien (10–30 Stunden) erfolgen – auch in Analysen, unbelassen der Möglichkeit auch noch späterer wichtiger Veränderungen –, sollte die Studie über „Kurzzeittherapien“ gehen oder über „Initialphasenwirkungen“, denn berufs-

politisch wird es unerheblich, wenn die Daten in fünf bis acht Jahren vorliegen. Wir brauchen sie bald. Die Studie sollte von der Planung bis zur Endauswertung 3, maximal 4 Jahre dauern, eine Halbjahreskatamnese eingeschlossen.

Planungsphase 1 Jahr, Behandlungsphase 1 Jahr, Katamnese und Auswertungsphase 1 Jahr. Das ist machbar. Bei den vielfältigen Beteiligungen muss man wegen koordinativer Verzögerungen noch ein Jahr begeben.

Weiterlaufende Therapien und Langzeitkatamnesen kann man ja immer noch anhängen. Man darf aber den Patientenschwund und die Zahl der KollegInnen, die „aussteigen“, nicht unterschätzen. Auch das spricht gegen längere Untersuchungszeiten.

Für ganz wichtig halte ich, dass die Untersucherguppe „paradigmenübergreifend“ ist und auch ein paradigmengreifender Beirat gebildet wird. Nichts wäre fataler, als wenn nur tiefenpsychologische und humanistische Untersucher bei der Studie federführend wären, denn dann ist die Schlacht zwischen den Paradigmen schon wieder programmiert. Die Studie wird von der jeweils anderen Seite zerpfückt werden. Sind aber Repräsentanten der universitären klinisch-psychologischen Forschung und Praktiker verschiedener psychotherapeutischer Paradigmata verantwortlich mit involviert, wäre das ein wirklicher Fortschritt – eine Innovation im Gesamtfeld der Psychotherapie. Forschungs- und gesundheits- und berufspolitisch würde eine solche „paradigmenübergreifende Studie“, die einen wirklichen POLYLOG zwischen den Richtungen und Schulen in Gang setzt, einen immensen Wert gewinnen können. Ich möchte dringend zu einer solchen Studie raten.

Der „Integrative Ansatz einer Humantherapie“, wie er von mir und meinen KollegInnen entwickelt wurde, ist natürlich nicht nur als eine Form der Psychotherapie bzw. Leibtherapie zu sehen, sondern wurde und wird auch in die Richtung einer „klinischen Philosophie“ ausgebaut im Sinne eines erweiterten Verständnisses von Therapie in Annäherung an das griechische „therapeuein“, pflegen, umsorgen, kultivieren, gestalten, heilen, und an das „klinein“ (Wurzel von „klinisch“), sich sorgsam

hinwenden, liebevoll hinabbeugen zu dem, der auf der „klinē“, dem Krankenbett, liegt. Integrative Therapie versteht sich auch als Anleitung zu einer „praktischen Lebenskunst“ und zu einer heilsamen Lebensphilosophie, einem Nachsinnen und Nach-

denken über die Menschen, über sich selbst, über die Welt mit ihren Schattenseiten, ihren Schönheiten und ihren Geheimnissen. Deshalb:

„Kein junger Mensch möge mit dem Philosophieren warten und keiner im Alter dessen überdrüssig wer-

den, denn man ist weder zu jung noch zu alt für diese Therapie der Seele“ (Epikur, in Diogenes Laërtios X, 122).

Literatur

www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm

Recherche d'actualité

Nous vous présenterons à l'avenir sous cette rubrique les nouveautés concernant les travaux de recherche menés en Suisse. Je vous demande instamment de me faire parvenir un résumé de vos démarches.

Les thérapeutes pratiquant la thérapie systémique ne sont malheureusement pas encore affiliés à la Charte. Il reste que le professeur H. S. Grünwald a entrepris une importante étude. Son texte nous permet également de nous faire une idée de la manière dont il pratique la recherche, ce qui est important puisqu'il est prévu qu'il participe activement aux travaux entrepris dans le cadre de la Charte.

Qualité des résultats obtenus par la thérapie systémique ambulatoire (EAST)

L'étude EAST a été mandatée à la fin 1998 par la Société suisse de thérapie systémique (*Schweizerische Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung, SGS*). Elle fut mise en chantier dans le contexte de l'entrée en vigueur (en 1996) de la nouvelle loi sur l'assurance maladie (LAMAL) et de l'ordonnance y associée (OLAMAL), dans laquelle étaient fixées les bases d'une démarche visant à garantir et à promouvoir la qualité des traitements offerts dans le domaine de la santé en Suisse. L'étude a pour objectif de vérifier et de documenter l'utilité pour les patients et leurs familles des thérapies systémiques offertes sur une base ambulatoire, avec plusieurs personnes participant aux séances.

Pendant une période de deux ans (du 1. 1. 1999 au 31. 12. 2000) 32 thérapeutes ont collecté des données concernant 89 cas (déroulement du traitement / deux mesures pour les patients et leurs familles). Pour éviter que les thérapeutes ne sélectionnent des cas spécifiques, on leur a demandé d'annoncer tous les clients venus

les consulter avant une certaine date; ils devaient remplir un formulaire et le renvoyer à la direction du projet. 632 cas au total furent enregistrés, dont 103 furent choisis en fonction des critères définis. Des données complètes furent envoyées pour 89 cas, ce qui correspond à un taux de renvoi de 86.4%. Nous considérons ce chiffre comme excellent, compte tenu du fait qu'une participation impliquait un travail relativement important et que les thérapeutes sont répartis dans toute la Suisse.

Thérapeutes. Les thérapeutes sont bien qualifiés pour pratiquer la thérapie systémique, dans la mesure où ils ont soit une formation complète (90%), soit une formation complémentaire dans ce courant. Ce critère fut prioritaire concernant l'inclusion des thérapeutes dans l'étude. En ce qui concerne leur formation de base, ceux-ci sont médecins (39,3%) ou psychologues (25%), ou encore diplômés d'une école de travail social (21,4%).

Patients. Les patients inclus dans l'étude forment un échantillon repré-

sentatif de la population globale. On enregistre une grande variabilité au niveau des données sociodémographiques. Il est donc exclu qu'une sélection se soit faite pour n'inclure que des personnes qui ont plus aisément accès au processus thérapeutique (jeunes, sympathiques, dotées d'une bonne capacité à verbaliser, intelligentes et de statut social élevé). Dans ce sens, les traitements examinés sont part intégrante de l'offre de base.

Traitements. Les diagnostics principaux posés en début de thérapie reflètent bien ce qui est enregistré au niveau de la pratique globale de la thérapie systémique. Les diagnostics sont très variés, ce qui signifie que ce type de thérapie est utilisé pour traiter toute une série de troubles psychiatriques ou psychiques, sans que l'on n'enregistre de concentration sur certains problèmes. Les traitements étudiés sont en majorité des thérapies de couple (78,7%). Des psychotropes ont été prescrits dans 14 traitements sur 89 (15,7%). On constate donc que la plupart des thérapies systémiques sont menées sans le soutien de médicaments, leurs effets étant produits essentiellement par les interventions thérapeutiques. Le nombre moyen de séances s'élève à 10,9 avec pour 66% des traitements, moins de dix séances facturées. Dans ce sens, la thérapie systémique est une thérapie de courte durée. Des patients, 16,9% ont décidé d'interrompre le traitement. Comparé aux résultats d'autres études, ce pourcentage est relativement bas. Les thérapeutes ont proposé dans 18% des traitements que les clients poursuivent une psychothérapie et ont cessé de voir ces clients avec l'idée soit qu'ils reviendraient plus tard, soit qu'ils poursuivraient le traitement dans un autre setting. Nous en con-

cluons que les praticiens s'adaptent largement aux besoins des patients.

Efficacité. L'efficacité des thérapies a été examinée du point de vue des évolutions obtenues au niveau existentiel, ainsi qu'à celui des symptômes et situations de stress. Ce sont les thérapeutes qui ont effectué cette évaluation. Pour plus du 70% des patients, on n'enregistre pas changement de domicile ou de modification de la vie de couple. Au début de la thérapie, 9 patients souffrent d'une incapacité de travail de 80 à 100%. A la fin du traitement 7 de ces 9 personnes sont à nouveau en mesure de travailler. Par rapport aux domaines qui ont été définis comme problématiques, une amélioration moyenne est enregistrée à pratiquement tous les niveaux. Les évolutions les moins importantes se trouvent dans le domaine social, ce qui correspond à la réalité : il est difficile de changer les conditions sociales et cela prend du temps – même si sept clients ont retrouvé leur capacité à travailler. Les thérapeutes considèrent qu'il y a eu des améliorations importantes sur toutes les échelles (clinique, niveau de fonctionnement et fonctionnement des relations). Les effets du traitement ont une intensité allant de 0,8 à 1 (on considère l'effet comme important à partir de 0,8).

Pour permettre aux patients d'évaluer les effets de leur thérapie, on a utilisé des questionnaires standardisés (SCL-90-R et FB). La proportion de données utilisables est élevée (plus de 90%) et autorise la formulation d'énoncés généralisables. Les patients considèrent qu'il y a eu une évolution significative de leurs symptômes et que des changements moyens à importants se sont produits sur toutes les échelles. Lorsqu'on analyse le déroulement de chaque thérapie, on constate que 22.5% des patients peuvent être considérés comme « guéris » et que pour 32.5% leur « état s'est amélioré ». Comparé à d'autres études, ce résultat est bon : la proportion de « guérison » est comparable à celle qui a été enregistrée dans d'autres travaux et la proportion d' « état

amélioré » est plus élevée. Les modifications obtenues au niveau des relations sont peu importantes (questionnaire familles, FB). Notons qu'en début de thérapie, les patients ne souffrent pas de troubles sévères à ce niveau ; il est donc difficile d'obtenir une évolution importante. Ce résultat permet de conclure que les effets de la thérapie systémique se situent ailleurs qu'au niveau des relations.

En plus de documenter les changements qui se produiraient au niveau des patients, l'étude devait également permettre de collecter des données sur les membres de leur famille. En début de thérapie, ces personnes souffrent moins que les patients, mais nettement plus que l'individu moyen. Le traitement n'a que de « petits effets » sur les familles, mais ceux-ci n'en sont pas moins significatifs sur la plupart des échelles du SCL-90-R. On peut donc dire que les membres de la famille du patient profitent également de la thérapie.

Durabilité. Au moment où les responsables ont décidé de collecter des catamnèses, une étude de faisabilité a montré qu'au plus 63 des 89 patients pouvaient être atteints. De ces 63 personnes 36 ont renvoyé le questionnaire (57,1%). Cette proportion peut être considérée comme bonne, car nous nous étions limités à l'envoi d'un courrier.

Des questionnaires standardisés (SCL-90-R et FB) ont été utilisés en vue d'évaluer la durabilité des effets des traitements. Concernant les symptômes, les évolutions demeurent significatives jusqu'à la date de la catamnèse et les effets demeurent moyens à importants sur toutes les échelles. Une analyse du déroulement de chaque thérapie montre que 31% des patients peuvent être considérés comme « guéris » et que pour 28% d'entre eux, leur « état s'est amélioré ». Comparé à d'autres études, ce résultat est bon : la proportion de « guérison » est plus élevée que celle qui a été enregistrée dans d'autres études et la proportion d' « état amélioré » est comparable. Les patients ont été soumis à des stress légèrement plus importants en-

tre la fin de la thérapie et le moment où ils remplissent ce questionnaire. Mais cette augmentation est minime ; elle a déjà été constatée dans d'autres enquêtes.

La dimension « relations » n'évolue que peu ou moyennement (questionnaire FB). Comme nous l'avons dit plus haut, ce n'est pas à ce niveau que les patients avaient des problèmes importants en début de thérapie. Il reste que certaines évolutions ont lieu après la fin du traitement, ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle les changements prennent plus longtemps dans ce domaine – et même qu'ils requièrent un temps plus long que la durée relativement courte des traitements examinés.

Discussion. On peut dire que les traitements documentés ont été efficaces et que, comparés à ceux qui sont analysés dans d'autres travaux, leurs résultats sont bons. Si l'on tient compte du nombre limité de séances facturées, on peut ajouter que la thérapie systémique a un caractère économique très élevé. Les résultats des catamnèses montrent que les traitements ont été utiles et que leurs effets sont durables.

Bibliographie

- Grünwald H, Massenbach K von (2001) Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie: eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. www.orgalife.ch/east.html (4. 12. 2003)
- Grünwald H, Massenbach K von (2003) Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie: eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 53: 326–333
- Massenbach K von (2003) Katamnese Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie (EAST) – eine Multizenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz. www.orgalife.ch/east.html (4. 12. 2003)

*Hugo Stephan Grünwald
Hochschule für Angewandte
Psychologie HAP, Zurich*

*Kai von Massenbach
Orgalife, Kleinandelfingen*

Les analystes jungiens et la recherche en psychothérapie – Étude concernant la pratique de la thérapie analytique à long terme

En collaboration avec l'Institut C. G. Jung, la Société suisse de psychologie analytique a organisé le 27 septembre 2003 un symposium intitulé « Âme et recherche » (« Seele und Forschung »). Les résultats de l'étude PAL y ont été présentés et débattus. Nous publions ci-dessous une version abrégée du rapport, rédigée par le responsable du travail, Guido Mattanza. Le rapport complet peut être commandé sous kontak@sgap.ch.

En guise d'introduction, l'auteur décrit les caractéristiques de la politique de la santé qui ont incité la Société Suisse de Psychologie Analytique (SSPA) et l'Institut C. G. Jung, Zurich-Küsnacht (appelé Institut ci-dessous), à entreprendre une étude empirique de la psychothérapie. Il indique aussi qu'à ce jour en Suisse la formation postgrade en psychothérapie et le remboursement des traitements ne sont pas réglementés. S'il est vrai que cet état de faits est regrettable, il permet pourtant de débattre de questions plus fondamentales avant que les responsables ne choisissent unilatéralement d'ancrer dans une loi ou une ordonnance les méthodes dont ils pensent qu'elles engendrent moins de coûts ou de supprimer les traitements psychothérapeutiques au profit des traitements médicamenteux. Il souligne que la thérapie analytique à long terme est indispensable au niveau du traitement des patients recherchant une résolution durable de leurs troubles psychiques; cet objectif est atteint par le biais des expériences émotionnelles vécues dans la thérapie, car elles corrigent le vécu source de problèmes. Sachant que l'expérience clinique montre de toute évidence que la méthode psychothérapeutique est utile et qu'elle a fait ses preuves, il reste qu'il convient d'étudier systématiquement les traitements au niveau de la pratique; c'est là que la méthode est le plus fréquemment mise en œuvre et cela permet d'obtenir une image plus réaliste de l'offre et du déroulement des

traitements au quotidien. En plus de démontrer l'utilité de la thérapie jungienne, notre texte doit être entendu en tant que modeste tentative de formuler en langage moderne la manière dont celle-ci se déroule; ceci doit ouvrir l'accès à un débat scientifique.

Situation de départ et mise en chantier de la version suisse de l'étude PAL. La SSAP et l'Institut s'occupent depuis 1992 de recherche empirique au niveau de la psychothérapie. Une première impulsion a été donnée à cette démarche par les efforts entrepris pour réglementer la psychothérapie en Suisse, y compris – selon la révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMAL) – l'exigence qui fut posée aux praticiens de démontrer l'utilité de leur méthode et de garantir la qualité des traitements qui seraient remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Les deux institutions susmentionnées ne se sont pas impliquées seulement parce qu'il s'agissait d'apporter la preuve de l'utilité de leur méthode, telle qu'elle est pratiquée en Suisse par des psychothérapeutes diplômés de l'Institut. Leurs membres étaient également convaincus que les thérapies analytiques fondées sur la psychologie des profondeurs doivent continuer à jouer un rôle important dans le traitement de troubles psychiques relativement graves. Ces derniers ne peuvent évoluer de manière positive et durable s'ils ne sont traités que par le biais de médicaments ou de formes standardisées de traitement de brève durée et donc apparemment peu coûteux.

Il fut décidé en 1993 de lancer une enquête permettant d'acquérir des données de base. Elle fut menée en 1994 et publiée en 1995, sous le titre suivant: « Les Jungiens et la recherche en psychothérapie ». Il était prévu de mener un projet de recherche incluant les dimensions correspondant aux exigences qui devaient être posées par la loi. En fait, les membres de la SSAP et de l'Institut se sont déclarés

favorables au lancement d'un projet concernant la méthode de thérapie et le quotidien de sa pratique. Le travail mené pour acquérir les données de base avait d'autre part montré que la préparation, l'exécution et l'évaluation de ce genre de projet sont trop complexes pour être menés par des thérapeutes; il fallait donc trouver un moyen de collaborer avec des chercheurs. C'est à ce moment que s'est offerte la possibilité de collaborer à une étude concernant la pratique de la thérapie analytique à long terme ('Praxisstudie Analytische Langzeittherapie' / étude PAL) mise en chantier par le professeur G. Rudolf et T. Grande (Heidelberg) avec le docteur W. Keller (Berlin). Il fut prévu de lancer une version suisse de l'étude, financée sur une base privée, et de participer au projet global (étude de type process-outcome, multi-centres, naturaliste et prospective) en nommant une petite « équipe zurichoise » de praticiens chargés de recherche.

La version suisse de l'étude PAL. L'étude visait d'abord à examiner les effets des psychothérapies jungiennes en étudiant empiriquement des cas issus de la pratique des thérapeutes. Elle fut conçue de manière que le déroulement des traitements soit aussi peu affecté que possible. L'évolution des cas fut examinée par rapport à trois niveaux, ceci au début du traitement, à certains intervalles fixés d'avance et à la fin du traitement. Des instruments adéquats furent utilisés pour enregistrer les aspects suivants: évaluation par le patient, évaluation par le psychothérapeute et évaluation par un chercheur externe. Les clients participant à l'enquête devaient décrire leur état par le biais d'un questionnaire d'auto-évaluation n'impliquant aucune base théorique spécifique. Les thérapeutes (auto-évaluation) et les chercheurs externes (évaluation par un tiers) répondirent également à des questionnaires indépendants d'une théorie. De plus, les psychothérapeutes travaillant avec les clients furent priés de décrire le processus thérapeutique à intervalles donnés, en formulant librement leurs idées. Ils eurent en outre à décrire de la même manière jusqu'à trois séances particulières ayant eu lieu entre les dates de l'évaluation systématique. L'OPD (operational psychodynamic diagnosis) et en particulier ses axes II,

III et IV, furent appliqués en tant qu'instrument de diagnostic et de mesure de l'évolution des patients. Aux intervalles fixés, ces derniers furent convoqués pour des interviews de type semi-standardisé, qui furent enregistrées sur vidéo. Un diagnostic psycho-dynamique fut formulé à chaque fois par la personne chargée de l'interview et par un deuxième membre de l'équipe de chercheurs. Pour mesurer les évolutions, on utilisa une démarche en deux étapes. En se référant à un manuel, les deux chercheurs devaient d'abord choisir parmi 30 possibilités différentes les cinq domaines ou points focaux problématiques les plus caractéristiques du patient, l'hypothèse étant que c'étaient de là qu'étaient issus les symptômes psychiques et somatiques et que ces facteurs contribuaient à faire perdurer ces derniers. On a de plus considéré que pour que les difficultés du patient soient résolues en partie ou complètement, quelque chose devrait changer en priorité dans les cinq domaines définis. En tant que 'points focaux' on choisit d'une part le schéma interactionnel dysfonctionnel caractérisant le patient (OPD-axe II) et d'autre part, en règle générale, deux conflits typiques (OPD-axe III) et deux caractéristiques structurales (OPD-axe IV) du patient. En une deuxième étape, ces mêmes collaborateurs évaluèrent l'attitude présente du patient envers les points focaux choisis et la manière dont il gérait les domaines définis comme sources de problèmes. L'instrument utilisé à ce niveau fut l'échelle de restructuration de Heidelberg, avec le manuel y correspondant. Finalement et par simple intérêt, les collaborateurs utilisèrent une simple échelle non-standardisée pour évaluer la manière dont les patients transféraient les évolutions dans leur quotidien. Des enquêtes rétrospectives (catamnèses) ont déjà été menées ou doivent encore l'être un an et trois ans après la fin du traitement.

Les concepts psychanalytiques à la base de l'OPD sont-ils adéquats lorsqu'il s'agit d'étudier des thérapies analytiques fondées sur l'approche élaborée par C. G. Jung ? L'auteur soulève la question de savoir s'il est possible d'utiliser des concepts psychanalytiques pour examiner des thérapies analytiques de type jungien. En se servant de l'axe structurel (axe IV)

en tant qu'exemple, il montre que l'OPD peut être utilisé à condition qu'on tienne compte des différences au niveau de la définition de certains concepts. Ceci concerne en particulier les définitions du Moi et du Soi. Pour simplifier, on peut dire qu'en termes jungiens, dans l'OPD le Soi correspond au complexe du Moi. Il est alors possible de reformuler les critères d'évaluation structurelle utilisés par l'OPD pour qu'ils correspondent à la psychologie analytique. Concernant cet axe de l'OPD, on peut démontrer qu'il est adéquat en tant qu'instrument d'évaluation des thérapies examinées par la version suisse de l'étude PAL.

Conditions et hypothèses de recherche. On considère en général que la psychothérapie a des effets positifs. L'expérience clinique pratique montre en outre que la thérapie jungienne a fait ses preuves dans le traitement de nombreux troubles psychiques. Mais il s'agissait d'étudier systématiquement le déroulement et les résultats de ces traitements sans se laisser influencer par ces présupposés. L'un des principes de base de la version suisse de l'étude PAL fut donc qu'elle n'utiliserait pas de groupes de contrôle pour démontrer l'efficacité – au sens étroit (efficacy) – des thérapies, mais emploierait un protocole naturaliste pour examiner son utilité et ses effets positifs au niveau de sa pratique quotidienne. La présence des chercheurs devait interférer le moins possible avec le déroulement des thérapies. Le travail est parti du principe qu'en abordant la recherche de cette manière, on pourrait obtenir une image relativement précise de la pratique de la thérapie jungienne. Une série d'hypothèses fut formulée. On savait que les thérapeutes concernés traitent des patients souffrant de troubles très variés et plus ou moins graves et qu'ils s'adaptent aux besoins de ces personnes au niveau de la méthode, du setting et de la durée des traitements. On considéra en outre que les clients participant à l'étude formeraient un groupe très hétérogène, composé de trois formes de traitement: des analyses au sens étroit, des psychothérapies basées sur la psychologie des profondeurs et des traitements de soutien. Finalement, il était clair que le design de l'étude devait permettre de formuler des énoncés concernant les processus thé-

rapeutiques et que le système global de santé influe sur la manière dont les indications sont posées et celle dont les thérapies se déroulent.

Méthode. L'étude PAL fut présentée aux thérapeutes lors de rencontres de la SSPA et de l'Institut. On leur demanda d'y participer avec un ou deux patients souffrant d'un trouble psychique considéré comme une maladie (ICD 10, ch. V). Les patients furent progressivement inclus dans l'étude à partir de l'automne 1997. Il fut plus difficile que prévu de les recruter. La phase de lancement fut prolongée, de sorte qu'au bout de deux ans 37 patients traités par 26 thérapeutes étaient inclus dans l'étude. La date pour une première évaluation des données fut fixée à février 2003; quatre traitements n'étaient alors pas terminés. En vue de vérifier que les cas n'avaient pas été choisis de manière sélective, on demanda aux thérapeutes participant à l'étude et à ceux qui avaient prévu de le faire, mais n'avaient pas apporté de cas, quelles avaient été les raisons les ayant poussés à ne pas annoncer des patients. Par contre, la représentativité des patients et des thérapeutes n'a pas été spécifiquement analysée. Une comparaison simple peut être effectuée entre les participants et les données enregistrées en 1995 (documentation de base) pour plus de 3200 patients et 200 thérapeutes. Des 37 cas recrutés pour l'étude, deux ont été exclus de l'analyse finale parce que leur diagnostic était peu clair. De plus, 7 personnes ont interrompu leur traitement ou cessé de participer à l'étude à des moments et pour des raisons variés. L'auteur présente donc les 28 cas effectivement inclus dans toute l'étude, en fournissant d'abord des indications concernant le début du travail: leurs données sociodémographiques, leurs diagnostics, leur état de santé et le degré auquel le trouble dont ils souffraient constituait un handicap – de leur propre point de vue, de celui du thérapeute et de celui des chercheurs. A ce dernier niveau, on a enregistré un certain manque de concordance entre les diagnostics et l'évaluation clinique. Compte tenu du fait que le remboursement des traitements par l'assurance maladie n'est pas réglementé, la question de la manière dont leur thérapie était financée a également été posée aux 28

patients. La proportion de ceux qui ont payé de leur propre poche est considérable.

Des «séances d'accompagnement» ont été organisées pour les thérapeutes; elles leur permirent de s'informer et de poser des questions d'ordre technique, mais aussi de présenter aux chercheurs les expériences qu'ils faisaient. Ces dernières furent en majorité positives, certaines critiques furent néanmoins exprimées. L'auteur expose en détail la manière dont les données ont été contrôlées et saisies, ainsi que la procédure d'évaluation ayant permis d'aboutir aux résultats présentés: déroulement de la thérapie et résultats du traitement pour les 28 cas. Notons en passant que sont incluses dans l'évaluation les données concernant les patients qui, bien qu'ils n'aient pas participé à la thérapie ou à l'étude jusqu'au bout ont eu un nombre considérable de séances. D'autre part, lors de l'évaluation des mesures ont été prises pour que les effets de la thérapie soient plutôt sous-estimés et pour que les résultats ne soient pas influencés par l'hypothèse selon laquelle les thérapies examinées furent utiles.

Résultats. Le nombre moyen de séances s'élève à 100 pour les femmes et 74 pour les hommes. En règle générale, les séances eurent lieu une fois par semaine, patient et thérapeute étant assis face-à-face. Les séances n'eurent lieu provisoirement deux fois par semaine que lorsque le patient se trouvait dans une situation difficile. Le divan n'a été utilisé que dans un seul traitement. Résultats de l'auto-évaluation des patients: sur les échelles de symptômes du PSKB-Se-R et pour le GSI du SCL-90, ainsi que sur diverses échelles individuelles des deux instruments utilisés, on enregistre une baisse extrêmement significative des valeurs, du début à la fin de la thérapie ($p < 0,001$). La baisse des valeurs de Stanine dans l'IIP est elle aussi très significative ($p < 0,001$). Lors d'une évaluation globale, plus de 90% des clients considèrent que le traitement a eu des résultats visibles ou très positifs. A ce même niveau, 80% d'entre eux indiquent que le rapport investissement/utilité de la thérapie est bon, très bon ou même excellent. On a demandé aux thérapeutes d'évaluer le résultat du traitement suivi par leurs patients par rap-

port aux aspects suivants: symptômes psychiques, symptômes somatiques, difficultés dans les relations avec d'autres, gestion du quotidien, capacité à agir, aptitude à jouir de la vie et à avoir du plaisir, confiance en soi et satisfaction existentielle globale. Ils pouvaient exclure un aspect s'ils considéraient qu'il n'était pas pertinent par rapport au traitement. Les indications des thérapeutes montrent qu'entre le début et la fin de la thérapie, une amélioration nette, bonne ou très bonne s'est produite de manière plus ou moins prononcée selon l'aspect considéré. Pour l'ensemble des patients, cette amélioration se chiffre à: 75% au niveau des symptômes psychiques, 50% à celui des symptômes somatiques, 45% dans le domaine de la gestion du quotidien (lorsque cet aspect jouait un rôle par rapport au traitement), 67% par rapport à leurs problèmes interactionnels, 37% pour leur capacité à agir (lorsque cet aspect jouait un rôle), 30% dans leur aptitude à avoir du plaisir, 89% au niveau de leur confiance en eux-mêmes et plus de 75% dans le domaine de la satisfaction existentielle globale. Les thérapeutes ont considéré globalement que 75% de leurs clients ont profité de manière positive du traitement. Les 55% des clients ont indiqué que le rapport investissement/utilité de la thérapie est bon, très bon ou même excellent. 22% d'entre eux considèrent ce rapport comme insatisfaisant. L'aspect central de l'étude PAL est l'évaluation du succès de la thérapie exprimé en une valeur correspondant à une restructuration, ces valeurs étant chiffrées par les chercheurs sur la base de l'échelle de restructuration d'Heidelberg. Cette échelle comporte sept niveaux. Par rapport aux valeurs moyennes initiales, on enregistre une augmentation de 2.7 points pour tous les patients et tous les points focaux choisis. Ce chiffre demeure le même si les calculs sont faits seulement pour les cas terminés ($n = 23$) ou si l'on inclut les cas encore en cours et ceux où les clients ont interrompu leur thérapie ou leur participation à l'étude après un nombre élevé de séances ($n = 32$). Il reste qu'en fin de thérapie, les valeurs de restructuration sont variables; elles peuvent atteindre 6 pour certains points focaux, alors que pour d'autres elles sont inférieures à

4. Si l'on prend pour base les valeurs les plus élevées, on peut répartir les clients en trois groupes ou types de déroulement du traitement. Ceci donne une bonne image de ce qui se passe dans le quotidien de la pratique. Une répartition selon le type de déroulement doit permettre de mieux comprendre ce qui se passe dans la thérapie; elle ne doit pas être entendue en tant que moyen d'évaluer les résultats. Les patients du groupe I atteignent des valeurs de restructuration de 4 pour deux points focaux au maximum. Ceci signifie que dans le meilleur des cas, ils commencent seulement à s'affronter activement à leurs difficultés. D'un point de vue clinique, la thérapie devrait permettre à ces personnes de modifier leur comportement. Or, elles sont souvent peu motivées et interrompent relativement souvent le traitement. Malgré tout, dans de nombreux cas, ce dernier permet d'obtenir une stabilisation du psychisme et une évolution de la situation existentielle, dans le sens d'un soulagement. Les patients du groupe II atteignent une valeur de 4 pour au moins deux, mais de 5 pour moins de deux points focaux. Ceci signifie que ces personnes sont conscientes que la source de leurs problèmes se trouve en elles-mêmes, au moins dans certains domaines. Du point de vue clinique, le processus est véritablement thérapeutique. Il aboutit au développement de nouvelles capacités et d'une meilleure gestion du quotidien. Concernant le groupe III, ces personnes atteignent une valeur de 5 pour au moins deux points focaux; ceci signifie qu'elles ont identifié la manière dont elles contribuent à leurs propres problèmes et commencent à se libérer des schémas qui les bloquaient. Du point de vue clinique, le processus peut être qualifié d'analytique. Une fois que la personnalité de ces clients a évolué, des changements se produisent également dans leur vie concrète, dans un ou plusieurs domaines.

On pourrait se poser la question de savoir quels facteurs font qu'un client se retrouve dans le groupe I, II ou III en fin de thérapie. Une comparaison a été faite des trois types de déroulement pour les variables suivantes: sexe, âge, formation, état de santé, sévérité du trouble, nombre de séances de thérapie et durée du traite-

ment. Elle a mis en évidence une différence concernant le niveau de formation. Tous les clients du groupe III avaient une maturité ou un diplôme universitaire. Par ailleurs, la proportion de personnes incapables de travailler pendant l'année précédant la thérapie était la plus élevée dans le groupe I et la plus basse dans le groupe III. Un trouble de la personnalité, en tant que diagnostic principal ou secondaire, se retrouvait le plus souvent dans le groupe I et le plus rarement dans le groupe III. Le niveau structurel des clients du groupe III était le plus souvent bon. On a surtout enregistré pour le groupe I des conflits entre autonomie et dépendance, ou des conflits liés à la confiance en soi. Concernant le groupe II, les conflits les plus nombreux concernaient la dimension autarcie versus relation avec le groupe; dans le groupe III les conflits les plus fréquents étaient de nature œdipienne / sexuelle. Une comparaison des valeurs médianes concernant le nombre de séances et la durée de la thérapie donne 57 séances en 25 mois pour le groupe I, 87 séances en 38 mois pour le groupe II et 120 séances en 42 mois pour le groupe III. La valeur moyenne de la restructuration est de 2,5 points pour le groupe I, de 2,7 points pour le groupe II et de 3 points pour le groupe III (échelle de restructuration de Heidelberg). Un exemple de cas relevant de chaque type est présenté par l'auteur avec pour l'illustrer, des indications concernant les points focaux choisis, le déroulement de la restructuration, le nombre de séances, ainsi que le contre-transfert du thérapeute (selon le SGRT).

Analyse des textes. Pour évaluer les textes rédigés par les thérapeutes, on a utilisé – tout en le modifiant et en le complétant – un système de catégories élaboré par Pauli-Magnus et Wilke (Université de Heidelberg). L'analyse des textes donne un bon aperçu de ce qui se passe et de ce qui est caractéristique des processus thérapeutiques fondés sur la psychologie des profondeurs de C.G. Jung. Des exemples sont fournis et catégorisés en annexe, pour lesquels la plus grande discrétion possible a été exercée. Ils permettent au lecteur que cela intéresse de se faire sa propre image du processus thérapeutique. Des indications sont fournies quant aux con-

cepts importants ('individuation' ou 'l'enfant en nous'), car ils sont au centre des problèmes fondamentaux – problèmes de confiance en soi et nostalgie d'être eux-mêmes – rencontrés par tous les clients qui ont participé à l'étude. L'analyse des textes rédigés par les thérapeutes correspond dans la plupart des cas bien aux indications acquises par le biais de l'évaluation des clients et par l'évaluation effectuée par les chercheurs quant au déroulement et aux résultats des thérapies. On a en outre constaté que les thérapeutes utilisent des méthodes et settings très variables, choisissant de toute évidence ce qui convient le mieux aux besoins de chaque client. Comme les analyses de textes devaient être intelligibles pour tous les lecteurs, nous avons renoncé à y utiliser des concepts jungiens.

Discussion et perspective. La représentativité du groupe de thérapeutes et de leurs cas par rapport à l'ensemble des thérapies jungiennes n'a pas été testée. La documentation de base de 1994 permet toutefois d'effectuer de simples comparaisons. Il s'avère que les cas et thérapeutes inclus dans l'étude sont tout à fait comparables à plusieurs niveaux aux données récoltées alors (concernant plus de 3000 cas et plus de 200 thérapeutes). De plus, les indications collectées sur le comportement des thérapeutes au moment de recruter des cas pour l'étude (voir plus haut) semblent tout à fait naturelles et plausibles du point de vue de la pratique. Il est peu probable que des mécanismes de sélection aient influencé le choix de cas, ce qui aurait pu avoir des conséquences sur le déroulement des traitements et leurs résultats. Comme il s'agit d'une étude multi-centres, on se demande forcément s'il est possible de comparer les groupes de patients, le déroulement des thérapies et les résultats des traitements. Pour que des comparaisons soient entreprises, il faudrait que les conditions-cadres dans chaque pays soient comparables. C'est pourquoi on a tenté d'élucider les différences importantes qui séparent l'offre de psychothérapie en Suisse et en Allemagne. Il est en fait probable qu'une comparaison n'est pas possible. Les différences caractérisant les deux systèmes d'offre et plus particulièrement le financement des thérapies permettent pourtant de mieux saisir les diver-

gences enregistrées au niveau du groupe de patients et du déroulement des traitements entre la version suisse de l'étude PAL et l'étude menée en Allemagne. Dans l'ensemble, le déroulement des cas, les résultats des thérapies et l'analyse des textes forment un extrait relativement proche de la pratique concernant l'offre de base en psychothérapie telle qu'elle existe en Suisse. Du point de vue des clients, des thérapeutes et des chercheurs les traitements examinés ont eu des effets positifs et ont été utiles. On constate que les participants aux trois groupes d'évaluation sont d'accord entre eux. Concernant la méthode de traitement, le setting, la fréquence des séances, la durée de la thérapie et ses objectifs, les thérapeutes s'adaptent aux besoins des patients. Les cas ont été répartis en trois groupes selon le déroulement du traitement et les caractéristiques de ces groupes sont discutées en détail. C'est à ce niveau qu'il devient possible de cerner les facteurs qui influent sur le déroulement de la thérapie et en particulier le niveau structurel du client, les conflits sur lesquels se centre le traitement, la 'dose thérapeutique' et le processus sous-jacent au traitement. Il s'avère que lorsque les conditions sont favorables, c'est la 'dose thérapeutique' qui influe le plus sur les résultats du traitement. L'auteur revient sur la question de savoir pourquoi les chercheurs ont eu le plus de peine à évaluer le déroulement des traitements pour le groupe I, celui des patients dont les valeurs sur l'échelle de restructuration de Heidelberg sont les moins élevées. Il présente également quelques réflexions concernant certains aspects de l'analyse des textes rédigés par les thérapeutes; c'est de toute évidence à ce niveau qu'il est le plus facile d'établir des connections avec les concepts jungiens. Il traite brièvement des notions d'individuation, de «l'enfant en nous» et des phénomènes de régression. Les catamnèses acquises jusqu'à maintenant (un an et trois ans après la fin du traitement) n'ont pas encore été évaluées. A première vue, les effets des thérapies sont durables et les patients continuent à se développer après la fin du traitement; ces aspects peuvent être démontrés en utilisant l'échelle d'Heidelberg. Il indique également que l'étude PAL devrait mener à l'éla-

boration d'une conception adéquate de la gestion de qualité au niveau des thérapies jungiennes menées en Suisse. La discussion se termine sur une vérification des hypothèses qui avaient guidé le travail (voir chapitre 7).

Nous les résumons ci-dessous en y ajoutant les conclusions auxquelles on peut parvenir, compte tenu des résultats de l'étude.

- Les psychothérapeutes jungiens traitent de manière efficace des patients souffrant de troubles très variés, avec des degrés de gravité également variables. Cette hypothèse a pu être vérifiée. En Suisse, ces thérapeutes participent à l'offre de base en psychothérapie et traitent des patients souffrant de troubles divers, sans effectuer de sélection parmi ceux qui s'adressent à eux.

- La méthode de thérapie, le setting et la durée du traitement sont adaptés aux besoins des patients et sont donc variables. Ces aspects ont été confirmés. Les analyses de textes mettent en évidence l'emploi de méthodes variées, adaptées aux patients. Le setting, le nombre de séances et la durée de la thérapie varient fortement et sont adaptés à la situation individuelle du client.

- Il en va de même pour les thèmes et priorités traités dans le cadre de la thérapie. On ne peut donc pas définir a priori des objectifs thérapeutiques. Cette hypothèse s'est également vérifiée; elle correspond d'ailleurs à la conception qu'ont les psychothérapeutes jungiens de leur travail. On peut toutefois se demander s'il ne serait pas souhaitable que les méthodes soient appliquées de manière un peu plus systématique.

- Les psychothérapeutes jungiens fournissent en proportions à peu près égales des analyses au sens étroit, des thérapies fondées sur la psychologie des profondeurs et des traitements visant à apporter un soutien aux patients. Ici aussi, l'hypothèse se confirme, soulignant encore le fait que les Jungiens travaillant en Suisse traitent par la psychothérapie des clients souffrant de troubles très variés. Le terme d'analyste qui leur est souvent associé porte à confusion.

- Le système d'offre influence le déroulement et la durée des psychothérapies. Les expériences faites au niveau de la collaboration au sein de

l'ensemble de l'étude PAL permettent de confirmer cette hypothèse. Il serait utile de continuer à travailler sur ces questions.

- L'approche choisie pour l'étude permet de formuler des énoncés concernant le processus thérapeutique, plus particulièrement sur la base de l'analyse de textes. Cela s'est révélé exact. Il reste toutefois qu'il n'est possible de formuler que des énoncés relativement simples, qui tiennent mal compte de la complexité des processus thérapeutiques.

- Seules les thérapies de longue durée permettent d'obtenir des modifications durables du comportement d'interaction des patients, ainsi que de la manière dont ils gèrent les

conflits et de leur structure psychique. Il faut aussi que patient et thérapeute s'impliquent vraiment dans le traitement. Les comparaisons effectuées entre les trois types de déroulement confirment cette hypothèse.

- Les thérapies analytiques de longue durée permettent d'obtenir que les processus d'évolution perdurent après la fin du traitement; des catamnèses devraient pouvoir apporter confirmation de cet aspect. Les catamnèses n'ont pas encore été examinées systématiquement, mais à première vue cet aspect semble se confirmer.

Guido Mattanza
Médecine psychosociale et
psychosomatique APPM, Zurich

Positions en matière de recherche en psychothérapie et de l'évolution de cette discipline; points de vue en rapport avec la Charte suisse pour la psychothérapie et avis personnels

Une interview avec le professeur Hilarion G. Petzold, Düsseldorf, répondant aux questions posées par Theodor Itten.

Itten: Vous travaillez en Suisse depuis le début 1971 et y avez offert différents types de formation (thérapie gestalt, thérapie intégrative, thérapie par le corps et le mouvement). Vous continuez encore aujourd'hui à diriger des groupes de formation pour psychothérapeutes. Vous avez collaboré à la Charte depuis ses débuts et étiez responsable du domaine « psychologie clinique du développement » dans le contexte de la filière complémentaire. Vous connaissez les questions qui préoccupent nos collègues suisses et, en plus, les activités que vous avez menées aux Pays-Bas, en Allemagne et en Autriche vous fournissent de larges connaissances de l'évolution de la psychothérapie dans ces pays.

Petzold: Il faut dire qu'en principe, nous avons besoin d'une culture pluraliste et diversifiée de la recherche

ouverte à différentes approches et paradigmes. La science doit se fonder sur une variété de discours, y compris des controverses. Elle dépend d'un polylogue, d'échanges multiples ouverts dans toutes les directions et entre des personnes et des groupes différents. J'avais formulé le concept de polylogue en 1968, pour décrire le travail accompli dans des groupes psychothérapeutiques. En règle générale, les groupes ne pratiquent pas le dialogue mais des échanges multidirectionnels. Il est probable que le climat qui a caractérisé les débats à l'époque où je faisais mes études à Paris m'a poussé à élaborer une position favorisant par principe une « culture du pluralisme ». La psychothérapie a tout particulièrement besoin de cette ouverture puisque ses praticiens travaillent avec des personnes et groupes très divers. Ils doivent donc utiliser des approches pluriformes et

aborder la recherche de manière différenciée, aussi parce que par nature, leur discipline – théorie et pratique – est un objet extrêmement complexe.

Cependant, « l'or » enfoui dans des études sur des échantillons randomisés et contrôlés servant à démontrer l'efficacité des traitements avec précision et sous « conditions de laboratoire » n'est pas tout et il ne faudrait pas que nous soyons aveuglés par un réductionnisme nomothétique. Pour mettre en évidence les effets dont nous savons qu'ils existent et qu'ils ont fait leurs preuves, nous devons donc entreprendre des études valides du point de vue de l'environnement, de type naturaliste, et menées dans le champ de la pratique. Il faut impérativement inclure au travail une étude des effets secondaires éventuels – et nous l'avons fait. Il faut aussi à chaque fois que c'est possible analyser ce qui se passe au niveau de la famille des clients et à celui de la qualité de vie de ces derniers. En plus d'utiliser des instruments de mesure standardisés et déjà validés, on peut appliquer des approches qualitatives correspondant aux standards élevés que la recherche moderne exige de ce type de démarche. Ce que nous avons appelé les « sophisticated designs » – à savoir des approches dans lesquelles on collecte des données relevant de paramètres quantitatifs, qualitatifs, psychophysiologiques et relatifs à des réseaux – est très fructueux; nous les avons présentées dans le cadre des colloques de recherche organisés par la Charte.

La « psychothérapie basée sur l'évidence » est-elle vraiment ce dont nous avons besoin ?

Oui, il est absolument certain que nous devons utiliser cette approche au niveau de la recherche en psychothérapie comme à celui de la pratique fondée sur cette dernière. Avec une restriction: il faut n'employer que des formes adaptées à notre discipline. En effet, ces méthodes ont été élaborées en médecine somatique et en pharmacologie pour contrôler l'efficacité et le caractère non-nocif des traitements. Elles ne sont pas applicables telles quelles à la psychothérapie.

Il faut aussi que nous soyons – ou devenions – conscients des niveaux où elles peuvent être problématiques. Je pense par exemple à la nécessité d'exclusion de petits groupes de patients

particulièrement difficiles puisque dans leur cas, il n'est pas possible de mener des études basées sur l'évidence. Ces patients seront donc défavorisés. Je pense aussi à la disparition progressive d'approches relativement peu pratiquées et qui, du fait qu'elles ne sont pas rattachées à un mainstream, ne peuvent pas bénéficier des recherches de ce type entreprises par ce dernier. Il ne faudrait pas que cela arrive car cela pourrait avoir pour conséquence que des savoirs cliniques de valeur disparaissent. A ce niveau, la thérapie intégrative utilise une approche plus différenciée. Elle analyse les types de recherche en psychothérapie pour définir les « évidences » que ceux-ci produisent pour choisir ceux qu'elle peut reprendre, la condition étant qu'ils soient « syntones » du point de vue des concepts utilisés par ce courant aux niveaux de la philosophie et de la méthode de traitement. Comme Ferenczi, qui a consacré toute sa vie de chercheur à une amélioration des possibilités de traitement, nous somme d'avis que les patients ont le droit de bénéficier d'une thérapie basée sur des méthodes aussi bonnes que possible (lorsqu'il souffre d'un trouble somatique, n'importe quel psychothérapeute demanderait qu'on lui prescrive le médicament le meilleur). La notion de « best practice » n'est pas inflationniste; elle relève de l'évidence éthique. Seul le facteur de la durée et des coûts des traitements peut être soumis à un examen critique par les différents courants.

Nous en sommes encore au tout début de la réflexion concernant la recherche en psychothérapie basée sur l'évidence, ce qui signifie que ce paradigme n'est pas encore (et ne sera peut-être jamais) le seul applicable. Ceci est inévitable puisqu'il ne l'est pas même par rapport à la thérapie somatique.

Il faut bien voir que ce débat est encore souvent mené avec une attitude défensive par certains psychothérapeutes. Ceux-ci appartiennent à des milieux relativement conservateurs où tout ce qui est nouveau fait peur, en partie parce que les représentants de nombreuses approches et méthodes ne veulent pas ou ne peuvent pas entreprendre ce genre de démarche. Il faudrait plutôt qu'ils associent leurs efforts, comme nous l'avons fréquem-

ment expliqué dans le cadre des colloques de la Charte.

Il est clair qu'à partir du moment où en tant que thérapeute ou en tant que membre d'un courant on soumet sa théorie ou sa pratique à l'examen critique des chercheurs, il faut être disposé à accepter que les positions que l'ont soutient comportent des lacunes. Il faut sans doute aussi être prêt à les réviser, à les élargir ou à y renoncer (lorsqu'elles s'avèrent falsifiables), du moins sur les points où cela ne peut être évité.

Quelles sont les questions que vous étudiez en ce moment ?

Je me concentre actuellement sur des recherches en rapport avec la thérapie des traumatismes, concernant entre autres la pratique du travail avec des personnes traumatisées originaires de l'ancienne Yougoslavie. J'étudie également la possibilité de pratiquer de meilleures approches thérapeutiques avec des personnes âgées, quelque chose qui m'intéresse depuis longtemps mais qui est aussi très pertinent aujourd'hui dans le contexte sociétal. J'accorde également une certaine priorité à des études et à l'élaboration de concepts concernant le traitement des toxicomanes. Deux aspects m'intéressent particulièrement: « les facteurs de protection » et la « résilience ». Ces concepts sont issus de la « psychologie clinique du développement »; je l'ai introduits dans le domaine de la psychothérapie où ils n'ont d'ailleurs pas encore reçu un écho suffisant. Ils me paraissent pourtant importants, ceci d'autant plus qu'il s'agit de concepts valides indépendamment de courants spécifiques!

Je m'intéresse aussi depuis plusieurs années à l'étude des démarches de supervision. J'ai mené des études importantes sur la formation, en utilisant des « sophisticated designs » combinant des méthodes quantitatives et qualitatives (et incluant un groupe de contrôle). Nous avons également réuni les publications existantes au niveau international et en avons fait une évaluation critique, avec des résultats moins que bons: il existe très peu d'études sur la supervision incluant un groupe de contrôle, son efficacité du point de vue des patients n'a pas été démontrée et nous n'avons pas trouvé un seul travail apportant la preuve

que – comme on le prétend – la supervision aide à prévenir le burnout. Par contre, certaines études montrent bien qu'elle a des effets positifs pour les collaborateurs.

Dans le cadre des formations en psychothérapie, la supervision n'est souvent pas suffisamment fondée méthodiquement car en général, les superviseurs ne sont pas formés à ce travail : il s'agit de « praticiens expérimentés », c'est-à-dire de didacticiens ayant fait leurs preuves. La supervision fait partie de l'élaboration d'une identité spécifique à un courant, ce qui implique qu'elle se calque sur les positions de ce dernier, sur ses dogmes, ses erreurs et ses présupposés. Il serait souhaitable que l'on introduise des supervisions incluant plusieurs approches méthodiques. Sachant que la Charte a déjà instauré des coopérations entre ses membres, elle pourrait élaborer un modèle selon lequel une partie (un tiers ou un quart) des séances exigées seraient effectuées auprès de superviseurs appartenant à d'autres courants. Ici encore, cela implique une certaine conscience que chaque courant comporte ses propres lacunes ainsi qu'une conviction que tout élargissement peut être fructueux même s'il n'est pas conceptualisé à l'intérieur du discours principal. Il est extrêmement intéressant d'étudier ce type de processus – l'évolution du champ (de la psychothérapie) dans le sens du développement d'une organisation – et il s'agit de l'une des tâches dont devraient se charger les chercheurs étudiant la supervision.

De quelles épistémologie la psychothérapie, discipline scientifique, a-t-elle besoin ?

On ne peut pas répondre à cette question en quelques mots. Je dirai toutefois qu'au niveau épistémologique nous avons besoin d'une diversité des paradigmes – comme dans tous les domaines pertinents du savoir ou de la recherche. Concernant la pratique psychothérapeutique et l'orientation de la recherche dans notre discipline, il faudrait choisir une position épistémologique qui permette de bien accéder aux questions en rapport avec l'anthropologie, l'éthique et la logique de la recherche. Cette exigence est un peu celle d'une « quadrature du cercle ». Mais si la psychothérapie considère qu'elle doit se positionner

dans le cadre d'un modèle « bio-psycho-social » – ou même « bio-psycho-social et écologique » – elle doit forcément construire des ponts entre les paradigmes utilisés par les sciences physiques et ceux caractérisant les sciences sociales (y compris les sciences de la culture). Ceci a été mis en évidence dans les textes publiés par la Charte. Dans ce sens, l'épistémologie va avoir la fonction importante de « pont ». A ce niveau, des positions obscurantistes ou des concepts très unilatéraux ne servent à rien. Il faut pouvoir fonder solidement les idéologies et les légitimer par rapport à la discipline. En fait, toute la question de l'épistémologie devrait être examinée en détail et dans un esprit critique sur la base de connaissances spécialisées en philosophie (avec la collaboration de spécialistes) : il faudra définir quels sont les paradigmes adéquats du point de vue de quel type de pratique.

J'ai défini une méta-herméneutique, une position épistémologique dont je pense qu'elle est adéquate dans ce contexte ; elle permet d'aborder ces problèmes d'aussi près que possible. Elle n'est pas seulement une sorte d'observation « au deuxième degré », un « réfléchir à ce qui est réfléchi » – elle inclut des notions associées à la neurobiologie des processus de réflexion et de leur caractéristiques culturelles. Ceci lui permet d'atteindre une sorte d'hyper-excentricité qui est indispensable à toute interdisciplinarité dans le sens où ce n'est que dans ces conditions qu'il devient possible, en connectant systématiquement des savoirs issus de différentes cultures, de faire émerger des connaissances véritablement « transdisciplinaires » – et non simplement mono- ou multidisciplinaires.

Les psychothérapeutes pratiquent un métier interdisciplinaire. Comment pensez-vous que leur profession va évoluer ces dix prochaines années ?

La réponse à cette question ne pourra pas être la même dans les différents pays européens. Concernant le traitement de personnes souffrant de troubles ayant valeur de maladie, la psychothérapie traditionnelle va perdre une partie de son terrain par rapport aux thérapies médicamenteuses et psychiatriques. Les dépressions et les troubles anxieux pourront être enco-

re mieux traités avec des médicaments que jusqu'à maintenant et le traitement médicamenteux des états de stress post-traumatique sera plus efficace que par le passé (et il aura moins d'effets secondaires). Mais cela n'aura pas forcément de conséquences négatives pour la psychothérapie. Au lieu de tenter d'influer sur des processus bio-physiologiques (exemple : les niveaux de sérotonine en cas de dépression majeure) par le biais d'interprétations symboliques ou d'exercices de type thérapie gestalt, celle-ci utilisera les médicaments en tant que soutien, ce qui rendra les « moments thérapeutiques psychologiques » d'autant plus efficaces. Nous pensons en particulier aux problèmes relationnels, aux questions de motivation et de sens, aux exigences posées à la gestion du quotidien dans un monde hyper-flexible, etc. L'importance des analyses classiques à long terme va continuer à diminuer, alors que les thérapies combinées (psychothérapie, médicaments, sport) seront en augmentation, car elles sont plus efficaces. Les psychothérapeutes feront un plus grand travail de conseil en matière de santé et de profession. Le « marché » va automatiquement se réguler : le nombre de traitements psychothérapeutiques remboursés par les caisses sera « plafonné » et le marché ne pourra plus absorber le surplus de prestataires ; les cabinets privés se trouveront donc en situation encore plus difficile. Par contre, la qualité et des approches innovatrices permettront de survivre.

Je conseillerais aux psychothérapeutes de s'associer pour clarifier ces aspects, de planifier l'avenir et d'agir aussi avec d'autres que les collègues issus de leur propre courant. En d'autres termes, il faut qu'ils travaillent à ces évolutions en établissant des rapports solides avec des collègues. Le temps est passé où les différents courants pouvaient demeurer hermétiques ou égoïstes ; il faut vraiment tenter d'apprendre des autres et d'apprendre ensemble. Le processus des colloques scientifiques de la Charte a montré que cette démarche n'est pas simple. A mon avis – subjectif – ces derniers n'ont incité aucun courant à modifier quelque peu ses positions de base ou à reprendre ouvertement des concepts élaborés par d'autres. Et pourtant, la qualité des

échanges a évolué, ils se sont faits dans le respect mutuel – et c'est beaucoup. Mais apprendre les uns des autres ? Pour ce faire, il faudrait que les processus se poursuivent et s'approfondissent vers une perception plus complète du « discours de l'autre ». En vue de promouvoir cette évolution nous avons placé nos principales contributions au processus de la Charte sur Internet; nous espérons que d'autres suivront notre exemple.

De quoi a besoin la psychothérapie dans le contexte actuel de la santé ?

Ici encore, on ne peut répondre à cette question que pour chaque pays. Globalement, les problèmes sociétaux vont trouver un écho dans le cabinet des psychothérapeutes – et il me semble que leur travail étant orienté plutôt sur la classe moyenne, ils sont encore trop peu proches du quotidien et du vécu de larges segments de la population, donc encore trop peu équipés pour traiter leurs problèmes. D'autre part, les évolutions démographiques qui ont « inversé » la pyramide des âges vont créer de nombreux problèmes pour le « nouveau 3^e âge » comme pour les jeunes.

Trop peu de thérapeutes se sont intéressés au traitement des personnes âgées; ils ne sont pas allés au-delà de notions de gérontologie sociale et de psychologie de la vieillesse, n'ont pas entrepris de recherches fouillées et n'ont pas développé suffisamment de concepts de traitement et de méthodes pour suivre vraiment l'évolution.

Les jeunes vont souffrir de cette situation, non seulement sur le plan matériel mais aussi psychiquement. Leurs conditions de vie et de travail deviennent plus difficiles du fait qu'ils sont contraints à être extrêmement flexibles. Le stress en tant que style de vie, de nouveaux groupes pratiquant des modes de vie particuliers en une tentative de compenser les pressions (jusqu'à maintenant la psychothérapie y a très peu porté attention), l'augmentation de la consommation de drogues légales, semi-légales ou illégales, la désintégration des réseaux de relations et des familles – à tous ces niveaux, les psychothérapeutes devraient chercher à trouver des réponses au moins partielles. Il serait temps qu'ils s'intéressent aux « causes des troubles chez les adultes » sans

s'obstiner à constamment revenir à la petite enfance. A mon avis, ce retour constitue une stratégie collective élaborée par les thérapeutes pour leurs éviter de s'affronter aux difficultés de la vie adulte et aux multiples situations pathogènes que celle-ci implique. Pour la plupart d'entre eux, la « psychologie du développement à l'âge adulte » est encore terra incognita. On ne trouve pratiquement aucune référence à ce domaine dans les études cliniques. Une bonne partie du stress et des surcharges pathogènes est issue du monde du travail (je ne pense ici pas seulement au thème à la mode du « harcèlement », auquel s'intéressent plus les groupes de parole que les thérapeutes). On se concentre sur les traumatismes, mais ici encore priorité est accordée aux « traumatismes de la petite enfance ». Ce thème est sans doute important, mais actuellement il conduit à des diagnostics trop fréquents – donc erronés –, ce qui fait qu'on ne perçoit pas les dimensions pathogènes du capitalisme à fond la caisse avec toutes ses injustices et toutes ses iniquités. Et pourtant nos collègues se précipitent sur les cours concernant le traitement des traumatismes, que ce soient les miens ou ceux d'autres experts. Notons que les participants à mes cours sont rarement des personnes qui auront souvent à travailler avec des patients souffrant de SSPT ou d'un grave traumatisme. Je pense que les psychothérapeutes devraient s'occuper des problèmes qui aujourd'hui rendent vraiment les gens malades: des conditions de travail et des relations sociales créant le stress et laissant l'individu peu satisfait, surmené et anxieux. C'est de ce niveau que sont issus de plus en plus de troubles psychiques, psychosomatiques ou somatiques. C'est là que les gens ont besoin d'un soutien, c'est là que sont générés les coûts considérables qui sont assumés par les collectivités. Il faut donc faire des offres pertinentes, mettre des recherches en chantier, s'impliquer dans la politique de la santé, convaincre les politiques que la psychothérapie est à même d'offrir des traitements utiles contre le stress professionnel, l'épuisement, le manque de motivation et le burnout (ce dernier devrait être inclus dans les listes de l'ICD et du DMS). Du point de vue de la politique de la santé comme de la

théorie de la thérapie, je considère qu'il serait extrêmement important que les associations de psychothérapeutes collaborent activement avec les groupements de patients.

Il ne faudrait pas que la politique de la santé soit élaborée uniquement par les politiques, les groupes de pression, les fonctionnaires des associations, les instances de financement, etc. Il faut qu'y participent activement ceux qui s'occupent des traitements; ils devraient collaborer aux organes importants et il faudrait qu'on leur demande de le faire.

Que proposez-vous concernant la recherche lancée par la Charte en Suisse ?

J'ai déjà mentionné de nombreux points plus haut. Nous avons présenté une conception moderne et complexe de la recherche dans le cadre des colloques scientifiques de la Charte. En résumé: les études doivent être menées simultanément dans plusieurs centres et satisfaire aux exigences comme aux standards établis au niveau international de la recherche en psychothérapie. Ces derniers évoluent du fait des possibilités offertes maintenant par les procédures utilisant l'enregistrement d'images et des méthodes de recherche englobant des données neurologiques et immunologiques. Les études incluant des groupes de contrôle sont considérées comme indispensables; il faut donc qu'elles incluent des patients qui sont encore en attente d'un traitement. Par ailleurs, on pourrait continuer à utiliser les groupes étudiés par différents courants comme groupes de contrôle (ce qui implique que l'on ne craigne pas la concurrence).

Il faut assembler une batterie d'instruments de base, utilisables dans le quotidien de la pratique, et qui soient également acceptés et appliqués au niveau international (afin que les résultats puissent être comparés). Les diagnostics ICD-10 sont indispensables. Les éventuels effets secondaires doivent également être analysés, ainsi que la qualité de vie des patients (salutogénèse). Il faut viser à obtenir des résultats ciblés en fonction des différents troubles. Les groupes étudiés doivent donc être aussi grands que possible. On ne pourra satisfaire à cette dernière exigence que si les différents courants affiliés à la Charte

se regroupent selon leur mainstream car autrement, les échantillons seront trop petits. Puisqu'on a démontré que les évolutions les plus importantes se produisent lors de la phase initiale de la thérapie (10–30 séances) – même en analyse, bien que dans ce cas d'autres changements importants puissent se produire plus tard – les études devraient s'intéresser à des thérapies de brève durée ou aux « effets de la phase initiale ». Par rapport à la politique professionnelle, dans cinq à huit ans, il sera trop tard pour présenter des données – nous en avons besoin rapidement. L'étude prévue par la Charte devrait durer au maximum 3 à 4 ans, analyse des résultats et catamnèses après six mois comprises. Phase de planification: un an – phase de traitement: un an – catamnèse et évaluation: un an. Ce calendrier est réaliste. Dans le cas de la Charte, où des groupes différents participeront, il faut compter un an de plus pour les démarches de coordination. Il sera toujours possible d'ajouter plus tard les résultats et catamnèses concernant des périodes plus longues. Par contre, il ne faudra pas sous-estimer la baisse du nombre de patients et le

nombre de collègues qui se retireront du projet – cet aspect suggère lui aussi que l'étude ne devrait pas durer trop longtemps.

Il me paraît extrêmement important que les chercheurs constituent un groupe « incluant différents paradigmes » et qu'une délégation du même type soit constituée. Rien ne pourrait être pire que de laisser la direction du travail à des personnes n'appartenant qu'à un seul courant (psychologie des profondeurs ou approche humaniste), car cela entraînerait forcément une « lutte de paradigmes », dans le sens où les représentants de l'autre fraction attaqueraient violemment les résultats. Cela serait un progrès véritable que d'associer des représentants de la recherche en psychologie clinique au sein des universités et des praticiens appartenant à différents courants de psychothérapie – notons que cela constituerait une innovation par rapport à l'ensemble de la psychothérapie. Cela permettrait aussi de mettre en marche un véritable POLY-LOGUE entre les courants, ce qui augmenterait beaucoup la valeur du travail. Je ne peux que recommander ce type de démarche.

J'ai développé avec des collègues une « approche intégrative de la thérapie humaniste ». Il ne s'agit pas simplement d'une forme de psychothérapie ou de thérapie corporelle, mais d'une « philosophie clinique » en constante évolution. Ce concept permet d'élargir la notion de thérapie dans le sens indiqué en Grec par les termes « *therapeuin* » : soigner, prendre soin, cultiver, façonner, guérir et « *klinein* » (dont est dérivé « clinique ») : se baisser avec empathie et amour vers celui qui est malade dans son lit. La thérapie intégrative doit aussi être entendue en tant qu'« art de vie pratique », en tant que philosophie existentielle ayant dimension curative, en tant que réflexion sur l'humain, sur l'individu, sur le monde avec ses aspects d'ombre, sa beauté et ses mystères. C'est pourquoi: « Il faut pratiquer la philosophie à tout âge car on n'est jamais ni trop jeune, ni trop vieux pour cette thérapie de l'âme » (Épique, in Diogenes Laërtios X, 122, *notre traduction*).

Littérature

www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm

Veranstaltungskalender

17.–18. Januar 2004, Berlin
Einführung in Somatic
Experiencing

Informationen und Anmeldung:
 BAPt Geschäftsstelle,
 c/o Beatrice Biesel,
 Oberheidkamper Straße 45a,
 51469 Bergisch Gladbach,
 Deutschland
 Tel. 0049 (0)700 600 200 20
 E-Mail BAPteV@t-online.de

23.–25. Januar 2004, Wien
Kooperative Psychotherapie.
Internationaler Kongress der
ÖGATAP

Information und Anmeldung:
 ÖGATAP, Kaiserstraße 14/13,
 1070 Wien,
 Österreich
 Tel. 0043 1 523 38 39 0
 Fax 0043 1 523 38 39 10
 E-Mail office@oegatap.at
 www.oegatap.at

24.–25. Januar 2004,
13.–14. März 2004,
21.–22. August 2004, Berlin
Weiterbildung in Eye
Movement Desensitization
and Reprocessing

Für Mitglieder des BAPt und für
 approbierte PsychotherapeutInnen
 in Kooperation mit Institut für
 Traumatherapie.
 Referent: Oliver Schubbe.
 Informationen und Anmeldung:
 BAPt Geschäftsstelle,
 c/o Beatrice Biesel,
 Oberheidkamper Straße 45a,
 51469 Bergisch Gladbach,
 Deutschland
 Tel. 0049 (0)700 600 200 20
 E-Mail BAPteV@t-online.de

5.–9. März 2004, Berlin
15. Kongress für Klinische
Psychologie, Psychotherapie und
Beratung

Information: DGVT-Bundesgeschäfts-
 stelle, Kongressreferat,
 Postfach 1343,
 72003 Tübingen, Deutschland
 Tel. 0049 (0)7071 94 34 94
 Fax 0049 (0)7071 94 34 35
 E-Mail dgvt@dgvt.de

26.–27. März 2004, Wien
Prädiktoren für Erfolg und
Misserfolg in der Psychotherapie

4. Wissenschaftliche Tagung der
 Koordinationsstelle für
 österreichische Psychotherapie-
 forschung
 Information: Organisationsbüro
 Universitätslehrgänge,
 Lammgasse 8/10,
 1080 Wien,
 Österreich
 Tel. 0043 1 4277 18 251
 Fax 0043 1 4277 18 253
 E-Mail hopp@univie.ac.at

März 2004 bis Herbst 2005, Wien
1. Weiterbildungscurriculum
für psychodynamische
Psychotherapie der
Borderline-Störungen.
Transference Focused
Psychotherapy

Leitung: TFP-Institut München und
 Personality Disorders Institute,
 White Plains, N.Y.
 Referenten: O. Kernberg,
 F. Yeomans, P. Buchheim,
 M. Lohmer, G. Brownstone u.a.
 9 Wochenenden, 20x Supervision in
 Kleingruppen.
 Information und Anmeldung:
 ÖGATAP, Kaiserstraße 14/13,
 1070 Wien,
 Österreich
 Tel. 0043 1 523 38 39 0
 Fax 0043 1 523 38 39 10
 E-Mail office@oegatap.at
 www.oegatap.at

25.–30. April 2004,
Bad Gleichenberg
10. Internationales Seminar für
Körperbezogene Psychotherapie
und Körpertherapie

Leitung: Dr. P. Stix.
 Information: Univ.-Klinik für
 Medizinische Psychologie und
 Psychotherapie,
 Auenbrugger Platz 39,
 8036 Graz, Österreich
 Tel. 0043 (0)316 385 3040 oder 3039
 Fax 0043 (0)316 385 4875
 E-Mail
 ilse.windhager@klinikum-graz.at

25.-30. April 2004,
2.-7. Mai 2004, Lindau
54. Lindauer
Psychotherapiewochen
Information: Lindauer
Psychotherapiewochen,
Platzl 4A, 80331 München,
Deutschland

Tel. 0049 (0)89 291 638 55
Fax 0049 (0)89 291 650 39
E-Mail info@lptw.de

19.-26. Mai 2004,
Schloss Großrußbach, NÖ
26. Internationaler
Personzentrierter Workshop

Leitung: Elke Lambers,
Peter F. Schmid, Marietta Winkler.
Information und Anmeldung:
Marietta Winkler, Dißberggasse 5/4,
1030 Wien, Österreich
Tel. 0043 (0)1 718 78 32
E-Mail office@ips-online.at
www.personzentriert.at