

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL

- 62 Wege zu gesunder Kraft und Schönheit der Seele
63 Des voies vers une énergie saine et une beauté de l'âme
Theodor Itten

ORIGINALARBEIT

- 65 Psychosentherapie im Ambulanzalltag
69 Thérapie ambulatoire des psychoses
Evelin Gottwalz-Itten und Maike Hartmann
- 70 Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge
78 Traitement adapté aux besoins et dialogues ouverts
Volkmar Aderhold
- 79 Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia?
89 Franco Basaglia est-il encore d'actualité?
Peter Lehmann
- 90 Evolution der Empathie
101 Évolution de l'empathie
Mario Schlegel

INTERVIEW

- 103 Integrative Kognitive Verhaltenstherapie
Dr. Harlich Stavemann

BERICHT

- 111 Qualitätssicherung in der Psychotherapieweiterbildung: Ergebnisse der periodischen Überprüfung der Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie
124 Garantie de la qualité de la formation postgrade en psychothérapie: résultats de la vérification périodique des membres de la Charte suisse pour la psychothérapie
Peter Müller-Locher

REZENSION

- 137 Gottfried Fischer, Rosmarie Barwinski, Monika Becker-Fischer (unter Mitarbeit von Christiane Eichenberg): Emotionale Einsicht und therapeutische Veränderung: Manual der modernen tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapie
Verena Rattensberger und Pia Andreatta
- 139 Ulrich Sollmann: Einführung in Körpersprache und nonverbale Kommunikation
Theodor Itten
- 140 Nicola Gianinazzi: Scienza psicoterapeutica (SPT/PTW) – Un approccio alla vita umana
141 Nicola Gianinazzi: Psychotherapie-Wissenschaft (SPT/PTW) – Ein Ansatz zum menschlichen Leben
Liliana Merk

Editorial

Theodor Itten

Wege zu gesunder Kraft und Schönheit der Seele

Aus Begegnungen entstehen neue Inspirationen und frische Lebenskräfte. Als moderner Nomade reise ich im zehnten Jahr zwischen meinen Wohn- und Schaffensorten, Sankt Gallen und Hamburg, hin und her. Diese Aktivität kann als eine Form des Dualismus gesehen werden. Es ist (m)ein Umkehren, ein Abschiednehmen zum Ankommen, ein Loslassen, damit neue Kenntnis reifen darf. Als ich im Oktober letzten Jahres in diese Redaktion eingeladen wurde, machte ich meinen KollegInnen den Vorschlag, ein Heft zum Standort heutiger KVT in Hamburg zu machen. Wir SeelenheilkünstlerInnen wissen aus Erfahrung, dass Menschen sich nicht aufgrund ihrer eigenen, oft in der Psychotherapie, erworbenen Einsichten ändern. Eine heilsame Psychotherapie, ob KVT oder anderer Modalität, betrachtet schon immer die ganzen Lebensumstände und deren Inhalte, Prozesse und Praxis, einer Patientin oder eines Patienten. Obschon die KVT viele kurzfristige Erfolge durch Symptomreduktion und Leidensminimierung aufweist, ist ihre langfristige Wirksamkeit im Bereich der strukturellen Persönlichkeitsveränderung, sozialwissenschaftliche noch nicht belegt. Trotzdem, Befreiung vom seelischen Leiden ist ein kollektives Unternehmen, in dem die neue, emanzipative und integrative KVT ihren Beitrag leistet. Evelin Gottwalz-Itten war jahrelang als psychologische Forscherin im Bereich der Familientherapie im Universitätskrankenhaus Eppendorf tätig und ist, zusammen mit ihrem damaligen Oberarzt, V. Aderhold, eine Mitbegründerin der Tagungen *Die subjektive Seite der Schizophrenie*. Heuer fand diese zum 16. Mal statt, unter dem Motto „Schaden begrenzen, Risiken mindern, Chancen mehren“. So der kleine Hintergrund für meine Motivation, einige Personen aus diesem Norddeutschen Netzwerk für ein Themenheft zur Gesundung der Seele zu gewinnen. Das Fremdartige in uns kultivieren, heisst mit Platon: „Das Entgegengesetzte ist dem Entgegengesetzten am meisten freund.“ (Lysis, 215e)

Präsentiert werden Originalarbeiten von KollegInnen aus Hamburg, Berlin und Zürich. Was braucht es, um wieder seelisch gesund zu werden? Die Ambulanzeleiterin des DGVT-Ausbildungszentrums im alten Hamburger Hafens Krankenhaus und Psychotherapeutin ASP, Evelin Gottwalz-Itten, und ihre Mitarbeiterin Maike Hartmann beschreiben ihre theoretisch reflektierte Praxis von *Psychosentherapie im Ambulanzalltag*. Als Experte kritisch gegenüber Medikationverabreichung in psychiatrischen Kliniken wurde der Hamburger Arzt Volkmar Aderhold schon in der Wochenzeitschrift *Der Spiegel* zitiert. Seine Reflektionen zur bedürfnisangepassten Behandlung und dem offenen Dialog mit Hilfesuchenden zeigen den frischen Wind zur Selbstbefähigung. Peter Lehmann fragt sich und uns: *Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia? PsychotherapeutInnen und die reduzierte Lebenserwartung psychiatrischer PatientInnen*, ein wichtiges sowie dringendes Anliegen, dieses ersten Dr. h.c. in der Bewegung Psychiatrie-Erfahrener Europas. Redaktionskollege Mario Schlegel beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit der Evolution der menschlichen Psyche. Er schreibt von der Gefühlsansteckung zum Mentalisieren, über die biologischen Grundlagen der Empathie und ihren Stellenwert in der Psychotherapie. Der im weiten Felde der KVT bekannte Autor und Praktiker Harlich Stavemann steht mir Red und Antwort in einem Email-Interview zum Thema der *Integrativen Kognitiven Verhaltenstherapie*, die er praktiziert.

Die Schweizer Charta für Psychotherapie, Herausgeberin dieser Zeitschrift, betreibt seit Jahren die Förderung hoher qualitativer Standards in der Psychotherapieweiterbildung, der Berufs- und Weiterbildungsethik und der Wissenschaftlichkeit. Die Kommission für Qualitätssicherung überprüft alle Mitglieder auf die Einhaltung der Charta Normen und die Umsetzung der laufenden Beschlüsse der Mitgliederversammlungen. In diesem berufspolitischen Beitrag wird gezeigt, dass die Charta-Institutionen in aller Regel einhalten, was sie versprochen haben.

Die Österreicherinnen Verena Rattensberger und Pia Andreatta besprechen das Buch *Emotionale Einsicht und therapeutische Veränderung: Manual der modernen tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapie* von Gottfried Fischer, Rosmarie Barwinski und Monika Becker-Fischer. Selber stelle ich Ulrich Sollmanns *Einführung in Körpersprache und nonverbale Kommunikation* vor. Eine Tessiner Kollegin, Liliana Merk, bespricht das neue Buch des ASP-Vorstandsmitglieds aus Lugano, Nicola Gianinazzi: *Scienza psicoterapeutica (SPT/PTW) – Un approccio alla vita umana*.

Ingeborg Bachmanns Gedichteröffnungssatz „Was wahr ist, streut nicht Sand in deine Augen“, lass ich hier als Einladung stehen. Sie wissen’s schon ... Worte können das Mysterium unseres Wesens erläutern und bereichern unsere belehrte Unwissenheit.

Éditorial

Theodor Itten

Des voies vers une énergie saine et une beauté de l'âme

Les rencontres donnent naissance à de nouvelles inspirations et à un renouveau d'énergies vitales. Je suis une sorte de nomade des temps modernes puisque je voyage depuis dix ans entre Saint-Gall (où j'habite et travaille) et Hambourg. Ces périple peuvent être perçus comme relevant d'une forme de dualisme. Ils sont (ma) manière de revenir en arrière, de prendre congé pour mieux arriver, de lâcher prise pour qu'un nouveau savoir puisse murir. Lorsque, en octobre de l'an dernier, j'ai été invité à devenir membre de la rédaction, mes collègues ont proposé de dédier un numéro de notre revue à la situation de la thérapie à Hambourg. En tant que psychothérapeutes, nous savons par expérience que les individus n'évoluent pas forcément parce qu'ils ont compris quelque chose, souvent lors d'une psychothérapie. Un traitement salutaire – quelle que soit sa méthode – prend en compte l'ensemble de la situation existentielle d'un ou d'une patient/e, ses contenus, ses processus et son aspect pratique. Bien que la thérapie du comportement permette d'obtenir des résultats rapidement, en réduisant les symptômes et la souffrance, son efficacité à long terme au niveau d'une évolution de la structure de la personnalité n'a pas encore été démontrée. Malgré tout, puisque se libérer de la souffrance psychique est une entreprise collective, de nouvelles formes –émancipatoires et intégratives – de la thérapie du comportement peuvent apporter une contribution. Evelin Gottwalz-Itten, une psychologue, a entrepris pendant des années des recherches dans le domaine de la thérapie familiale à l'hôpital universitaire d'Eppendorf ; en collaboration avec V. Aderhold, son ancien supérieur hiérarchique, elle a fondé les rencontres *Die subjektive Seite der Schizophrenie (L'aspect subjectif de la schizophrénie)*. Ces rencontres viennent d'avoir lieu pour la 16^e fois ; la devise suivante avait été choisie : « Schaden begrenzen, Risiken mindern, Chancen mehren » (Limiter les dommages, restreindre les risques, augmenter le nombre de chances). J'ai décrit brièvement ce contexte pour expliquer ce qui m'a motivé à demander la contribution de quelques membres de ce réseau d'Allemagne du Nord à un numéro consacré à la guérison de l'âme. Cultiver ce qui nous est étranger signifie, comme le dit Platon : « Les Formes opposées à notre être sont celles qui sont les plus proches les unes des autres » (Lysis, 215^e).

Nous présentons des travaux originaux de collègues travaillant à Hambourg, à Berlin ou à Zurich. De quoi a-t-on besoin pour retrouver la santé psychique ? La responsable du centre de formation de la DGVT à Hambourg et psychothérapeute ASP, Evelin Gottwalz-Itten, et sa collaboratrice – Maike Hartmann – décrivent la manière dont elles *traitent les psychoses dans leur service ambulatoire*. Le médecin Volkmar Aderhold, un expert qui a une attitude critique envers la prescription de médicaments dans les cliniques psychiatriques, a déjà été cité par l'hebdomadaire *Der Spiegel*. Ses idées sur les traitements adaptés aux besoins et sur le dialogue ouvert avec les patients montrent qu'il s'agit maintenant d'*empowerment* (les patients doivent devenir plus autonomes). Peter Lehmann se demande et nous demande *si Franco Basaglia est encore d'actualité*. Le fait que, statistiquement, les patients psychiatriques ont une espérance de vie plus courte le poussent à conclure qu'il est urgent de prendre des mesures à ce niveau ; il préside au mouvement regroupant pour l'ensemble de l'Europe les personnes ayant vécu une expérience de la psychiatrie et vient de se voir attribuer un doctorat honoris causa.

Mon collègue, Mario Schlegel – membre de la rédaction – s'intéresse depuis des années à l'évolution du psychisme humain. Il traite de la 'contagion du ressenti', de la mentalisation, ainsi que des bases biologiques de l'empathie et de sa place en psychothérapie. L'auteur et praticien Harlich Stavemann, un spécialiste de la thérapie du comportement, répond à mes questions sur le thème de sa *forme cognitive et intégrative*, une méthode qu'il pratique.

La Charte suisse pour la psychothérapie, qui publie la présente revue, s'efforce depuis des années de promouvoir des standards élevés au niveau de la formation, de l'éthique professionnelle et du caractère scientifique des méthodes. Sa Commission pour la gestion de qualité mène des séries d'examen relatifs à la manière dont ses membres respectent ses normes et appliquent les décisions prises par les assemblées des membres. L'article montre qu'en règle générale, les institutions de la Charte s'en tiennent aux promesses qu'elles ont faites.

Le présent numéro inclut également des comptes-rendus d'ouvrages : *Emotionale Einsicht und therapeutische Veränderung: Manual der modernen tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapie* par Gottfried Fischer, Rosmarie Barwinski et Monika Becker-Fischer (compte-rendu de Verena Rattensberger et Pia Andreatta) ; *Einführung in Körpersprache und nonverbale Kommunikation* d'Ulrich Sollmann (compte-rendu de

Theodor Itten) et *Scienza psicoterapeutica (SPT/PTW) – Un approccio alla vita umana* de Nicola Gianinazzi (compte-rendu de Liliana Merk).

Pour conclure, permettez-moi de citer la première phrase d'un poème d'Ingeborg Bachmann :

« *Was wahr ist, streut nicht Sand in deine Augen* » (*Ce qui est vrai n'est pas de la poudre dans tes yeux*). Vous le savez, mais je vous invite à y réfléchir ... les mots peuvent servir à élucider le mystère de ce que nous sommes et ils enrichissent notre édifiante ignorance.

Originalarbeit

Evelin Gottwalz-Itten und Maike Hartmann

Psychosentherapie im Ambulanzalltag

Zusammenfassung: Der positive Effekt der kognitiven Verhaltenstherapie auf die Symptomreduktion und Rückfallprophylaxe bei Patienten mit Psychose gilt seit circa einem Jahrzehnt als gut belegt. Als theoretische Basis der Behandlung dienen lerntheoretische Grundlagen, also die Annahme, dass Verhalten durch übergreifende Schemata geleitet wird, sowie das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell, welches annimmt, dass durch Stress und eine Vulnerabilität (Sensibilität gegenüber Umweltreizen) sich psychotische Symptome entwickeln und verstärken können. Therapeutisch lassen sich aus den theoretischen Annahmen hilfreiche Ansätze zur Modifikation der übergreifenden hinderlichen Schemata und der Aufbau eines Selbstmanagements von Stress ableiten. Diese Ansätze wurden bisher kaum in der alltäglichen Routineversorgung von Patienten mit Psychose implementiert. Die therapeutische Arbeit mit diesen Patienten in der Ausbildungsambulanz der dgvt Hamburg wird an mehreren Fallbeispielen verdeutlicht.

Schlüsselwörter: Verhaltenstherapie, Psychose, Schemata, Vulnerabilität-Stress-Bewältigungs-Modell

Summary: Therapy with psychotic persons in outpatient daily routine

The positive effect of cognitive behavioural therapy in reducing symptoms and as a prophylactic against recidivism, with patients suffering from a psychosis has been well supported for least a decade. As a theoretical basis for treatment, learning theory, (the acceptance that behaviour is managed by comprehensive schemata), as well as the Vulnerability- Stress- Coping model that assumes through stress vulnerability (a sensitivity to environmental stimuli) psychotic symptoms develop which can be strengthened. Theoretical assumptions allow therapeutically helpful interventions to modify comprehensive debilitating schemata and establish self-management of stress discharge. In the past these interventions were hardly ever implemented as part of the everyday routine provision with psychotic patients. This has been illustrated in many case studies of therapeutic work with these patients in the outpatient training unit of the German Society of Behaviour Therapy, Hamburg.

Keywords: Behaviour therapy, psychoses, schemata, Vulnerability – Stress – Coping Model

Die heutige Verhaltenstherapie hat in den letzten 10–15 Jahren durch die Integration innovativer Ansätze ein hilfreiches und vielfältiges Angebot für Menschen mit Psychosen entwickelt und die bewährten traditionellen Methoden weiter kreativ vitalisiert.

Viele neuere Studien haben nochmals belegt, dass kognitiv-behaviorale Psychotherapie zum Beispiel bei produktiven Symptomen psychotischer Patienten einen direkten Effekt hat und eine deutlich rückfallverhütende Wirkung zeigt. So haben zum Beispiel 2003 Forscher der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen eine beeindruckende Studie und Metaanalyse durchgeführt, die nachweist, wie effektiv die Arbeit an den Krankheitsverarbeitungsstrategien, den negativen Selbsteinschätzungen und an dem umfassenden Verständnis der Erfahrungen in der Psychose sein kann (Wiedemann & Klingberg, 2003). Auch die Psychologen Patty Bach und Steven Hayes (2002) haben in ihrer bemerkenswerten Studie gezeigt, dass wenige Stunden Therapie (ACT – Akzeptanz-Commitment-Therapie) ausreichen, um die Wiederaufnahmen in die Klinik zu halbieren. Man könnte an dieser Stelle noch viele Studien – vor allem auch ältere Forschungsergebnisse – aufzählen, doch, wie so oft, wird das Gewonnene zu wenig umgesetzt oder es werden selten von PraktikerInnen daraus die entsprechenden Konsequenzen in der alltäglichen Routineversorgung gezogen.

Wir im dgvt-Ausbildungszentrum Hamburg bieten seit etlichen Jahren moderne Verhaltenstherapie für Menschen mit Psychosen an und haben dabei gute Erfahrungen gesammelt, die wir im Folgenden aufzeigen wollen.

Doch zunächst einige Sätze zum theoretischen und methodischen Rahmen der Verhaltenstherapie.

Die allgemeine theoretische Basis, auf der sich die Verhaltenstherapie bewegt, sind lerntheoretische Gesetzmäßigkeiten, abwechselnd je nach Orientierung auch Verhaltensmuster oder Schemata genannt. Meist verfestigen sich unter schwierigen Entwicklungsbedingungen so genannte hinderliche Schemata aus den Erfahrungen von zum Beispiel Im-Stich-gelassen-Sein, emotionaler Vernachlässigung, seelischer Verwundung und anderen schwierigen subjektiven Erlebnissen aus der Kindheit.

Ein zentrales operatives Konzept ist es, kognitive Phänomene wie automatische Gedanken, Grundüberzeugungen, erlernte Überlebensregeln und -pläne, emotionale Schemata und deren verhaltenssteuernde Wirkungen funktional zu verstehen. Das gilt genauso für vielleicht zunächst unverständliche Verhaltensweisen im psychotischen Erleben, Wahnphänomene, akustische oder optische Halluzinationen.

Ein Beispiel: Für Herrn A. war es jetzt die dritte psychotische Episode, als er in die Klinik kam. Der *Auslöser* war für ihn, dass seine Freundin sich von ihm überraschend getrennt hatte. Er kam speziell für sie nach Hamburg

und fühlte sich hier nun komplett entwurzelt. Er war akut suizidal, berichtete von optischen Halluzinationen und kommentierenden inneren Stimmen, die ihm das Jenseits als Paradies suggerierten. Er bezeichnete sich als Gratwanderer zwischen den Welten. Nach einer behutsamen antipsychotischen Medikation begannen wir mit Einzel- und Netzwerkgesprächen. Immer deutlicher wurde ihm und uns der *Grund* für seine tiefen Verlassenheitsängste und sein Gefühl der Heimatlosigkeit, die schon jede der bisherigen drei Psychosen getriggert hatten. Indem er für sich dieses neue Verständnis seiner psychotischen Erfahrungen gewinnen konnte, erreichte er mehr inneren Halt und Flexibilität in seiner Gefühls- und Gedankenwelt. In der Folge benötigte er kein Cannabis mehr als „Feuerlöscher“ für seine schmerzhaften Gefühle, die er ja früher gewohnheitsmäßig zu vermeiden suchte.

Die von uns praktizierte Verhaltenstherapie geht davon aus, dass schmerzhaftere Lebensereignisse wie Verlust, Traumata und emotionale Vernachlässigung von Menschen in Bildern, Worten, Gedanken gefasst werden, die sich in vielfältigsten Mitteilungen, Stimmungen und Empfindungen (z.B. kognitiv-limbischem „Bild- und Wortsalat“ und/oder in Erinnerungsfragmenten) ausdrücken können. Diese Gedanken und bildhaften Vorstellungen schmerzhafter Ereignisse auf der „inneren Bühne“ sind dabei oft genauso machtvoll, wenn nicht sogar machtvoller, wie zurückliegende reale schmerzhaftere Lebensereignisse oder Traumata und führen meistens, aber nicht immer und nicht in jedem Fall, mit der Zeit zu chronischem Stress und Anspannung (Heidenreich & Michalak, 2013; Parfy et al., 2003).

Ein hilfreiches, praktikables Konstrukt der Verhaltenstherapie ist das so genannte Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell (V-S-B-Modell), das von Neurobiologen entwickelt wurde und eine nützliche Komplexitätsreduktion vielfältigster psychischer und sozialer Faktoren darstellt. Die beiden bekannten Hauptfaktoren sind Stress (chronisch, phasisch, akut) und Vulnerabilität (Sensibilität gegenüber Umweltreizen), die sowohl miteinander als auch mit psychotischen Symptomen in Verbindung stehen können. Diese funktionieren nicht nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip. Wir denken die „dysfunktionalen“ Bewältigungsversuche mit, wie zum Beispiel den sozialen Rückzug oder die Selbst-Beruhigung als Selbstmedikation durch Alkohol und andere Drogen mit betäubender und schmerzlindernder Wirkung oder andere vielleicht verrückt anmutende Self-coping-Strategien.

Die einfache Schlussfolgerung aus dem V-S-B-Modell ist, dass je stärker der Stress aus der Umwelt ist und/oder je stärker die subjektive „Sensibilität“ zunimmt, umso wahrscheinlicher kommt es zu so genannten Vor- oder Zwischenstadien bzw. unspezifischen Frühwarnsymptomen, wie Schlafstörungen, verminderter Belastbarkeit, Beziehungssetzungen wie Misstrauen, und in der Folge zum Auftreten von Positiv- oder Negativsymptomatiken. Das suggestivkräftige Wort „Vulnerabilität“ wird aktuell leider immer wieder zu einer spezifischen genetischen Vulnerabilität stilisiert, um eine ausschließliche pharmakotherapeutische Therapie zu begründen.

Der Behandlungsansatz der zeitgemäßen Verhaltenstherapie folgt vielmehr der Idee des Selbstmanagements und des Selbstwirksamkeitserlebens. Die Erkennung von Frühwarnsymptomen, das Training kognitiver, emotionaler und sozialer Kompetenzen sowie ein familienzentriertes Vorgehen mit dem Ziel, familiäre Stressoren zu reduzieren, sind nicht einfach bloß Psychoedukation, sondern viel mehr als eine bloße Technik- und Wissensvermittlung. Ein englisches Sprichwort sagt treffend: „To teach is to touch someone’s life forever“. In diesem Sinne geht es uns vielmehr um die Gestaltung eines therapeutischen Prozesses, der die Entfaltung des eigenen, konsistenten Selbst-Seins ermöglichen hilft.

Zur Veranschaulichung unseres praktischen und konkreten Vorgehens schildern wir zwei „kleine“ Ausschnitte aus unserem Verhaltenstherapiealltag.

Fallbeispiel 1: Eine Person soll so viele Symptome haben?

Dieser Antrag war der komplizierteste, den ich (MH) je geschrieben hatte und der zum Glück gleich als Langzeitantrag genehmigt wurde. Neben zwei psychotischen Episoden berichtete die Patientin von einer rezidivierenden depressiven Störung, einer sozialphobischen Störung sowie einer Zwangserkrankung. Sie war trotz der hohen neuroleptischen Medikation, die sie seit Jahren nahm, schwer belastet. So viele Symptome schüchterten mich natürlich ein. Ich versuchte, mich nicht so sehr davon beeindruckt zu lassen, um für die Patientin offen zu bleiben. Sie berichtete von paranoidem Misstrauen im zwischenmenschlichen Kontakt. Wichtig für den therapeutischen Prozess war die Vereinbarung, mir gleich zu sagen, wenn ich für sie bedrohlich wirke; was die Patientin nutzte. Dadurch wurde unsere Beziehung deutlich stabilisiert. Ihre Überzeugungen, dass andere Menschen ihr etwas Böses wollen, schwankten, und manchmal versuchte sie sich alternative Erklärungen zu geben. Häufig konnten diese Alternativerklärungen sie jedoch nicht vollständig beruhigen.

Sie berichtete zusätzlich von „magischen Gedanken“ oder Beziehungsideen, welche wirklich schwierig von Zwangsgedanken zu unterscheiden sind („wenn ich an das Bestimmte denke, dann muss ich etwas tun, damit nichts Schlimmes passiert“). Entscheidend bei diesen selbsterfüllenden Prophezeiungen ist eine nachträgliche

Verknüpfung: Weil ich mich jetzt schlecht fühle, hat der andere mich vorhin negativ manipuliert. Wirklich schwer zu falsifizieren.

Wir brauchten somit etwas Stärkeres als alternative Gedanken, ein mächtigeres stabilisierendes Mittel, gegen Unsicherheit und unangenehme Gefühle. Wir wurden fündig bei der Neutralisierung dieser Gefühle durch die Vermeidung von Situation oder Dingen („wenn ich dieses Ding, was schlechte Energie innehat, nicht benutze, dann bin ich sicher“). In einer Doppelstunde, in der das zu vermeidende „Ding“ (Papier, das von einem anderen Menschen verflucht wurde) mitgebracht wurde, kamen uns die entscheidenden Fragen: Warum sollte das Ding nur schlechte Energie transportieren? Was muss ich mit dem Ding machen, damit es die schlechte Energie verliert oder sie mich nicht mehr beeinflussen kann? Wie kann ich mich wieder aufbauen, wenn ich durch einen anderen Menschen negativ manipuliert wurde? Plötzlich gab es den neuen Handlungsspielraum: Vielleicht ist das Ding verflucht, aber der Patientin wurde klar, dass sie dem nicht völlig ausgeliefert ist. Sie konnte sich Dinge durch hilfreiche „Neutralisierung“ wieder aneignen und spürte seitdem eine vergessene Selbstwirksamkeit, die sie wieder zur Handelnden werden ließ. Der Handlungs- und Erlebnisspielraum wurde größer und die störenden Symptome traten allesamt in den Hintergrund. Hinter den Symptomen wurden Themen wie Sicherheit, Kontrolle und eine deutliche Selbstabwertung deutlich. Eine Auseinandersetzung mit diesen lebensgeschichtlichen Themen wurde in der Therapie möglich. Zentral war wieder eine akzeptierende und wohlwollende Haltung sich selbst gegenüber. Der alte Glaubenssatz „Alle wissen ja eh, dass ich die Verrückte bin“ konnte losgelassen werden.

Fallbeispiel 2: Vor der ersten Stunde mit dem Patienten wurde ich (MH) bereits gewarnt

Laut Überweisungsbericht sei der Patient sehr stark verlangsamt und man brauche viel Zeit für ein Gespräch. Das stimmte irgendwie fürs Erstgespräch. Die Diagnose „schizoaffektive Störung mit ausgeprägter Negativsymptomatik und depressiver Episode“, welche ihn nun seit mehr als 20 Jahren begleitete, machte mich als seine neue Therapeutin nachdenklich. Die ersten Stunden zogen sich hin und ich hatte erst in der 20. Stunde das Gefühl, nun richtig bei ihm angedockt zu sein. Ein wirklich radikal bindungsvorsichtiger Patient. Angenehm für mich war die Entschleunigung in diesen Gesprächen. Obschon der Patient seine Verlangsamung klar als Mangel an sich festmachte. Dank dieser Verlangsamung war eine bessere Konzentration möglich, die nicht zerredet werden konnte. Zuerst interessierte ich mich für seine Erfahrungen bei den diversen stationären und teilstationären Aufenthalten in der Psychiatrie und fragte in Psychologendeutsch, was er von diesen Aufenthalten mitgenommen hätte. Es kam einfach nichts. Er konnte nicht benennen, was es für ihn, für seine Genesung, jenseits der Medikation, gebracht hat. Ich war bestürzt. Gut, sagte ich, dann versuchen wir es mal mit einer Psychotherapie. Leider unterstützten dieses Vorhaben nicht alle Beteiligten vorbehaltlos. Der verantwortliche Gutachter bewilligte von unserem Langzeitantrag nur 20 Stunden Probetherapie. Seine Begründung war, unser Antrag sei einseitig psychologisierend. Wir hätten es hier mit einer biologischen Störung zu tun, die primär medikamentös zu behandeln sei. Für mich eine klar ideologisierende und nicht wissenschaftlich fundierte Aussage. Mit dem Patienten mit Psychose psychotherapeutisch zu reden ist also unmöglich? Wenigstens waren die Probestunden genehmigt. In diesen ersten Stunden wurde deutlich, wie sehr sich der Patient selbst abwertete. Wir wissen nicht, ob das eventuell auch ein Resultat der 20-jährigen Stigmatisierung durch die organische Psychiatrie ist.

Er hatte den allumfassenden internalisierten Leistungsanspruch dieser Gesellschaft nicht fallen lassen, obwohl er ihn im bürgerlichen Sinne (Karriere machen, Familie gründen) niemals erfüllen würde. Er bestrafte sich, lehnte sich ab und hasste sich dafür. Er beschimpfte sich und hörte besonders in Stressmomenten innere Stimmen, die seine Handlungen kommentierten und negativ bewerteten. Er kämpfte sich mit sich ab und kam morgens einfach nicht aus dem Bett. Es war für ihn völlig unvorstellbar, sich nicht so unter Druck zu setzen; dann würde er sich endgültig aufgeben und gar nichts mehr machen. Er hatte nur eine leise Ahnung (z.B. las er ein Buch nur zu seinem Vergnügen und ohne Leistungsanspruch), wie es sein könnte, Dinge aus eigenem Antrieb oder sogar aus Lust zu machen.

Zum Glück wurden weitere Therapiestunden genehmigt. Wir konnten somit über dieses neue Lebenskonzept diskutieren, und der Patient wagte mit der Zeit loszulassen – seinen Leistungsdruck, seine starke Selbstkontrolle, seine Angst, sich einzulassen. Er machte gute frische Erfahrungen mit anderen Menschen, er lebte Hobbys, fuhr in den Urlaub und lernte sich zur Seite zu stehen anstatt sich zu bekämpfen. Die Medikation konnte auf sein berechtigtes Drängen hin erheblich reduziert werden. Jetzt steht er jeden Tag pünktlich auf. Er kämpfte sich erfolgreich ins Leben zurück, doch paradoxerweise ohne innere Antreiber wie Zwang und Druck, sondern mit eigener liebevoller Akzeptanz, Wohlwollen und dem Loslassen alter Verhaltensmuster. Und ja, er wird die gesellschaftlichen Maßstäbe nie erfüllen, was leider auch mit seiner Armut einhergeht. Mit der Zeit konnte sich bei ihm eine Zufriedenheit einstellen, die Symptome wie das Stimmenhören, trotz und dank stetiger Medikationsreduktion, vollständig verstummen ließ.

Für uns ist eine mögliche Schlussfolgerungen aus den drei hier kurz geschilderten Fällen, behandelt in unserem Ambulatorium, dass die von uns angewendeten psychotherapeutischen Behandlungen auf der Basis eines verhaltenstherapeutischen Zugangs zur Psychose-Erfahrung ein effektives Heilverfahren sind. Wir gehen von den sich uns zeigenden Symptomen aus und hin zur subjektiven Erfahrung der Lebens- und Leidenthemen der Patientin oder des Patienten. Zu der von uns praktizierten Verhaltenstherapie gehört die gleichzeitige Ermunterung der Hilfesuchenden zur Selbstbefähigung. Damit stärken wir das Selbstvertrauen (Vertrauen in das eigene Selbst) der Person in die eigene Gesundheit.

Autorinnen

Eveline Gottwalz-Itten. Jahrgang 1955. Psychotherapeutin ASP, in freier Praxis in Sankt Gallen. Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Systemische Therapeutin und Supervisorin. Ambulanzleitung und stellvertretende Institutsleitung des Hamburger Ausbildungszentrums der DGVT. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Vermittlung des „Offenen Dialogs“ im Projekt von Dr. med. Volkmar Aderhold.

Aktuelle Publikationen:

(2010) mit Aderhold, V., Haßlöwer, H.: Die Behandlungskonferenz – Dialog, Reflexion und Transparenz. *Psych. Pflege Heute*, 16, 142–152

(2013) mit Aderhold, V., Family therapy and psychosis – replacing ideology with openness. In: Read, J., Dillon, J. (Hrsg.) *Models of Madness* (S. 378–391), 2. Aufl., London: Routledge

Maïke Hartmann. Jahrgang 1983. Diplom-Psychologin. Beschäftigte sich im Rahmen ihrer Doktorarbeit mit Stress- und Einflussfaktoren psychotischer Störungen und legte ihren Schwerpunkt in der Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin auf die Behandlung von Patienten mit Psychose.

Korrespondenz

E-Mail: e.gottwalz@dgvt-hamburg.de oder info@gottwalz.ch

E-Mail: maïke.hartmann@yahoo.de

Literatur

Bach, P., Hayes, S. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129–1139

Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.) (2013) *Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie – Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz Verlag

Parfy, E., Schuch, B., Lenz, G. (2003) *Verhaltenstherapie. Moderne Ansätze für Theorie und Praxis*. Wien: Facultas Universitätsverlag (UTB)

Wiedemann, G., Klingberg, S. (2003). Psychotherapie produktiver Symptomatik bei Patienten mit schizophrener Psychose. *Nervenarzt*, 74, 76–84

Thérapie ambulatoire des psychoses

Depuis environ une décennie, on considère qu'il a été démontré que la thérapie cognitive du comportement a un effet positif s'agissant de patients psychotiques – ceci au niveau de la réduction de leurs symptômes ou à celui de la prévention des récurrences. D'un point de vue théorique, le traitement est fondé sur l'idée de processus d'apprentissage, dans le sens où le comportement peut être attribué à des schémas plus globaux ; mais on utilise également un modèle vulnérabilité/stress/gestion impliquant la notion qu'une combinaison de stress et de vulnérabilité (sensibilité aux stimulus émis par l'environnement) produit et peut renforcer des symptômes psychotiques. Ces hypothèses théoriques sont utilisées pour mettre en place des méthodes thérapeutiques qui permettent de modifier les schémas gênants et d'élaborer une autogestion du stress. Jusqu'à maintenant, ces approches ont très peu été utilisées dans le cadre de l'offre faite aux patients souffrant de psychose. Notre centre (le dgvt-Ausbildungszentrum à Hambourg) offre depuis de nombreuses années des thérapies modernes du comportement à des personnes souffrant de psychose ; notre expérience à ce niveau est excellente et nous présentons certains de ses aspects dans le présent article.

Selon la base théorique globale fondant la thérapie du comportement, des régularités peuvent être observées dans les processus d'apprentissage pour lesquelles on utilise – selon le courant – des termes tels que schémas de comportement ou plus simplement schémas. De manière générale, des conditions difficiles de construction personnelle contribuent à donner naissance à des schémas considérés comme problématiques ; ces conditions peuvent, par exemple, inclure un sentiment d'abandon, une négligence affective, des blessures psychiques et d'autres vécus subjectifs durant l'enfance. Selon un concept central, il faut alors comprendre d'un point de vue fonctionnel les phénomènes cognitifs comme les pensées automatiques, les convictions profondes, les règles et plans de survie mis en place par l'individu, ainsi que les schémas affectifs et leurs effets sur le comportement. Ceci s'applique aussi bien à des comportements durant un épisode psychotique au premier abord incompréhensibles qu'à des phénomènes de délire, ainsi qu'aux hallucinations auditives ou optiques.

Selon la thérapie comportementale que nous pratiquons, les événements existentiels douloureux – comme les deuils, les traumatismes ou la négligence affective – sont traduits en images, en mots et en idées qui en viennent à constituer des messages variés, des humeurs et des vécus (exemples : cognitivo-limbiques 'salades d'images et de paroles' et/ou fragments de souvenirs). Ces idées et ces images associées à des événements douloureux sont 'mis en scène par le psychisme' et exercent un pouvoir souvent aussi – ou même plus – puissant que celui exercé par des vécus douloureux concrets ou par des traumatismes. Très souvent, mais pas toujours et pas chez chaque personne, ils produisent avec le temps un stress et des tensions.

Pour mieux illustrer notre approche pratique et concrète nous présentons deux 'petits' extraits de thérapies. Ces exemples de cas mettent en évidence la manière dont la thérapie du comportement aborde le traitement, en incluant les notions d'autogestion et d'effet sur le vécu. Apprendre à identifier les symptômes précoces, acquérir des compétences cognitives, émotionnelles et sociales n'est pas simple éducation ; de même le travail avec les familles, visant à réduire le stress issu de cet environnement, est beaucoup plus qu'un simple enseignement de techniques et de savoirs. Un proverbe anglais exprime bien cet aspect : « To teach is to touch someone's life forever ». Dans ce sens, notre objectif est d'élaborer un processus thérapeutique qui permettra à l'individu de développer une personnalité stable. Dans les trois cas que nous présentons brièvement, il s'est agi de traitements ambulatoires. Ils nous permettent de conclure que le traitement psychothérapeutique offert, fondé sur une approche comportementale de la psychose, est efficace. Nous partons des symptômes manifestés pour accéder à l'expérience subjective qu'a le ou la patient/e de son vécu et de sa propre souffrance. Le type de thérapie du comportement que nous pratiquons implique également d'encourager les patients à s'aider eux-mêmes. Dans ce sens, nous renforçons leur confiance en soi (confiance dans le propre Soi) et l'espérance qu'ils ont de guérir.

Originalarbeit

Volkmar Aderhold

Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge

Zusammenfassung: Das finnische Modell der bedürfnisangepassten Behandlung entstand für die Behandlung psychotischer Ersterkrankungen. Kennzeichnend sind die sofortige und flexible Hilfe, die Einbeziehung der Familien und weiterer Bezugspersonen von Beginn an und möglichst zuhause bei den Patienten durch ein multiprofessionelles therapeutisches Team und eine möglichst niedrig dosierte selektive Psychopharmakotherapie. Ungefähr die Hälfte der Patienten nimmt zusätzlich längerfristige Einzeltherapie in Anspruch.

Unter der Leitung von J. Seikkula wurde innerhalb dieses Behandlungsmodells die systemische Methodik des Offenen Dialoges entwickelt. Sie ist ausgerichtet auf die sozialen Netzwerke der Patienten und fördert in diesem möglichst sicheren Rahmen einen gemeinsamen offenen dialogischen Prozess aller Beteiligten.

Die Evaluation durch vergleichende Kohortenstudien zeigte signifikant bessere symptomatische und funktionelle Ergebnisse im Vergleich zur Standardbehandlung, insbesondere eine geringe Hospitalisierungsrate und hohe Integration in bezahlte Arbeit oder Ausbildung.

Schlüsselwörter: Bedürfnisangepasste Behandlung, Offener Dialog, Multiprofessionelles Team, Hometreatment, Antipsychotika

Abstract: Need-Adapted Treatment and open dialogue

The Finnish model of Need-Adapted Treatment was developed for treating first episode psychosis. It is characterized by immediate and flexible help, involving the family and other attachment persons from the start and when possible in the patient's home setting with a multi-professional therapeutic team and with the lowest possible dosage of selective psychopharmaceutical therapy. Approximately half the patients actually make use of the offer of long-term individual therapy.

Under the leadership of J. Seikkula within this treatment framework, a systemic methodology model of open dialogue has been developed. It is directed at the patient's social networks and facilitates, within this secure framework, a shared open dialogue process with all those involved.

Evaluation through comparable cohort studies shows a significant improvement in the symptomatic and functional outcomes in comparison to standard treatment, in particular a reduced rate of hospitalization and a higher integration in paid work or vocational training.

Keywords: Need-Adapted Treatment, open dialogue, multi-professional team, Hometreatment, psycho-pharmaceuticals

Entwicklungsgeschichte

Das Gesamtkonzept wurde über 25 Jahre kontinuierlich zunächst in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Turku durch Yrjö Alanen gemeinsam mit vielen Mitarbeitern entwickelt. In vieljährigen Entwicklungsschritten wurden diese spezifischen Behandlungselemente nacheinander in das Modell integriert:

- psychodynamische Individualtherapie,
- stationäre Psychiatrie als therapeutische Gemeinschaft,
- familientherapeutische Kurzzeitinterventionen (vorwiegend Mailänder Modell),
- niedrigdosierte und selektive Neuroleptikabehandlung (API-Projekt).

Jede Entwicklungsstufe wurde durch eine prospektive Katamnesestudie aller ersterkrankten Patienten aus 1–2 Jahren mit einer »Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum« über einen Verlauf von zwei Jahren evaluiert. Jede Stufe der Entwicklung zeigte dabei bessere Ergebnisse als die vorausgegangene. Die familientherapeutischen Interventionen zeigten sich dabei als besonders wirksam (Lehtinen, 1993, 1994). Dies bestätigte auch das nationale Schizophrenieprojekt (NSP) in Versorgungsregionen, die 50 % der finnischen Bevölkerung umfassten (Alanen, 2001). Durch die ambulanten Akut-Teams gelang es, 63 % der Krankenhausbetten zu reduzieren (Tuori et al., 1998). Die ursprüngliche Kurzzeitorientierung in den Familientherapien wurde jedoch später verlassen.

Das Ergebnis dieses längeren historischen Prozesses der Integration verschiedener Therapieelemente war das Bedürfnisangepasste Behandlungsmodell (Need-Adapted Treatment Model), in dem die systemische Perspektive sowohl das konkrete therapeutische Handeln als auch das paradigmatische Verstehen zentral leitet, jedoch keinesfalls darauf einengt.

Im Rahmen des nationalen finnischen Schizophrenie-Projektes wurden die folgenden Grundprinzipien formuliert (Alanen, 2001; Alanen et al., 1991):

- Anfangs finden wiederholt intensive Therapieversammlungen mit dem Betroffenen, seiner Familie und möglicherweise weiteren wichtigen Bezugspersonen statt. Die therapeutischen Aktivitäten werden hier

gemeinsam geplant und flexibel ausgeführt, in Krisen möglicherweise täglich. Sie sollen den tatsächlichen und veränderlichen Bedürfnissen des Patienten und seines persönlichen sozialen Netzwerkes entsprechen. Diese Therapieversammlungen bilden den Kern des Konzeptes.

- Untersuchung und Behandlung sind durch eine psychotherapeutische Haltung bestimmt, d.h., die Therapeuten bemühen sich, die Vorgeschichte und die auslösenden Bedingungen der psychotischen Krise und die Interaktionen im sozialen Netzwerk des Patienten zu verstehen und die therapeutischen Beziehungen und Hilfestellungen aus diesem Verständnis heraus zu gestalten.
- Verschiedene therapeutische Zugänge sollen sich gegenseitig ergänzen, anstatt sich zu behindern oder auszuschließen.
- Die Behandlung soll zu einem kontinuierlichen Prozess werden. Daher sind Sitzungsroutinen zu vermeiden.
- In jedem Einzelfall nach 5 Jahren eine Nachuntersuchung, um die Wirksamkeit der Behandlung zu überprüfen,
- Regelmäßige Anwesenheit des Patienten in allen therapeutischen Situationen, die ihn betreffen und in denen seine Behandlung geplant wird. Er hat als Experte für seine eigene Lebenssituation zu gelten.

Multiprofessionelle Ausbildungen als »training on the job« in vorwiegend systemischer, aber auch psychodynamischer Therapie machten die Umsetzung dieses Behandlungsmodells erst möglich. Im Zuge der Entwicklung wurden multiprofessioneller Psychoseteams (2–4 Mitarbeiter) in den Versorgungsregionen gebildet. Sie ermöglichen die weitgehende Behandlung der Klienten und Familien im häuslichen Kontext.

In ca. 20 % der Versorgungsregionen Finnlands sowie in etlichen Regionen Norwegens und Schwedens wird dieses Modell bis heute praktiziert und zum Teil weiterentwickelt. Zwei der drei Versorgungsregionen Dänemarks orientieren sich zunehmend an den Grundprinzipien des Offenen Dialogs und haben damit begonnen, diese schrittweise im Versorgungsalltag umzusetzen.

Im Rahmen des schwedischen multizentrischen »Parachute«-Projekts unter der Leitung von Johan Cullberg wurden kleine Krisenwohnungen alternativ zur Krankenhaus-Akutstation als zusätzliches Strukturelement erfolgreich eingeführt (Cullberg et al., 2006; Cullberg, 2008).

In der Region West-Lappland vollzog sich unter der Leitung von Jaakko Seikkula, Birgitta Alakare und Jukka Aaltonen eine systemisch-methodische Weiterentwicklung des Modells. Die philosophisch-therapeutische Orientierung wurde maßgeblich durch Tom Andersen in Tromsø beeinflusst: Reflektierende Teams und freies Reflektieren, die natürliche Sprache der Betroffenen, das Fördern von Dialogen und die Fokuserweiterung zu sozialen Netzwerken wurden bedeutsam. Die entwickelte Methodik wird als »Offener Dialog« bezeichnet.

Diese Kombination der Prinzipien der bedürfnisangepassten Behandlung und des Offenen Dialogs, die aus unserer Sicht die konsequenteste Weiterentwicklung darstellt, soll nachfolgend ausführlich beschrieben werden.

Therapieversammlung

Die Therapieversammlung als Begegnung aller wichtigen persönlichen und – wenn vorhanden – professionellen Bezugspersonen des Patienten/Klienten stellt die zentrale therapeutische Arbeitsform dar. Sie sollte möglichst die erste professionelle Reaktion auf eine Krise darstellen und im Behandlungsverlauf immer dann stattfinden, wenn ein Teil der Beteiligten dies für sinnvoll erachtet. In psychotischen Krisen von Ersterkrankten ist dies in den ersten 7–10 Tagen oft täglich, später sehr viel weniger, ca. 5- bis 7-mal im Jahr erforderlich. Die Frequenz sinkt mit zunehmender Erfahrung. Zunächst kommt jeder Anwesende zu Wort. Gelingt es den Professionellen respektvoll zu sein und ausreichende emotionale Sicherheit zu gewährleisten, entsteht – erleichtert durch die Praxis des reflektierenden Teams – ein gemeinsamer dialogischer Prozess. Bisher Ungesagtes kommt jetzt oft zur Sprache, z.B. durch den psychotischen Patienten. Die Krise erscheint bald in einem neuen Licht, ein vertieftes Verständnis wird möglich, und oft beginnen konfliktreiche Beziehungen sich konstruktiv zu verändern. Auch das Behandlungssetting wird gemeinsam überlegt und möglichst im Konsens entschieden.

Am Ende werden die erörterten Themen und eventuell getroffenen Entscheidungen zusammengefasst. Eine solche Sitzung dauert meist 1,5 Stunden, aber bei Bedarf auch länger, im Verlauf eher kürzer. Die Therapieversammlung hat damit gleichzeitig eine informative, diagnostische und therapeutische Funktion.

Therapieversammlungen werden üblicherweise auch in späteren Phasen der Therapie durchgeführt. Sie finden auf Wunsch der Beteiligten statt und möglichst immer zu Zeitpunkten wesentlicher Veränderungen und Entscheidungen. Sie sind besonders wichtig für die Integration und die Kontinuität des Behandlungsprozesses, wenn es zu Veränderungen im Leben des Patienten oder der Familie, zu Veränderungen des therapeutischen Settings oder zu personellen Änderungen im therapeutischen Team kommt.

In den unterschiedlichen Regionen wird entweder mit fallspezifischen Teams oder relativ festen Teams und darin jeweils zwei eng kooperierenden Mitarbeitern gearbeitet.

In jedem Fall kommt der bestmöglichen Passung zwischen den Professionellen, dem Patienten und möglichst allen Familienmitgliedern eine hohe Bedeutung zu. Bei komplizierten Problemlagen werden auch weitere Teammitglieder – meist nur vorübergehend – hinzugezogen.

Therapeutische Prinzipien

Aus der projektbegleitenden Handlungsforschung zur Effektivitäts- und Prozessevaluation wurden in Westlappland die im Folgenden beschriebenen sieben therapeutischen Prinzipien abgeleitet (Seikkula&Alakare, 2007).

1. Sofortige Hilfe

Ein Anruf – von wem auch immer – genügt und ein Netzwerktreffen kann innerhalb von 24 Stunden, bei Einverständnis möglichst in der Wohnung des Klienten bzw. der Familie stattfinden. Niedrigschwelligkeit und Frühintervention unter Nutzung aller verfügbaren Ressourcen sind so essentiell für das therapeutische Gelingen, dass das System ganz auf die Sicherstellung dieses Prinzips ausgerichtet ist. Die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Zugangs erhöht sich dadurch deutlich und die Notwendigkeiten von Medikation und Hospitalisierung sinken. Ein Krisendienst im Hintergrund erleichtert die Arbeit und senkt die Hospitalisierungsrate weiter. Auch im späteren Verlauf bleibt diese Reaktionsflexibilität und Frühintervention bei Krisen essentiell.

2. Einbeziehen des sozialen Netzwerkes

Von Beginn an, auch wenn der Patient akut psychotisch ist, werden die Familie und wichtige verfügbare Bezugspersonen einbezogen. Grundsätzlich wird das persönliche Netzwerk des Patienten als eine potentielle Ressource bewertet und so weit wie möglich nutzbar gemacht. Auch ehemalige therapeutische Bezugspersonen sollten, wenn sinnvoll und möglich, schnell eingeladen werden. Will der Patient nicht an der Sitzung teilnehmen, wird entschieden, ob das Treffen trotzdem fortgesetzt wird. In diesem Falle wird der Patient davon informiert, möglicherweise wird ihm die Sitzung durch eine geöffnete Tür hörbar gemacht. Er kann dann noch jederzeit direkt teilnehmen, wenn er dies möchte. Während dieser Sitzung ohne den Patienten fallen möglichst keine Entscheidungen, die den Patienten direkt betreffen. Falls Gefahrenmomente deutlich werden, sodass die Professionellen sich doch zum Handeln gezwungen sehen, wird der Patient während der Therapieversammlung davon informiert, um dann möglichst doch noch daran teilzunehmen.

Im Laufe des Behandlungsprozesses können weitere Personen wichtig werden. Dann werden beispielsweise auch Lehrer, Arbeitgeber und Vertreter von Arbeitsämtern zeitweise in die Therapieversammlungen eingeladen. Dabei kann der Ort der Versammlungen dahin wechseln, wo es günstig erscheint.

3. Flexible Einstellung auf die Bedürfnisse

Jeder Fall wird als einmalig angesehen, deshalb gibt es keine standardisierte Behandlung oder festgelegten Behandlungsprogramme. Alle Therapiemethoden müssen an die Sprache, Lebensweise, individuellen Möglichkeiten und Interessen des Patienten und seiner Familie angepasst werden. Insbesondere sollten innere oder äußere Sitzungsroutinen vermieden werden. Die Flexibilität von Ort und Frequenz der Sitzungen gehört ebenfalls dazu. Es wird daher meist nur die nächste Sitzung vereinbart.

4. Gemeinsame Verantwortung

Das psychiatrische System übernimmt die Verantwortung für die Organisation einer Therapieversammlung nach einem Hilferuf. Im Zuge der ersten Sitzungen wird gemeinsam entschieden, wer zu dem längerfristig verantwortlichen Team gehört. Bei komplexen Problemlagen sind es Mitarbeiter aus unterschiedlichen Einheiten des Systems, z.B. zusätzlich aus der Suchtabteilung oder dem Sozialamt. Alle Teammitglieder kümmern sich um das Einholen der erforderlichen Informationen, um die bestmöglichen Entscheidungen treffen zu können. Bereits mit der ersten Therapieversammlung wird das Behandlungsteam Teil des Problemsystems, d.h. auch die Professionellen sind sich sehr bewusst, dass sie nicht nur Lösungen, sondern auch Probleme erzeugen können (Seikkula, 2002). Themen der Behandlungstreffen werden nicht vorab geplant, sondern in der Sitzung gemeinsam entschieden. Auch das gesamte Behandlungssetting wird von allen Beteiligten gemeinsam entwickelt. Der langfristige Prozess soll optimalerweise eine Ko-Evolution von Netzwerk und Professionellen darstellen. So entsteht ein Denken in Prozessen und nicht in Maßnahmen.

5. Psychologische Kontinuität

Therapieabbrüche oder Therapeutenwechsel sollen so weit wie möglich verhindert werden. Für Menschen mit psychotischen Störungen stehen die Teams in möglichst personeller Kontinuität für fünf Jahre, sofern sinnvoll auch länger zur Verfügung. 60 % der Behandlungen sind jedoch bereits nach zwei Jahren abgeschlossen (Seikkula et al, 2006).

Weitere angewandte Therapiemethoden werden über die Therapieversammlungen in den Gesamtprozess integriert; z.B. nehmen Einzelpsychotherapeuten möglichst zu Beginn der Behandlung und wiederholt im Verlauf an diesen Sitzungen teil. In dieser Situation bleiben sie die Vertrauten des Patienten.

6. Aushalten von Unsicherheit

Um ein vertieftes Verstehen und einen Prozess in Ko-Evolution zu ermöglichen, sollten Therapeuten auf vorschnelle Festlegungen (z.B. Diagnosen und familiendynamische Erklärungen) und damit auf gewohnte Sicherheiten so weit wie möglich verzichten. Verfrühte Entscheidungen und Schlussfolgerungen können vermieden werden, wenn die Beteiligten Vertrauen in einen gemeinsamen, noch unbekanntem Prozess haben. Jede behutsame Schlussfolgerung und Entscheidung, die als sinnvoll erlebt wird, stärkt dieses Vertrauen.

Das Ertragen von Unsicherheit wird durch eine als sicher erlebte Situation erleichtert. In Krisen ist dies oft durch tägliche Behandlungstreffen zu gewährleisten. Mehr Sicherheit entsteht auch, wenn jeder gehört wird. Diagnosen und Krankheitskonstrukte sind Prozeduren, die nur vermeintliche Sicherheiten schaffen.

Die Transparenz unterschiedlicher Einschätzungen bei den Professionellen durch das Reflektierende Team (Andersen, 1996) und die Erfahrung einer Klärung im Prozess kann das Vertrauen der zuhörenden Klienten in den Prozess erhöhen und als Modell wirken. Bei größeren Differenzen innerhalb der Familie können einzelne Mitglieder des therapeutischen Teams auf einzelne Familienmitglieder mit besonderer Empathie fokussieren und ihre Position in der Reflexion repräsentieren.

7. Förderung des Dialogs (Dialogik)

Der Schwerpunkt therapeutischer Konversation liegt auf der Förderung von offenen Dialogen in und mit der Familie und dem sozialen Netzwerk. Offene Dialoge entstehen eher durch eine Veränderung des eigenen Handelns des Teams als durch Versuche, die Klienten zu verändern.

Dialoge werden als gemeinsames Nachdenken und als Aussprachen über bisher Ungesagtes aufgefasst. Es soll mehr Kompetenz und Handlungsfähigkeit für die individuelle Lebensgestaltung entstehen, jedoch nicht durch Instruktionen zu gezielten Veränderungen. Möglicherweise kommen die Dialogpartner zu einem neuen gegenseitigen Verständnis. In Dialogen werden unterschiedliche Erfahrungen und Wirklichkeitskonstruktionen in einen Bezug zueinander gebracht, um Differenzierung und Klärung, Verständnis und möglicherweise Annäherung zu erzeugen.

Neue Bedeutungen entstehen dabei im interaktionellen Raum zwischen den Gesprächsteilnehmern während der dialogischen Praxis. Jede neue Antwort kann dabei die vorhandenen Bedeutungen verändern, insofern ist der Dialog offen und niemals abgeschlossen. Nicht endgültige Beschreibungen oder Erklärungen sind das Ziel, sondern der Dialog selbst ist ein gegenseitiges Handeln, das Subjekt-Subjekt-Beziehungen erzeugt, die auch die Therapeuten einbeziehen.

Dafür ist für Seikkula (Seikkula & Arnkil, 2007) das »wechselseitige Erstaunen«, die Bereitschaft, sich immer wieder »erstaunen« zu lassen, von zentraler Bedeutung. Das gesprochene Wort informiert nicht nur den anderen, sondern formt auch die Bewusstwerdung der eigenen Erfahrung. Wird auch der Sprecher von den eigenen Worten oder Worten der anderen angerührt, entsteht Heilsames.

Die Art des Denkens, die Einstellung und die Begegnung sind wichtiger als die Methoden.

Oft sind die Menschen in anfänglichen Therapieversammlungen in extremen Lebenssituationen mit tiefen emotionalen Erschütterungen und Verstrickungen. Am Beginn steht oft ein Gefühl der Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit, das dann auch erlebbar werden sollte und so eine Chance sein kann, dass ein Gefühl gemeinsamer existentieller Verbundenheit entsteht. Auch Therapeuten können mit intensiven Gefühlen reagieren und bewegen sich in einem Feld jenseits therapeutischer Technik.

Eine anschauliche Darstellung des therapeutisch technischen Vorgehens findet sich in Seikkula & Arnkil (2007, S. 80 ff).

Antipsychotische Medikamente selektiv und in möglichst geringer Dosierung

Eine neuroleptische Medikation soll bei Ersterkrankten in den ersten drei bis vier Wochen ganz vermieden werden. Im Fall von Ängsten und bei Schlafstörungen sind Benzodiazepine die Mittel der ersten Wahl.

Neuroleptika werden, wenn dann noch erforderlich, erst später und in geringer Initialdosierung gegeben, die nötigenfalls allmählich erhöht wird. Bei Nebenwirkungen wird üblicherweise die Dosierung gesenkt. Die Einnahme von Neuroleptika ist in der Regel mit Ambivalenz und Unsicherheit verbunden und soll daher zunächst in drei Therapieversammlungen besprochen werden, bevor eine Entscheidung getroffen wird. Patienten, die in der ersten psychotischen Krise keine Neuroleptika benötigen, können in der Regel auch in weiteren psychotischen Krisen auf sie verzichten. Diese verlaufen dann meist deutlich leichter.

Im Rahmen des API-Projekts in fünf Modellregionen konnten 43 % der ersterkrankten psychotischen Patienten in den ersten zwei Jahren und 51 % in den dann folgenden drei Jahren ohne Neuroleptika behandelt werden. Die Patienten der Experimentalregionen zeigten dabei signifikant weniger psychotische Symptome und Hospitalisierungen und mehr »Griff im Leben« (Lehtinen et al., 2000; Alanen, 2001; Aderhold et al., 2003).

Vermittlung in Einzelpsychotherapie bei Bedarf

Einzelpsychotherapie kann sowohl durch ausgebildete Psychotherapeuten in den Institutionen als auch solche in Privatpraxen erfolgen. In den 80er und 90er Jahren hatten diese meist eine psychodynamische Orientierung, durch die neueren Entwicklungen haben sie jetzt oft einen kognitiven Ansatz. Beides ist kompatibel. Faktisch nehmen 50–65 % der Patienten mit Psychosen Einzelpsychotherapie in Anspruch. Es gibt in Finnland für Menschen mit Psychosen seit mehreren Jahren einen gesetzlich festgeschriebenen Anspruch darauf. In der Regel nimmt der Psychotherapeut zu Beginn und am Ende und, wenn es sinnvoll erscheint, auch bei Krisen und weiteren Problemlagen an den Therapieversammlungen teil.

Integration verschiedener Therapieformen

Die zusätzlichen therapeutischen Zugänge sollen sich gegenseitig ergänzen, anstelle eines »Entweder-oder«-Vorgehens.

Krisenwohnung

Das schwedische multizentrischen »Parachute«-Projekt unter der Leitung von Johan Cullberg nutzte zusätzlich – als Alternative zur Krankenhaus-Akutstation – erfolgreich kleine Krisenwohnungen (Cullberg et al., 2006; Cullberg, 2008).

Unterstützte Arbeit und Ausbildung (Supported Employment)

Ende der 90er Jahre wurde Unterstützung in der Arbeit als Element aufgrund der erwiesenen besseren Wirksamkeit hinzugefügt. Aufgrund der regulär im Schulsystem arbeitenden »school nurses«, mit denen z.B. im Rahmen von Therapieversammlungen in der Schule eng kooperiert wird, kann man auch oft von einer Art »supported schooling« sprechen. Vereinzelt werden auch Frühinterventionsprogramme mit derselben Orientierung in enger Kooperation mit school nurses aufgebaut (z.B. Espoo).

Qualitätsorientierung

Qualität wird als ein kontinuierlicher Prozess verstanden. Die Behandlungsteams erwerben eine außergewöhnliche gute Kompetenz und sind in der Lage, über viele Jahre mit den Patienten und ihren Familien zu arbeiten.

Nachuntersuchung der Wirksamkeit

Das obligatorische individuelle und auch das populationsbezogene Follow-up nach 5 Jahren sind für die Beurteilung des Verlaufs und der Wirksamkeit und die Herausarbeitung von Wirkfaktoren und Interventionskomplexen von besonderer Bedeutung.

Evaluation des bedürfnisangepassten Behandlungsansatzes und Dialogs

In finnischen und schwedischen Einzelprojekten wurden 5 historische Kohortenstudien zur genaueren Evaluation der dargestellten Behandlungsform durchgeführt. Bei meist geringer Studiengröße (N=30 bis 106) wurden alle Ersterkrankten mit Schizophrenie-Diagnose¹ bzw. erster nicht-affektiver psychotischer Episode aus

¹ Wir benutzen den Terminus »Schizophrenie« aus Konvention und um wissenschaftliche Studien zitieren zu können. Schizophrenie ist jedoch ein Konstrukt unbekannter Gültigkeit (Validität) und seine Diagnostik von nur moderater Zuverlässigkeit (Reliabilität). Auch ist der stigmatisierende Effekt dieser Diagnose groß. Die diskutierte Abschaffung des Begriffes in einem neuen DSM V (ca. 2013) kann nur erhofft werden.

unterschiedlichen ca. einjährigen historischen Perioden oder aus unterschiedlichen Versorgungsregionen miteinander verglichen. Es wurden keine randomisierten Studien innerhalb einer Versorgungsregion durchgeführt, weil dies in integrierten gemeindepsychiatrischen Behandlungssystemen dieser Größe kaum durchführbar ist, die Rekrutierungszeit für eine angemessene Zahl von Ersterkrankten zu lange dauern würde und sich eine Standardbehandlung im Zuge der Entwicklung des Behandlungssystems gar nicht mehr vorhalten ließe. Alle Ergebnisse geben starke Hinweise auf eine deutliche Überlegenheit des Ansatzes gegenüber traditionellen Behandlungsmethoden.

So fanden sich in Zwei- und Fünf-Jahres-Katamnesen unter anderem:

- insgesamt geringere psychotische Symptome
- seltener psychotische Restsymptomatik, d.h. mehr vollständige Remissionen
- Symptomfreiheit beim überwiegenden Teil (bis mehr als 80 %) der Patienten fünf Jahre nach Behandlungsbeginn
- deutlich kürzere stationäre Behandlungen
- bessere psychosoziale Funktionsfähigkeit
- ein höherer Anteil voller Erwerbsfähigkeit
- seltener Therapieabbrüche (Absenkung auf bis zu 5 % über fünf Jahre)
- Neuroleptikafreiheit bei 40 bis 70 % der Patienten während der gesamten Behandlungsdauer mit dann besserer Symptomatik und besserem Verlauf
- in den übrigen Fällen meist erheblich geringere Dosierungen

Die Methodik des Offenen Dialogs scheint anderen systemischen Methoden geringgradig überlegen zu sein. Dieses Ergebnis wird jedoch auch durch die längere Erfahrung der Teams überlagert. Eine ausführliche Darstellung der Forschungsergebnisse geben Alanen et al. (2003), Cullberg (2008), Cullberg et al. (2006) sowie Seikkula et al. (2003, 2006).

Auch für depressive Störungen wird der Ansatz derzeit in einer Langzeitstudie evaluiert – und scheint genauso erfolgreich zu sein. Von einer Übertragbarkeit der Grundsätze auf andere Störungsbilder ist auszugehen, eventuell unter Ergänzung störungsspezifischer Therapieelemente.

Methodische Einordnung und Bewertung

Hometreatment (Burns et al., 2001) ist machbar und senkt – je nach historischer Ausgangslage bzw. Kontrollgruppe – die Inanspruchnahme des Krankenhauses. Auch dem Assertive Community Treatment (ACT) für meist schwerer gestörte Patienten mit langer Hospitalisierung oder häufigen Behandlungsabbrüchen gelingt eine Reduktion von Behandlungsabbrüchen und eine Senkung der Wiederaufnahmerate (Marshall & Lockwood, 2000), vor allem durch häufige Hausbesuche und komplexe Zuständigkeit für Gesundheit und soziale Problemlagen (Burns et al., 2006). Jedoch bleiben sowohl die Psychopathologie wie auch die soziale Funktionsfähigkeit der Patienten weitgehend unverändert, sodass Holloway und Carson (2001) urteilen, dass es *in sich* noch keine effektive Behandlungsmethode sei.

Die meist höhere Chronizität der Klienten und die geringe psychotherapeutische Ausrichtung des Ansatzes sind vermutlich dafür verantwortlich.

Seit langem jedoch wissen wir, dass Familientherapie bei Menschen mit sog. Schizophrenie die Rückfallrate und Krankenhausaufnahme um ca. 30 % senkt (RR=0,71) und die soziale Kompetenz um 10 Punkte in der GAF-Skala steigert und die Symptomatik geringfügiger verbessert (Pharoah et al., 2006). Viele Einzelstudien belegen sogar eine Reduktion um 50 %. Die Effekte sind noch 15 Monate nach Beendigung der Therapie nachweisbar, jedoch – wie für alle psychosozialen Behandlungsformen für Menschen mit schwereren psychischen Störungen gültig – nicht länger nachhaltig. Wesentliche Wirksamkeitsunterschiede zwischen den unterschiedlichen familientherapeutischen Methoden (psychoedukativ-behaviorale und unterschiedliche systemische Methoden) wurden nicht nachgewiesen, wenn auch zu den psychoedukativ-behavioralen Methoden deutlich mehr randomisierte Studien durchgeführt wurden (Shadish et al., 1997). Angehörigengruppen sind unwirksam bezüglich der Rückfallrate. Sie wurden jedoch in der zitierten Metaanalyse von Pharoah in die Auswertung mit eingeschlossen.

Jedoch erst 2009 wurden erstmals außerhalb von Skandinavien in den britischen staatlichen Leitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence sowohl Familientherapie als auch kognitiv-behaviorale Therapie für jeden Patienten mit Schizophrenie als obligate Behandlungsangebote vorgeschrieben (NICE, 2009). Kostenreduktion durch kognitiv-behaviorale Therapie um 1200 € und durch Familientherapie um 3200 € pro behandelten Patienten war ein explizites gesundheitsökonomisches Argument für diese psychotherapeutische Ausrichtung der Leitlinien.

Die Inanspruchnahme gängiger familientherapeutischer Ansätze und Angebote ist jedoch begrenzt. In der dänischen Opusstudie für Ersterkrankte lag sie im ersten Jahr bei 43 % und im zweiten Jahr bei 34% bei Anwendung eines Mehr-Familien-Ansatzes (Petersen et al., 2005).

Der Fokus auf Familien und soziale Netzwerke von Anfang an im Rahmen des Hometreatments und das gemeinsame Überwinden und Verarbeiten der ersten Krise erleichtert offensichtlich deutlich mehr Familien den Zugang zum therapeutischen System.

In Verbindung mit der grundsätzlich kooperativen Grundhaltung erhöht sich die Akzeptanz des Modells und der darin arbeitenden Menschen durch die Klienten und Familien auch langfristig, ablesbar an einer Verringerung der Abbruchraten von erfahrenen Teams auf 18 % bzw. 5 % über fünf Jahre. Dies bedingt eine weitere Erhöhung der Wirksamkeit (Lehtinen, 1993; Lehtinen et al., 2000; Seikkula et al., 2006).

Statt mit Familien wird im offenen Dialog – wenn möglich – mit sozialen Netzwerken gearbeitet, um die Ressourcenorientierung zu verstärken und bei sehr aufgeladener Familiendynamik die Beteiligten zu entlasten. Daraus resultiert eine deutliche Erleichterung der Arbeit. Zusätzlich zeigt die neuere epidemiologische Forschung, dass gute soziale Netzwerke vermutlich die Inzidenz psychotischer Störungen senken (Allardyce et al., 2005; Kirkbride et al., 2007). Sie werden daher als »soziales Kapital« (Bourdieu) aufgefasst.

Zusätzlich verbessert sich der Outcome durch die Kombination mit kognitiv-behavioraler oder psychodynamisch orientierter Einzeltherapie. Bei schizophren diagnostizierten Patienten zeigt kognitiv-behaviorale Therapie mittlere Effektstärken bei der Reduktion psychotischer Symptomatik (Jones et al., 2004), störungsadaptierte psychodynamische Einzeltherapie etwas geringere, wobei hier kaum randomisierte Studien vorliegen (Gottdiener & Haslam, 2002). Ein wesentlicher Wirkfaktor ist das Gelingen der therapeutischen Beziehung u.a. durch eine Passung zwischen Therapeut und Patient und weniger durch einen spezifischen Methodeneffekt, wie auch ein kürzlich erschienenenes kritisches Review erneut bestätigte (Lynch et al., 2010).

Zusätzliche Behandlungseffekte bewirkt die selektive Neuroleptikabehandlung bei ca. 40 % der Menschen mit Schizophrenie(-diagnose) (Studienübersicht in Bola et al., 2009). Insbesondere die Integration in Arbeit gelingt signifikant häufiger, wenn diese Untergruppe ohne Neuroleptika behandelt wird (Herz et al., 1991; Johnstone et al., 1990; Seikkula et al., 2006).

Die bedürfnisangepasste Behandlung ist ein Modell der psychiatrischen Primär- und Basisversorgung und umfasst (potentiell) die gesamte Versorgung einer gemeindepsychiatrischen Region. Eine unnötige Ghettoisierung wird vermieden. Flexible Akutteams ermöglichen maximale Lebensfeldorientierung und die Arbeit innerhalb des natürlichen Sozialraums. Soziale Inklusion und natürliche Beziehungen zu Peers werden so weit wie möglich aufrechterhalten.

Die Stigmatisierung durch die Psychiatrie ist aufgrund der geringen Hospitalisierung vermindert.

Die Hinzuziehung psychiatrischer Krisenteams wird zur Normalität: ca. 30 % der Bevölkerung in West-Lappland hat in den zurückliegenden zwanzig Jahren schon an Therapieversammlungen teilgenommen.

Auf diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass das bedürfnisangepasste Behandlungsmodell durch die kumulative Wirkung dieser Einzelfaktoren und verstärkt durch langjährige therapeutische Kompetenz und Sicherheit der Behandlungsteam deutlich bessere Ergebnisse als die üblichen Behandlungsformen erzielt. Das Vorgehen besitzt aus der Perspektive von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen ein hohes Maß an erfahrungsgeliteter Plausibilität, sodass zusammen mit der wissenschaftlichen Evidenz (der lediglich die gemeindepsychiatrisch über viele Jahre kaum umsetzbare Randomisierung fehlt) und der hohen persönlichen und strukturellen Ethik des Ansatzes die entscheidende Trias bestmöglicher Behandlungsmodelle von Evidenz, Erfahrung und Ethik (Thornicroft et al., 2009) erfüllt wird.

Autor

Volkmar Aderhold, Jahrgang 1954, Dr. med., Arzt für Psychiatrie Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, arbeitet seit 1982 in der Psychiatrie. 10 Jahre Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf. Aktuell Mitarbeiter der Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald. Qualifizierungsmaßnahmen und Beratung von Kliniken bei der Strukturentwicklung

Literatur

Aderhold, V., Alanen, Y., Hess, G., Hohn, P. (Hrsg.) (2003). Psychotherapie der Psychosen: integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien, Gießen: Psychosozial Verlag

Alanen, Y. O. (2001). Schizophrenie: Entstehung, Erscheinungsformen und bedürfnisangepasste Behandlung, Stuttgart: Klett-Cotta

Alanen, Y. O., Lehtinen, V., Lehtinen, K., Aaltonen, J., Rääköläinen, V. (2003). Das integrierte Modell der Behandlung schizophrener und verwandter Psychosen. In: Aderhold, V., Alanen, Y., Hess, G., Hohn, P. (Hrsg.). Psychotherapie der Psychosen: integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien (S.65-88), Gießen: Psychosozial Verlag

- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääkkyläinen, V., et al. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363–372
- Allardyce, J., Gilmour, H., Atkinson, J., Rapson, T., Bishop, J., McCreadie, R. G. (2005). Social fragmentation, deprivation and urbanicity: relation to first-admission rates for psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 187, 401–406
- Andersen, T. (Hrsg.) (1996). *Das Reflektierende Team: Dialoge und Dialoge über Dialoge*, Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Bola, J. R., Lehtinen, K., Cullberg, J., Ciompi, L. (2009). Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: a review of the literature. *Psychosis*, 1, 4–18
- Burns, T., Catty, J., Wright, C. (2006). De-constructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 33–35
- Burns T., Knapp M., Catty J., Healey A., Henderson J., Watt H., Wright C. (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 15, 1–139
- Cullberg, J. (2008). *Therapie der Psychosen: ein interdisziplinärer Ansatz*, Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Cullberg, J., Mattsson, M., Levander, S., et al. (2006). Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: A 3-year follow-up of the Swedish »Parachute Project« and two comparison groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 274–281
- Gottdiener, W., Haslam, N. (2002). Efficacy of individual psychotherapy for schizophrenia: a meta-analysis. *Ethical Human Sciences and Services*, 4, 660–687 (dt. in Müller, T., Matajek, N. [Hrsg.] [2007]: *Empirische Forschung in der Psychosentherapie* [S. 7–44], Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht)
- Herz, M. I., Glazer, W. M., Mostert M. A., et al. (1991). Intermittent vs maintenance medication in schizophrenia: two-year results. *Archives of General Psychiatry*, 48, 333–339
- Holloway, F., Carson, J. (2001). Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 21–31
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J. I., Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, 4, CD000524
- Johnstone, E. C., Macmillan, J. F., Frith, C. D., et al. (1990). Further investigation of the predictors of outcome following 1st schizophrenic episodes. *British Journal of Psychiatry*, 157, 182–189
- Kirkbride, J. B., Morgan, C., Fearon, P., Dazzan, P., Murray, R. M., Jones, P. B. (2007). Neighbourhood-level effects on psychoses: re-examining the role of context. *Psychological Medicine* 37, 1413–1425
- Lehtinen, K. (1994). Need-adapted treatment of schizophrenia: family interventions. *British Journal of Psychiatry*, 164, suppl. 23, 89–96
- Lehtinen, K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia: a 5-year follow-up study from the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 96–101
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., et al. (2000). Two-year outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312–320
- Lynch, D., Laws, K. R., McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40, 9–24
- Marshall M., Lockwood A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, 2, CD001089
- NICE (2009). Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care, NICE clinical guideline 82, London: National Institute of Health and Clinical Excellence
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T. O., Krarup, G., Jorgensen, P., Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *British Medical Journal*, 331, 602
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 4, CD000088
- Seikkula, J. (2002). Die Kopplung von Familien und Krankenhaus. In: Greve, N., Keller, T. (Hrsg.). *Systemische Praxis in der Psychiatrie* (S. 303–321). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag
- Seikkula, J., Alakare, B. (2007). Offene Dialoge. In: P. Lehmann, P., Stastny, P. (Hrsg.). *Statt Psychiatrie 2* (S. 234–249), Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2007). *Dialoge im Netzwerk: Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis*, Neumünster: Paranus-Verlag
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K. (2006). Five-years experiences of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16, 214–228
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5, 163–182
- Shadish, W. Ragsdale, K., et al. (1997). Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik*, 22, 5–33
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2009). *Better mental health care*, Cambridge: Cambridge University Press
- Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., et al. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 10–17

Traitement adapté aux besoins et dialogues ouverts

Le modèle finlandais du ‘traitement adapté aux besoins’ (*need-adapted treatment*) est appliqué en particulier lorsqu’il s’agit de traiter des psychoses chez des patients qui ne souffraient d’aucun trouble précédemment ; il a été élaboré au cours d’un long processus de développement, est actuellement utilisé dans environ un quart des régions du pays et est également mis en œuvre dans d’autres pays scandinaves. Il est caractérisé par les aspects suivants : un soutien immédiat et flexible est apporté, les familles et d’autres référents participent dès le début à des ‘assemblées thérapeutiques’ – dans la mesure du possible chez les patients –, la continuité thérapeutique est assurée par une équipe multi professionnelle et une dose aussi basse que possible de neuroleptiques soigneusement sélectionnés est prescrite. Environ la moitié des patients suit en outre une psychothérapie individuelle de longue durée. Sous la direction de J. Seikkula et inspiré par T. Andersen (Tromsø, Norvège), ce modèle a été complété dans la région de Laponie occidentale par la méthode systémique du dialogue ouvert. Celle-ci utilise les réseaux sociaux des patients, mettant en place des échanges multiples et créant un cadre aussi sécurisé que possible au niveau d’un processus collectif ouvert. La méthode en question implique les principes d’une égalité (aussi grande que possible) entre participants, celui d’une responsabilité collective ainsi que celui du besoin de supporter les moments marqués par l’insécurité tout en évitant les conclusions et les décisions hâtives. La mise en œuvre flexible de la réflexion d’équipe s’est avérée très utile.

Une évaluation par le biais d’études comparant des cohortes a montré que les effets au niveau symptomatique et fonctionnel sont bien meilleurs que dans les traitements standards ; cela concerne en particulier le taux d’hospitalisation – qui est moindre – et l’intégration dans le monde du travail ou de la formation.

Plusieurs facteurs actifs jouent sans doute un rôle par rapport aux bons résultats des traitements : seuil bas puisque le traitement est mené dès le début chez le patient (Hometreatment), travail avec les familles et les réseaux sociaux utilisant prioritairement les ressources sociales, psychothérapie individuelle lorsque cela est nécessaire, continuité au niveau des traitants et cohérence psychologique des processus thérapeutiques, recherche d’une intégration au monde du travail, doses aussi basses que possible de neuroleptiques – ou pas de traitement médicamenteux lorsque cela est possible –, mise en œuvre de tous les modes d’intervention et nombre bas d’interruptions du traitement.

Originalarbeit

Peter Lehmann

Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia?

Psychiater, Psychotherapeuten und die reduzierte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten

Zusammenfassung: Der Autor befasst sich mit der Aktualität des 1980 gestorbenen italienischen Reformpsychiaters Franco Basaglia. Trotz der massiv reduzierten Lebenserwartung Psychiatriebetroffener verabreicht man in aller Regel Psychopharmaka ohne informierte Zustimmung und ohne Aufklärung über Frühwarnzeichen, die bleibende oder tödliche Behandlungsschäden ankündigen. Kritiklos und gesponsert von der Pharmaindustrie plädieren Psychiater und Psychologen im Rahmen der Psychoedukation für die Dauereinnahme von Psychopharmaka und preisen neuere Substanzen wahrheitswidrig als nebenwirkungsarm an. Basaglias Aussage zu Befriedungsverbrechen Intellektueller ist hochaktuell. Es stellt sich nicht nur die Frage nach moralischer Schuld, sondern auch nach zivil- und strafrechtlichen Schritten.

Schlüsselwörter: Basaglia / Macht / Mortalität / Psychoedukation / Psychopharmaka

Abstract: How relevant is Franco Basaglia currently? Psychiatrists, psychotherapists and the reduced life expectancy of psychiatric patients

The author investigates the current relevance of the Italian reform psychiatrist Franco Basaglia who died in 1980. In spite of the massively reduced life expectancy of psychiatric patients, psychiatric drugs are administered without obtaining informed consent and without clarifying the early warning signs, which point to permanent or fatal treatment damage. By not taking a critical approach and sponsored by the pharmaceutical industry, psychiatrists and psychologists advocate within the framework of psycho-education the continuous intake of psychiatric drugs and praise new substances untruthfully as having only few side-effects. Basaglia's statement about intellectuals' "Crimini di Pace" (*crimes of pacification*) is currently very relevant. It asks the question not only about moral responsibility but also about civil and criminal steps to be taken.

Keywords: Basaglia/ power/ mortality/ psycho-education/ psychiatric drugs

*»Es ist grotesk und tragisch, dass Intellektuelle,
indem sie sich an die Institutionen der Macht anbinden,
unter dem Schein der Hilfeleistung
die Opfer der Macht vollends entzweifeln:
In der Pose des Samariters geben sie ihnen den tödlichen Kuss.«
(Basaglia & Basaglia-Ongaro, 1980, S. 22)*

»Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia? Was bedeuten heute seine Sätze ›Freiheit heilt‹ und ›Richtig angewandt ist das Medikament in der Psychiatrie ein Instrument der Befreiung?‹ So lautete im November 2013 ein Workshop bei der Tagung »Vernetzung und individuelle Freiheit – Wieviel Netz braucht ein Mensch?« in Berlin, veranstaltet vom Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V.

Basaglia und der Monolog der Experten

Intellektuellen im psychosozialen Bereich gehen die Antworten auf diese Fragen vermutlich leicht über die Lippen, sehen sie sich doch prädestiniert zu entscheiden, was eine richtige Anwendung von Psychopharmaka ist und wovon sich die Betroffenen befreien sollen: nicht etwa von psychiatrischer Behandlung mit persönlichkeitsverändernden und körperlich beeinträchtigenden Psychopharmaka und Elektroschocks, sondern von der als psychisch krank definierten störenden und unerwünschten Lebens- und Sinnesweise. Diese Kompetenz der Macht zur exklusiven Definition der Wirklichkeit ist jedoch seit langem umstritten, insbesondere mit Aufkommen der Recovery-Bewegung. Aktivisten der Selbsthilfebewegung erholten sich nach dem Absetzen der verordneten Psychopharmaka und der Verweigerung ihrer weiteren Anwendungen sowie weiterer Elektroschocks und führten daraufhin ein unabhängiges und gesundes Leben. Ihre Vorträge bei Kongressen und an Universitäten, ihre Bücher, Zeitschriften und andere öffentliche Auftritte konnten nicht mehr ignoriert werden (Lehmann, 2013a). Pat Bracken (2007, S. 420), Facharzt für Psychiatrie und klinischer Leiter beim Psychiatrischen Dienst von West Cork in Irland, brachte den notwendigen Paradigmenwechsel auf den Punkt: »Die radikalste Folgerung der Recovery-Bewegung mit ihrer Umkehrung dessen, was erst- und zweitrangig ist [Einnahme von Psychopharmaka oder deren Ablehnung], besteht in der Feststellung, dass es die Betroffenen sind, die das größte Wissen und die meisten Informationen über Werte, Bedeutungen und Beziehungen besitzen.

Im Sinne der Recovery-Bewegung sind sie die wahren Experten.« (Ergänzungen in eckigen Klammern in Zitaten und im Weiteren die Übersetzung von Zitaten aus dem Englischen stammen von mir, P. L.)

Es sei dahingestellt, ob alle Psychiatriebetroffenen Experten par excellence sind. Doch an eine als ethisch zu bezeichnende Psychiatrie ist der Anspruch zu stellen, dass sie den einzelnen Betroffene nicht als Objekt, sondern als Subjekt seiner Geschichte betrachtet, als Fachmann, der seine Bedürfnisse selbst am besten kennt und dem man – sofern erwünscht – im Krisenfall soziale, therapeutische oder medizinische Unterstützung zukommen lässt. Da manchmal Probleme so drängend und gewaltig sind, dass weder mit Selbsthilfe noch mit psychotherapeutischen Verfahren eine rasche Abhilfe möglich scheint, würde eine Psychiatrie mit ethischen Grundlagen dazu aufrufen, für den Fall des Falles Voraussetzungen zu erstellen, damit auch in sogenannten schlechten Zeiten die Entscheidung über höchstpersönliche Belange in der eigenen Hand bleibt (Lehmann, 2014).

Die Praxis im psychosozialen Bereich entspricht kaum den Anforderungen an eine ethische Psychiatrie. Ständig wird gegen das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf körperliche Unversehrtheit und den Schutz der Menschenwürde verstoßen: »Täglich erfahren Menschen mit psychischen Problemen – wie auch ihre Angehörigen und andere Menschen, die sich um sie kümmern – Diskriminierung und Schikane in allen möglichen Lebensbereichen. Dies verringert die Chance von Genesung und gesellschaftlicher Integration.«

So lautete 2005 das Ergebnis einer multinationalen Studie, die im Auftrag der Europäischen Kommission im Rahmen des *Europäischen Aktionsprogramms gegen Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich* von Verbänden Psychiatriebetroffener, psychiatrisch Tätiger und Angehöriger aus Deutschland, Großbritannien, Österreich, Spanien und den Niederlanden gemeinsam mit dem belgischen Forschungsinstitut LUCAS und Mental Health Europe (europäische Sektion der World Federation for Mental Health) durchgeführt wurde. Man stellte fest, dass strukturell ohne informierte Zustimmung behandelt wird; unerwünschte Psychopharmakawirkungen deutet man in Symptomverschiebung der diagnostizierten psychischen Krankheit um, Hilfeleistung wird vorenthalten (für Näheres siehe unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/enusp/schikane.htm). Gründe, weshalb in den letzten Jahren diese Menschenrechtsverletzungen abgenommen hätten, sind nicht zu erkennen; psychiatrische Landesorganisationen verweigern sich einem Runden Tisch, an dem öffentlich über die kritisierte Praxis diskutiert werden könnte, seit Jahren beharrlich.

Reduzierte Lebenserwartung Psychiatriebetroffener

Menschen in psychischen Krisen werden oft psychiatrisiert. Sie erhalten psychiatrische Diagnosen und entsprechend psychiatrische Psychopharmaka, vor allem Antidepressiva und Neuroleptika, sowie zunehmend wieder Elektroschocks. Spätestens seit der Publikation des Hamburger Psychiaters Volkmar Aderhold (2007) über die hohe Mortalität psychiatrisch behandelter Patienten darf der Tatbestand einer durchschnittlich um drei Jahrzehnte gesenkten Lebenserwartung unter langfristiger Neuroleptika-Einnahme auch im deutschen Sprachraum als bekannt vorausgesetzt werden. Defizit-Syndrom, Fettleibigkeit, Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt im Blut), Diabetes, Apoptose (Sichabstoßen von Zellen aus dem Gewebe, d. h. Zelltod), Suizidalität, tardive Dyskinesien und Psychosen als Neuroleptika-Auswirkungen und eine deutlich erhöhte Sterblichkeit vor allem bei Verabreichung von Neuroleptika in Kombination mit anderen Medikamenten stellen häufige Gesundheitsrisiken für die Behandelten dar. Seit Jahrzehnten steigt die Sterblichkeitsrate von Psychiatriepatienten in alarmierender Weise kontinuierlich an (Saha et al., 2007).

Für manche ist die toxische Wirkung der Psychopharmaka die Ursache für die Katastrophe, für andere sind es die prekären Verhältnisse, unter denen die meist arbeitslos gewordenen Psychiatriebetroffenen ihr Leben fristen. Nähme man den angeschlagenen Gesundheitszustand als ursächlich für ihren häufigen frühen Tod an, stellte sich die Frage, ob es irgendeine Rechtfertigung gibt, dieser vulnerablen Patientengruppe die riskanten und potenziell toxischen Wirkstoffe zu verabreichen – oft gar noch unter Nötigung, Drohung und Gewaltanwendung. Selbst Pharmafirmen thematisieren inzwischen die hohe Sterblichkeitsrate psychiatrischer Patienten: »Forschung hat gezeigt, dass die Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Leiden um durchschnittlich 25 Jahre geringer ist als die der Durchschnittsbevölkerung. Herz- und Atemwegserkrankungen, Diabetes und Infektionen (wie HIV/AIDS) sind die häufigsten Todesursachen in dieser Bevölkerungsgruppe.« (Janssen Pharmaceuticals, 2012)

Oft wird das Argument ins Feld geführt, mit der jeweils neuesten Generation von Psychopharmaka würde alles anders. Die modernen, sogenannten atypischen Neuroleptika unterscheiden sich jedoch in ihren Auswirkungen nicht wesentlich von herkömmlichen Neuroleptika (Lehmann, 2010). Dies bestätigt Gerhard Ebner (2003, S.

30), Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte und Mitglied des Advisory Board bei Janssen Cilag zur Einführung von Risperdal Consta, schon vor einiger Zeit: »Es handelt sich nicht um weniger Nebenwirkungen, sondern um andere, die aber ebenfalls sehr einschneidend sein können, auch wenn sie von den Patienten nicht unmittelbar wahrgenommen werden, weswegen die Patienten leichter zur Einnahme dieser Antipsychotika motiviert werden können, da die quälenden Frühdyskinesien/extrapyramidalen Nebenwirkungen nicht oder nicht so stark auftreten.«

Dienstbare Mietmäuler der Pharmaindustrie

Die erleichterte Motivierung von Patienten, gefährliche Substanzen einzunehmen, bedeutet für die Pharmaindustrie einen verbesserten Absatz ihrer patentgeschützten teuren Produkte, somit steigende Gewinne – in einer marktwirtschaftlich orientierten Industrie das primäre Ziel unternehmerischer Tätigkeit.

Wie Pharmafirmen mit Verlagen kooperieren, die als wissenschaftlich gelten und somit exzellente Werbeträger (»Mietmäuler«) sind, geht aus einer Beilage zur »Psychiatrische Praxis« hervor, erschienen im Stuttgarter Thieme-Verlag. Hier kann man von Patienten lesen, die das *atypische* Serdolect erhalten und »die sedierende Wirkung schätzen und nicht missen möchten«, so Peter Falkai (Psychiatrische Praxis, 1998, S. 3), später Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2011–2012) und seit 2012 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die Beilage, in der er Serdolect als effektiv und nebenwirkungsarm anempfiehlt, wurde finanziert von der Promonta Lundbeck Arzneimittel GmbH & Co. Hamburg, der deutschen Herstellerfirma von Serdolect. Wiederum im Thieme-Verlag durfte Falkai auch ein Buch mitverfassen, das unter dem Titel »Paliperidon ER (INVEGA®) – Der nächste Schritt zur optimalen Schizophrenietherapie« ein *atypisches* Neuroleptikum der Janssen-Cilag AG anpries (Falkai et al., 2007). Zusätzlich zur ersten Auflage von 300 Stück ließ die Pharmafirma weitere 10.000 Exemplare drucken (Abb. 1), vermutlich um mit diesem Werbeträger medizinische Fachbibliotheken, Medizinjournalisten und Ärzte zu versorgen.

Thieme	IN/D
1.ISBN 3-13-134671-X	2.ISBN/TN 134671 WN 25221
Herausgeber:	[ISBN-13: 978-3-13-134671-1]
Autoren:	Falkai, Peter; Haen, Ekkehard; Hergarter, Ludwig
Titel:	Paliperidon ER (INVEGA®). Der nächste Schritt zur optimalen Schizophrenietherapie
Auflage / Ersch.-Jahr:	1. Auflage, 2007
Reihe:	-
Erscheinungsdatum:	22.08.2007 (DR 01)
Aktuelle Druckrate:	1
ca.-Abiefy.-Tag d. akt. DR:	16.07.2007 (DR 1)
Umfang:	VIII, 80 S.
Abb. / Eds / Farb-Eds:	40 Abb. in 40 Eds, (Bavon) 40 in Farbe
Tabellen:	25 Tabellen
(CIP-) Format (H x B):	24x17 cm
Bindung / Verpackung:	Br
Programmplanung:	Andrea, Schwarz
Redaktion:	-
Herstellung:	Janine, Neuman
Umschlagentwurf:	Thieme Verlagsgroupe
Layout:	-
Zeichnungen:	Ziegler-Müller, Kirchentellinsfurt
Satz:	Ziegler-Müller, Kirchentellinsfurt
Druck:	GCC Calbe
Farbtafel / Schmutzfarbe:	4 c / -
Papiersorte u. -gewicht:	Luossant Offsetant, 100 g/m²
Reprozentall:	-
Buchbinder:	GCC, Calbe
Produktionszeit:	4 Monate
Ladenpreis (EUR / CHF):	4,95 EUR / 9,30 CHF
Subs.-preis (EUR / CHF):	0,00 EUR / 0,00 CHF; Ladenpreis in Österreich: EUR 4,50
Abz.-preis (EUR / CHF):	0,00 EUR / 0,00 CHF;
Aktuelle Auflagenhöhe:	10.000 Ex. (1. DR)
zzgl. Ind / FirmaPreis:	10.000 Ex. für Fa. Janssen-Cilag AG, Messen 4,20 EUR
zzgl. TNY:	0 Ex.
Planaufgabe:	10.300 Ex.
Erstellt:	20.07.2007 / Janine Neuman

Abb. 1. Interner Einlegzettel des Thieme-Verlags mit Hinweis auf Geldgeber und Auflagenhöhe

Neben Psychiatern werden auch Psychologen von der Pharmaindustrie als Werbeträger angeworben. Mitglieder beider Berufsgruppen – namentlich Josef Bäuml, Bernd Behrendt, Hartmut Berger, Hans-Jürgen Luderer, Gabi Pitschel-Walz, Fritz-Michael Sadre Chirazi-Stark u.v.m. – bilden beispielsweise die Arbeitsgruppe Psychoedukation: In der Psychoedukation wird Gruppen von Psychiatriebetroffenen in aller Regel das monokausale biomedizinische Krankheitskonzept vermittelt. Der an sich vernünftige Ansatz, bewusst zu leben, Warnsignale aufziehender Krisen wahrzunehmen und sich entsprechend zu schützen, wird in der Psychoedukation in das Herstellen von Compliance umgemünzt, damit die Betroffenen ihre Neuroleptika trotz unerwünschter Wirkungen dauerhaft schlucken (Behrendt, 2009a). Den Betroffenen erklärt Bernd Behrendt, Psychologe an der Psychiatrischen Universitätsklinik Homburg, in seinem für sie verfassten Heft »Meine persönlichen Warnsignale« Psychosen als Produkt von Stoffwechselstörungen, die zwar maßgeblich genetisch bestimmt, jedoch psychopharmakologisch und speziell mit *atypischen* Neuroleptika risikoarm zu korrigieren seien, da bei diesen »keine oder nur geringe Nebenwirkungen« (Behrendt, 2009b, S. 40) auftreten.

Kein Wunder, dass das Buch »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«, in dem die *atypischen* Neuroleptika beworben werden, von der versammelten Pharmaindustrie, namentlich Janssen-Cilag GmbH, Bayer Vital GmbH, Lilly Deutschland GmbH, Astra Zeneca GmbH und Sanofi-Synthelabo GmbH, gesponsert wurde (Bäumel & Pitschel-Walz, 2003). Wie wenig es den Verfassern um eine objektive Aufklärung über Risiken, sogenannte Nebenwirkungen und Alternativen geht, zeigen die Beschwörungsbemühungen von Bäumel und Psychoedukations-Kollegen: »Bevor die unzweifelhaften Vorteile der neuroleptischen Medikation thematisiert werden, sollten die dem subjektiven Erleben zunächst sehr viel näher liegenden Nebenwirkungen besprochen werden. Dadurch wird der Provokation des typischen »Ja-aber-Effektes« vorgebeugt, wenn die positiven Wirkungen der Medikation beschworen werden und die Patienten dann mit den typischen Nebenwirkungen kontern.« (Bäumel et al., 2005, S. 104)

Frühwarnzeichen ignorieren?

Während psychoedukativ Tätige frühe Anzeichen psychischer Krisen nutzen, um die Betroffenen zu verstärkter Einnahme von Psychopharmaka zu verleiten, denken sie nicht daran, sie über die Bedeutung solcher Frühwarnzeichen aufzuklären, die erfahrungsgemäß mehr oder weniger häufig auftretende, potenziell bleibende oder gar tödliche Schäden infolge der Verabreichung insbesondere von Neuroleptika ankündigen. Dabei wäre von psychiatrisch Tätigen anzunehmen, dass sie über die Gefährlichkeit psychiatrischer Psychopharmaka informiert sind. Eine Reihe von Frühwarnzeichen sollte es Psychiatern und Psychologen angeraten erscheinen lassen, die Dosis der Neuroleptika schnellstmöglich sofort oder graduell abzusetzen bzw. auf diese Entscheidung hinzuwirken. Da die Kenntnis von Frühwarnzeichen lebensrettend sein kann, sollen sie hier ausführlich dargestellt sein:

- Nachlassen des Antriebs und des Bedürfnisses zu sprechen und nach sozialen Kontakten: Vorboten eines möglichen chronischen Defizit-Syndroms (neuroleptisches apathisches Syndrom / Syndrom der »gebrochenen Feder«).
- Parkinsonoid, Apathie, Willenlosigkeit und niedergedrückte Stimmung: mögliche Vorboten von Neuroleptika-bedingter Suizidalität (Lehmann, 2012).
- Schwächegefühl, Müdigkeit, Antriebsabstumpfung, Interesselosigkeit, zeitweilige Übelkeit, Bewegungsstörungen wie Muskelzittern und Muskelstarre als Vorboten von Verwirrheitszuständen, die mit innerer Unruhe, Erregtheit, Sich-getrieben-Fühlen und Ängstlichkeit beginnen und in (teilweise tödlich verlaufenden) Deliren enden können.
- Prolaktinerhöhung als möglicher Vorboten von Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen, die sich zum Brustkrebs entwickeln können (Halbreich et al., 1996). (Prolaktin ist ein Hormon, das vor allem während der Schwangerschaft das Brustwachstum und die Milchbildung fördert. Bei Männern wie bei Frauen beeinflusst es zudem die Sexualhormonregulation im Hypothalamus und in der Hirnanhangdrüse.)
- Müdigkeit, Zuckerausscheidung im Harn, vermehrte Harnmenge, Mundtrockenheit, vermehrter Durst bei Appetitmangel, Potenz- und Regelstörungen, verminderter Widerstand gegen Infektionskrankheiten, Fettleber, Leberzirrhose (Leberschrumpfung) und Sehstörungen: Anzeichen für eine verminderte Glukosetoleranz – krankhafte Veränderungen des Blutzuckerhaushalts, insbesondere erhöhter Blutzuckerspiegel, der in chronischem Diabetes enden kann.
- Zunehmender Hüftumfang, ansteigender Body-Mass-Index: Vorboten einer möglicherweise chronischen, mit erhöhter Sterblichkeitsrate einhergehenden Fettleibigkeit.
- Temperaturerhöhung, verbunden mit neurologischen Symptomen: mögliche Vorboten einer malignen Hyperthermie (Störung der Körpertemperaturregulation mit lebensbedrohlichem Fieber, das zu irreversiblen zentralnervösen Schäden und Hitzschlag mit Kreislaufversagen führen kann).
- Zunahme extrapyramidal-motorischer (durch Störungen der Muskelspannung und des Bewegungsablaufs charakterisierter) Auffälligkeiten, Polypnoe (gesteigerte Atemfrequenz, verbunden mit vermindertem Sauerstoffangebot), Herzjagen, gesteigerter Speichelfluss, vermehrte Schweißabsonderung, beeinträchtigtes Bewusstsein und leichtes Fieber, allgemeine vegetative Labilität, Muskelsteifheit und andere extrapyramidal-motorische Auffälligkeiten: mögliche Vorboten eines

neuroleptischen malignen Syndroms (lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörungen).

- Belastungsherzinsuffizienz (Herzschwäche bei körperlicher Anstrengung) als Risikofaktor für die – unter Neuroleptika dreifach erhöhte – Gefahr schwerer, teilweise lebensbedrohlicher Herzkomplicationen aller Art.
- Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Insulinresistenz, die dem metabolischen Syndrom als Bedingungsfaktoren zugrunde liegen, wobei schon jedes Symptom für sich mit hohen Risiken für schwere Gefäßerkrankungen verbunden ist, die Kombination jedoch als besonders gefährlich gilt, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall auszulösen.
- Mundtrockenheit, Zahnfleischentzündung und verminderte Mundhygiene: mögliche Vorboten von Karies (Zahnfäule) und Parodontopathien (Entzündungen des Zahnfleisches und Zahnhalteapparates mit Zahnlockerung und Zahnverlust) aller Art.
- Erhöhte Leberwerte und Fettleber und mögliche Vorboten chronischer Gelbsucht und chronischer Leberzellschäden, woraus sich, sofern keine Behandlung stattfindet oder die lebertoxischen Stoffe weiter eingenommen werden, eine Leberfibrose (Umbau von Leberzellen in Bindegewebe) und schließlich eine irreversible Leberzirrhose mit schweren Komplikationen bis hin zum Leberversagen entwickeln kann.
- Verzögerte Wundheilung, Angina, »Grippe ohne Grippe« (unerklärliches Unwohlsein in Verbindung mit unklaren vegetativen Symptomen), Symptome wie Fieber, Schüttelfrost, Entzündung von Zunge, Mundschleimhaut, Zahnfleischsaum, Hals, Schlundkopf und Ohren, Halsschmerzen, Schwitzen, Schwächegefühl, Hinfälligkeit, Hautausschlag, Gelenkschmerzen, Geschwüre im Analbereich, Gelbsucht, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfall, Lymphknotenschwellungen, Leberzellschäden: mögliche Vorboten einer lebensbedrohlichen Agranulozytose (oft fulminant auftretendes Absterben der weißen Blutkörperchen mit lebensbedrohlichen Folgen wie Blutvergiftung, Lungenentzündung und Blutungen).
- Verfestigung des Bluts, gestörte Blutströmung und Abweichungen von der natürlichen Blutbeschaffenheit in Verbindung mit längerer Ruhigstellung: Vorboten und Risikofaktoren für lebensbedrohliche Thrombosen und Embolien.
- Pigmentablagerungen im Auge: mögliche Vorboten chronischer Schäden an der Netzhaut, der Hornhaut und am Sehnerv.
- Schluckstörungen, Gefühl der verstopften Nase, Beklemmungsgefühle, leichte Atemnot, Appetitstörungen mit Übelkeit bis Erbrechen, kolikartige Schmerzen und krampfartige Durchfälle, allgemeines Schwächegefühl, Muskelschmerzen, abnorme Kribbelempfindungen, Schwindel und schließlich das Auftreten eines Pseudo-Parkinson mit Muskelzittern und -steifheit, Propulsion (Neigung beim Gehen, immer schneller vorwärtszuschließen), erhöhter Speichelfluss, Salbengesicht und mimische Starre: mögliche Vorboten einer Aspiration (Ansaugung von Blut oder Erbrochenem in die Luftröhre oder in die Bronchien) mit nachfolgender Asphyxie (lebensbedrohlicher Erstickungszustand).
- Muskelzittern und andere Muskelstörungen: mögliche Vorboten einer tardiven Dyskinesie (Symptomenkomplex aus möglicherweise irreversiblen und mit verkürzter Lebenserwartung einhergehenden unwillkürlichen Muskelbewegungen [Bewegungstereotypen, Muskelkrämpfe oder Hyperkinesien, d. h. Bewegungsstörungen infolge übermäßiger Aktivität der Muskulatur]).

Auch Störsymptome beim Absetzen von Neuroleptika können Warnzeichen bleibender Schädigungen darstellen. Das rasche Eintreten psychotischer Symptome beim Reduzieren kann auf sich ausbildende (organisch bedingte) Supersensitivitätspsychosen hinweisen, die durch die weitere Verabreichung von Neuroleptika zu chronischen Psychosen werden können (Lehmann, 2013b).

Zweifelhafte Dauerverabreichung von Psychopharmaka

Obwohl der Sinn der dauerhaften Einnahme von Psychopharmaka sowohl unter psychotherapeutisch als auch unter biologisch ausgerichteten Behandlern umstritten ist, vermittelt man gerne unter Hinweis auf Studien, die den prophylaktischen Wert der Dauerverabreichung nachgewiesen hätten, der Psychotiker brauche sein Antipsychotikum (Neuroleptikum) wie der Diabetiker sein Insulin. Dabei gelten diese Studien intern als

inhaltlich nichtssagend, da man Entzugssymptome wie behandlungsbedingte Rezeptorenveränderungen, Reboundeffekte oder Supersensitivitätserscheinungen nicht vom sogenannten echten Rückfall unterschieden und auch nicht definiert habe, was eigentlich unter einem Rückfall zu verstehen sei. Sogar die Psychopharmakabefürworterin Brigitte Woggon von der Universitätsklinik Zürich fand die selbst bei abruptem Absetzen mangelnde Differenzierung zwischen Entzugssymptomen und Wiederkehr der ursprünglichen psychischen Probleme bedenklich: »Interessanterweise wird in den meisten Absetzstudien zur Frage möglicher Entzugssymptome nicht Stellung genommen, offenbar weil die Studien nicht direkt auf diese Befunde ausgerichtet waren.« (Woggon, 1979, S. 46)

Längst wird eingeräumt, dass man nicht weiß, ob Neuroleptika im Einzelfall eher helfen als schaden. William Carpenter und Carol Tamminga (1995, S. 193) vom Maryland Psychiatric Research Center in Baltimore, die in ihrer Einrichtung einen kontrollierten Entzug ermöglichten, kamen zur Einschätzung: »Obwohl man unerwünschte Vorkommnisse wie Suizid, enttäuschte Patienten oder Angehörige, Verlust der Arbeit, verschlechterter Verlauf und Hirnabnormalitäten allesamt während des Medikamentenentzugs beobachten kann: In aller Regel findet sich dies alles auch bei medikamentierten Patienten unter klinischer Aufsicht.«

Aufdeckende psychotherapeutische und betroffenenorientierte Verfahren, wie sie etwa der Schweizer Psychotherapeut Theodor Itten (2007) beschreibt, werden von vornherein in ihrer Wirkung behindert, Selbstheilungskräfte unterdrückt, psychotische Prozesse an der Rückbildung gehindert. Zu dieser Erkenntnis kam Klaus Ernst von der Universitätsklinik Zürich schon zu Beginn der 1950er Jahre, als Neuroleptika in die Psychiatrie eingeführt und ihre Wirkung systematisch auch in Selbstversuchen untersucht wurde. Nach Tests an sich selbst und seiner Ehefrau Cécile mit dem Neuroleptikaprototyp Chlorpromazin (Largactil) wies Ernst auf den zweiseitigen Charakter der neuroleptischen Symptomdämpfung hin. Seine ausführliche Schilderung lässt ahnen, weshalb die Chancen für eine erfolgreiche konfliktaufdeckende («entwickelnde») Psychotherapie unter psychiatrischen Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, auch heute noch und auch in Bezug auf niederpotente *atypische* Neuroleptika so kritisch zu beurteilen sind, hat sich doch die Funktionsweise des menschlichen Gehirns in den letzten Jahrzehnten nicht verändert:

»Für uns liegt das Schwergewicht auf der Erzeugung eines – soweit wir bis heute wissen – reversiblen hirnlokalen Psychosyndroms [von Leukotomien her bekannte Symptomatik, charakterisiert sowohl durch Enthemmung und ziellose Umtriebigkeit als auch durch Apathie und affektive Verflachung]. Diese Auffassung bringt auch die Frage nach dem Verhältnis zur begleitenden Arbeitstherapie und zur Psychotherapie mit sich. In Bezug auf die erstere können wir uns kurz fassen. Die Largactilkur verträgt sich ausgezeichnet mit jeder routinemäßigen Arbeitstherapie. Die Kranken stehen schon nach wenigen Tagen auf und nehmen ohne erhebliche orthostatische [bei aufrechter Körperhaltung auftretende] Beschwerden an der Arbeit teil. Freilich handelt es sich um leichte Arbeit unter pflegerischer Aufsicht. Komplexer ist das Problem des Zusammenwirkens mit der Psychotherapie. In der Erinnerung an unsere Selbstversuche können wir uns zunächst eine gleichzeitige Psychotherapie an uns selber kaum vorstellen. [...] Außerdem müssen wir zwischen der führenden und der entwickelnden Psychotherapie unterscheiden. Für die erstere bildet die entspannende Wirkung des Medikamentes eine gute Voraussetzung. Wir sind uns aber klar darüber, dass das Mittel die gesamte und nicht nur die krankhafte Affektivität dämpft. Eine solch umfassende Dämpfung könnte vielleicht auch diejenigen Impulse erfassen, die Selbstheilungstendenzen entspringen. Einzelne freilich unkontrollierbare Eindrücke bei akut Erkrankten ließen uns sogar die Frage aufwerfen, ob nicht unter der medikamentösen Apathisierung eine Stagnation der psychotischen Entwicklung auftreten kann, die nicht bloß das Rezidivieren [Wiederauftreten], sondern auch das Remittieren [Rückbilden] betrifft.« (Ernst, 1954, S. 588)

Gegen die Dauerverabreichung von Neuroleptika spricht auch die seit langem bekannte Toleranzbildung, die nicht zu vermeiden sei (Meyer, 1953) und die vorwiegend bei niederpotenten Neuroleptika und auch bei relativ niedriger Dosierung auftritt (Haase, 1982). (Als niederpotent gelten Neuroleptika mit einer geringeren Potenz als Chlorpromazin [mit seiner Bezugsgröße 1], d. h. einer Potenz kleiner als 1, z. B. Atosil, Dipiperon, Dogmatil, Dominal, Neurocil / Nozinan, Prazine, Solian, Truxal; für Näheres siehe meinen Artikel unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/rez-ver.htm.) Frank Tornatore von der University of Southern California, School of Pharmacy, Los Angeles, und Kollegen (1991, S. 53) warnten: »Unter der Langzeittherapie mit Neuroleptika wurden Verschlechterungen psychotischer Verläufe mit Aktualisierung der Wahnsymptomatik und verstärkten Halluzinationen beobachtet. Die betroffenen Patienten sprachen typischerweise auf niedrige oder mittlere Dosen von Neuroleptika zunächst gut an; Rezidive machten jeweils Dosissteigerungen erforderlich, bis die Symptomatik schließlich nur noch durch Gabe von Höchstdosen beherrschbar war. Es würde sich also um eine Toleranzentwicklung gegenüber der antipsychotischen Wirkung handeln.«

Ein Team um Patricia Gilbert von der Psychiatrischen Abteilung der University of California in San Diego publizierte 1995 eine Metaanalyse von 66 Studien, die man zwischen 1958 und 1993 an nahezu 5600 Betroffenen durchgeführt hatte. Gilbert und Kollegen (1995, S. 173) brachten die Probleme fortgesetzter Neuroleptikaverabreichung für die Behandler auf den Punkt: »Das Thema ›Fortgesetzte neuroleptische Behandlung eines Patienten mit chronischer Schizophrenie‹ bringt den Behandler in eine Zwickmühle. Da die Neuroleptikabehandlung Schizophrenie nicht heilt, braucht die große Mehrzahl dieser Patienten eine Dauerbehandlung. Gleichzeitig beinhaltet der fortgesetzte Gebrauch dieser Medikamente ein hohes Risiko unerwünschter Wirkungen einschließlich tardiver Dyskinesie. Deshalb wird empfohlen, die dauerhafte Verordnung antipsychotischer Medikamente über einen langen Zeitraum nicht ohne angemessene Rechtfertigung vorzunehmen, sowohl aus klinischen als auch aus medizinisch-juristischen Überlegungen. Dies kann Versuche erfordern, die Neuroleptika abzusetzen. Das Absetzen der Medikamente ist jedoch mit dem Risiko eines psychotischen Rückfalls verbunden. Dass eine Anzahl von Patienten nach Beendigung der antipsychotischen Therapie – zumindest in einem kurzen Zeitraum – keinen Rückfall hat, macht alles noch komplizierter.«

Lex Wunderink und Kollegen (2007, S. 654) von der Psychiatrischen Abteilung des University Medical Center Groningen, Niederlande, kamen zum Ergebnis, dass, wenn »das Rückfallrisiko durch vorsichtige und enge Überwachung bewältigt werden kann, sich bei einigen remittierten Patienten nach einer ersten Episode eine geleitete Absetzstrategie als zulässige Alternative zur Dauerbehandlung anbieten kann. Weitere Forschung ist nötig, um Prädiktoren für ein erfolgreiches Absetzen zu finden.«

Jüngst publizierten Wunderink und Kollegen (2013) Ergebnisse einer siebenjährigen Verlaufsstudie; danach lag die Recoveryrate (bezogen auf Selbstfürsorge, Haushaltsführung, familiäre, partnerschaftliche und freundschaftliche Beziehungen, soziale Integration und Berufstätigkeit) nach Verminderung und Beendigung der Dosis bei sogenannten remittierten Psychotikern mit erster Episode doppelt so hoch wie bei dauerbehandelten Patienten mit gleicher Diagnose.

Was für die kritische Einstellung zu Neuroleptika gilt, trifft im Prinzip auch auf synthetische Antidepressiva zu. Sie lösen keine Probleme, sondern verstärken diese häufig. Schon Anfang der 1970er Jahre äußerten Ärzte den Verdacht, dass Antidepressiva zur Chronifizierung von Depressionen führen (Irlé, 1974). 2011 zeigte die Studie eines Teams um Paul Andrews von der Abteilung für Psychologie, Neuro- und Verhaltenswissenschaften an der McMaster-Universität von Hamilton in Ontario, dass Antidepressiva die natürliche Selbstregulation des Serotoninhaushalts oder anderer Transmitter im Gehirn stören und dazu führen können, dass das Gehirn beim Absetzen überreagiert. Hierdurch würden neue Depressionen hervorgerufen, erläuterte Andrews:

»Wir fanden heraus, dass je stärker diese Medikamente im Gehirn auf Serotonin und andere Neurotransmitter einwirken – und diese Wirkung schreibt man ihnen zu –, desto größer ist das Rückfallrisiko, wenn man sie absetzt. [...] All diese Medikamente verringern Symptome wahrscheinlich bis zu einem bestimmten Grad und kurzfristig. Aber was passiert auf lange Sicht? Unsere Resultate legen nahe, dass die Depression wieder da ist, wenn man versucht, diese Medikamente wegzulassen. Dies kann Leute in einem Kreislauf festhalten, wo sie weiterhin Antidepressiva nehmen müssen, um der Wiederkehr der Symptome vorzubeugen.« (McMaster University, 2011)

»Es ist ein Prinzip der evolutionären Medizin, dass die Störung von Anpassungsprozessen, wie sie sich entwickelt haben, biologische Funktionen schwächt. Da Serotonin viele Anpassungsprozesse reguliert, könnten Antidepressiva viele unerwünschte gesundheitliche Wirkungen haben. Während Antidepressiva in bescheidener Weise depressive Symptome reduzieren, steigern sie beispielsweise nach dem Absetzen die Empfänglichkeit des Gehirns für zukünftige Episoden.« (Andrews et al., 2012, S. 1)

Es sei wichtig, so Andrews und Kollegen (2011, S. 15), die Betroffenen vor der Erstverabreichung über das Abhängigkeitsrisiko aufzuklären: »Medikamente, die das Risiko eines Rückfalls oder Entzugserscheinungen beim Absetzen fördern, können Medikamentenabhängigkeit verursachen, die darin besteht, die Rückkehr von Symptomen zu verhindern. Folglich muss man mit solchen Medikamenten sorgfältig umgehen, und die Patienten müssen für ihre Anwendung eine informierte Zustimmung geben. ADMs [antidepressive Medikamente] werden manchmal bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit verschrieben, denn man glaubt, dass der Einsatz solcher Substanzen bei der Abhängigkeit eine Rolle spielt, wenn es um die Medikation von Angstgefühlen und Depressionen geht. Ironischerweise könnte der Einsatz von ADMs bei der Hilfe zur Entwöhnung von solchen Substanzen lediglich dazu führen, dass die eine Abhängigkeit durch eine andere ersetzt wird.«

Basaglia heute

Was hat das alles mit Franco Basaglia zu tun, der schon vor über 30 Jahren gestorben ist? In seinem Artikel »Befriedungsverbrechen« sprach Basaglia (gemeinsam mit seiner Ehefrau Franca Basaglia-Ongaro) seinerzeit vom kleinen Krieg in den Irrenhäusern, von Pharmafirmen als Quellen der Zerstörung etc. Angesichts der ständig steigenden Sterblichkeitsrate Psychiatriebetroffener scheinen seine Worte zur potenziellen Destruktivität der Pharmaindustrie aktueller denn je (Basaglia & Basaglia-Ongaro, 1980, S. 54): »Es ist hohe Zeit, nicht nur von den großen Kriegen zu sprechen, sondern auch von dem kleinen Krieg, der den Alltag verwüstet und der keinen Waffenstillstand kennt: von dem Krieg im Frieden, seinen Waffen, Folterinstrumenten und Verbrechen, der uns langsam dazu bringt, Gewalt und Grausamkeit als Normalzustand zu akzeptieren. Krankenhäuser, Gefängnisse, Irrenhäuser, Fabriken und Schulen sind die bevorzugten Orte, an denen dieser Krieg geführt wird, wo seine lautlosen Massaker stattfinden, seine Strategien sich fortpflanzen – in Namen der Ordnung. Das große Schlachtfeld ist der gesellschaftliche Alltag. Was heißt das? Krankenhäuser und Pharmazeutika-Betriebe sind Quellen der Zerstörung ...«

Wenn Basaglia die im psychosozialen Bereich tätigen Intellektuellen aufforderte, sich für ein Engagement zugunsten von Psychiatriebetroffenen oder gegen deren Interessen zu entscheiden, gilt dies – auch angesichts der Gleichgültigkeit der meisten psychiatrisch Tätigen gegenüber der hohen Sterblichkeitsrate Psychiatriebetroffener sowie ihrer Gleichgültigkeit gegenüber der Lobbyarbeit so vieler Kollegen für die Pharmaindustrie – heute noch mehr als 1980. Damals forderten Basaglia und Basaglia-Ongaro (1980, S. 60 f.): »Wir müssen uns entscheiden, ob wir uns dieser Tätigkeit, nachdem wir uns ihre Implikationen und ihre Folgen bewusst gemacht haben, weiterhin mit Haut und Haaren verschreiben wollen oder nicht; ob wir uns an der Verdunkelung der Unfreiheit oder an ihrer Enthüllung beteiligen wollen; ob wir nach wie vor *über* die Schwachen, Ohnmächtigen, Unterdrückten, Ausgestoßenen anstatt endlich *mit* ihnen sprechen wollen.«

Fazit

Trotz der massiv reduzierten Lebenserwartung Psychiatriebetroffener verabreicht man in der Psychiatrie in aller Regel Psychopharmaka ohne informierte Zustimmung und ohne Aufklärung über Frühwarnzeichen, die bleibende oder tödliche Behandlungsschäden ankündigen. Gesponsert von der Pharmaindustrie plädieren Psychiater und Psychologen im Rahmen der Psychoedukation für die Dauereinnahme von Psychopharmaka und preisen neuere Substanzen wahrheitswidrig als nebenwirkungsarm an, damit psychische Probleme maßgeblich sozialer Natur chemisch befriedet werden können. Basaglias Aussage zu Befriedungsverbrechen Intellektueller ist hochaktuell.

Wen, wenn nicht den psychiatrisch Tätigen und insbesondere die Akteure der Psychoedukation könnte Basaglia mit den Intellektuellen gemeint haben, die den – häufig – ohnmächtigen Psychiatriebetroffenen in der Pose des Samariters den eingangs erwähnten tödlichen Kuss geben? Letztlich ist dies nicht nur ein ethisches Problem. Da der psychosoziale Bereich kein rechtsfreier Raum ist oder sein sollte, stellt sich die Frage nach juristischen Konsequenzen. Dies betrifft insbesondere Schadenersatzforderungen und die strafrechtliche Verfolgung wegen möglicher Beihilfe (Mittäter- und Gehilfenschaft) zur eventualvorsätzlichen Körperverletzung bzw. Tötung.

Eventualvorsatz liegt nach herrschender Rechtsauffassung vor, wenn der Täter (Verbreicher insbesondere von Neuroleptika) den Taterfolg – in diesem Fall wäre es Körperverletzung mit möglicher Todesfolge – als Konsequenz seines Handelns ernsthaft für möglich hält und den Schaden zugleich billigend in Kauf nimmt und sich damit abfindet (indem er beispielsweise Warnzeichen für sich entwickelnde chronische oder tödlich verlaufende Störungen ignoriert). Allgemein herrscht unter Juristen Einigkeit, dass für die Strafbarkeit einer Tat Eventualvorsatz ausreicht und das Ausmaß der Verantwortlichkeit gleich zu bewerten ist, ob der Schadensverursacher nun rücksichtslos oder vorsätzlich handelt. Auch für die zivilrechtliche Verantwortlichkeit genügt der bedingte Vorsatz. Psychiatrisch Tätige kennen die Risiken und unerwünschten Wirkungen von Psychopharmaka sowie die Warnzeichen für sich entwickelnde chronische oder tödlich verlaufende Störungen. In ihren psychoedukativen Ratschlägen geben sie psychiatrischen Patienten – in Basaglias Worten – in der Pose des Samariters den tödlichen Kuss.

Autor

Peter Lehmann ist Diplom-Sozialpädagoge und betreibt den Antipsychiatrieverlag in Berlin. Eigene Buchpublikationen: »Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen«, »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, »Statt Psychiatrie« u.v.m. Mehr siehe www.peter-lehmann.de.

Korrespondenz

Kontakt: mail@peter-lehmann.de

Literatur

- Aderhold, V. (2007). Mortalität durch Neuroleptika. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 39, 897–907
- Andrews, P. W., Kornstein, S. G., Halberstadt, L. J., Gardner, C. O., Neale, M. C. (2011). Blue again: perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression. *Frontiers in Psychology*, 2, Artikel 159
- Andrews, P. W., Thomson, J. A. Jr., Amstatter, A., Neale, M. C. (2012). Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good. *Frontiers in Psychology*, 3, Artikel 117
- Basaglia, F., Basaglia-Ongaro, F. (1980) Befriedungsverbrechen. In: Basaglia, F., Foucault, M., Castel, R., Wulff, E., Chomsky, N., Laing, R. D., et al. *Befriedungsverbrechen: über die Dienstbarkeit von Intellektuellen* (S. 11–61), Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt
- Bäumli, J., Pitschel-Walz, G. (Hrsg.) (2003). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen: Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«*, Stuttgart: Schattauer
- Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., Berger, H., Gunia, H., Heinz, A., Juckel, G. (2005). *Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES); mit Manual für die Gruppenleitung*, Stuttgart: Schattauer
- Behrendt, B. (2009a). *Meine persönlichen Warnsignale: ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung; Arbeitsbuch für Gruppenleiter*, 2. Aufl., Tübingen: DGVT-Verlag
- Behrendt, B. (2009b). *Meine persönlichen Warnsignale: ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung; Arbeitsbuch für Gruppenteilnehmer*, 2. Aufl., Tübingen: DGVT-Verlag
- Bracken, P. (2007). Jenseits von Modellen und Paradigmen: eine radikale Interpretation von Recovery. In: Lehmann, P., Stastny, P. (Hrsg.). *Statt Psychiatrie 2* (S. 418–420), Berlin: Antipsychiatrieverlag
- Carpenter, W. T., Tamminga, C. A. (1995). Why neuroleptical withdrawal in schizophrenia? *Archives of General Psychiatry*, 52, 192–193
- Ebner, G. (2003). Aktuelles aus der Psychopharmakologie: das Wichtigste vom ECNP-Kongress. *Psychiatrie (Schweiz)*, Online-Ausgabe, 2003, 1, 29–32 (www.medpoint.ch/frame.asp?ru=document&ArtikelID=10116, Zugriff am 23. 12. 2003)
- Ernst, K. (1954). Psychopathologische Wirkungen des Phenothiazinderivates »Largactil« (= »Megaphen«) im Selbstversuch und bei Kranken. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 192, 573–590
- Falkai, P., Haen, E., Hargarter, L. (2007). Paliperidon ER (INVEGA®): der nächste Schritt zur optimalen Schizophrenietherapie, Stuttgart: Thieme
- Gilbert, P., Harris, J., McAdams, L. A., Jeste, D. V. (1995). Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: a review of the literature. *Archives of General Psychiatry*, 52, 173–188
- Haase, H.-J. (1982). *Therapie mit Psychopharmaka und anderen seelisches Befinden beeinflussenden Medikamenten*, 5. Aufl., Stuttgart: Schattauer
- Halbreich, U., Shen, J., Panaro, V. (1996). Are chronic psychiatric patients at increased risk for developing breast cancer? *American Journal of Psychiatry*, 153, 559–560
- Irl, G. (1974). *Depressionen*, Stuttgart: Kreuz-Verlag
- Itten, T (2007). Psychotherapie statt Psychiatrie? Keine Qual der Wahl. In: Lehmann, P., Stastny, P. (Hrsg.). *Statt Psychiatrie 2* (S. 250–262), Berlin: Antipsychiatrieverlag
- Janssen Pharmaceuticals, Inc. (2012). The importance of total wellness. *Choices in Recovery*, 9, 2, 12 (www.choicesinrecovery.com/sites/default/files/CIR_Newsletter_2012_Volume9_Issue2.pdf, Zugriff am 26. Januar 2014)
- Lehmann, P. (2010). Atypische Neuroleptika: immer teurer, immer besser? *Pflegen psychosozial – Zeitschrift für psychosoziale Pflege*, 3, 32–37
- Lehmann, P. (2012). About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness. *International Journal of Psychotherapy*, 16, 30–49
- Lehmann, P. (2013a). Recovery als neuer Etikettenschwindel in der Psychiatrie? In: Burr, C., Schulz, M., Winter, A., Zuaboni, G. (Hrsg.). *Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte* (S. 48–67), Köln: Psychiatrie-Verlag
- Lehmann, P. (2013b). Einführung. In: Lehmann, P. (Hrsg.). *Psychopharmaka absetzen: erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern* (S. 21–48), 4. Aufl., Berlin: Antipsychiatrieverlag
- Lehmann, P. (2014). Ethikprobleme in der Psychiatrie. *Praxis wissen psychosozial – Zeitschrift für psychosoziale Pflege*, 16, 36–39
- McMaster University (2011). Patients who use anti-depressants can be more likely to suffer relapse, researcher finds. *ScienceDaily*, 19. Juli 2011, www.sciencedaily.com/releases/2011/07/110719121354.htm (Zugriff am 26. Januar 2012)
- Meyer, H.-H., (1953). Die Winterschlafbehandlung in der Psychiatrie und Neurologie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 7, 1097–1100
- Psychiatrische Praxis (1998). Schizophrene Psychosen: deutliche Therapievorteile der atypischen Neuroleptika. *Psychiatrische Praxis*, 25, 5, Beilage

- Saha, S., Chant, D., McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64, 1123–1131
- Tornatore, F. L., Sramek, J. J., Okeya, B. L., Pi, E. H. (1991). *Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka*, Stuttgart: Thieme
- Woggon, B. (1979). Neuroleptika-Absetzversuche bei chronisch schizophränen Patienten. 1. Literaturzusammenfassung. *International Pharmacopsychiatry*, 14, 34–56
- Wunderink, L., Nienhuis, F. J., Sytema, S., Slooff, C. J., Knegtering, R., Wiersma, D. (2007). Guided discontinuation versus maintenance treatment in remitted first-episode psychosis: relapse rates and functional outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 654–661
- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 70, 913–920

Erklärung des Autors zu möglichen Interessenkonflikten

Peter Lehmann hat keinerlei Verbindung zur pharmazeutischen Industrie und zu Organisationen, die von ihr gesponsert werden, noch zu Scientology oder anderen Sekten jeglicher Couleur.

Article inédit - Synthèse

Peter Lehmann

Franco Basaglia est-il encore d'actualité?

L'auteur s'intéresse à la manière dont les réformes prônées par le psychiatre italien Franco Basaglia (décédé en 1980) sont perçues aujourd'hui. Ce dernier avait considéré que l'institution psychiatrique, les étiquettes utilisées pour désigner les patients et leur exclusion de la société produisent des comportements maladroits. De plus, les intellectuels doivent être perçus comme pratiquant l'autosatisfaction dès lors qu'ils s'associent aux institutions au pouvoir et que, en prétextant aider les victimes de ce dernier, ils contribuent à leur destruction.

Des études récentes montrent que les personnes ayant été 'clients' de la psychiatrie ont une espérance de vie réduite en moyenne de vingt à trente ans. En outre, depuis de longues décennies le taux de mortalité dans ce groupe est en constante augmentation. Dans de nombreux cas, cette catastrophe peut être attribuée aux effets toxiques des neuroleptiques ; dans d'autres, les conditions précaires dans lesquelles vivent ces personnes – qui le plus souvent ne trouvent pas de travail – expliquent cet état de fait. Si l'on considère que leur mauvaise santé est la cause de leur décès précoce, on doit se demander si quoi que ce soit justifié de prescrire – et souvent d'imposer sous la menace et dans la violence – à ces patients vulnérables la prise de molécules psychopharmacologiques dangereuses et potentiellement toxiques. Cela n'empêche pas les psychiatres de prescrire ces neuroleptiques sans informer suffisamment les patients et sans que ceux-ci donnent leur accord. En particulier, il est rare qu'ils leurs indiquent quels sont les signes précoces qui pourraient faire que le traitement cause des dommages durables et même mortels.

De plus, les psychiatres et les psychologues exercent peu la critique et se déclarent favorables à la prise durable de neuroleptiques, sans doute parce qu'ils sont sponsorisés par l'industrie pharmaceutique. Ils vont jusqu'à cautionner des substances plus récemment développées, comme par exemple les neuroleptiques atypiques, en déclarant qu'elles ont peu d'effets secondaires.

La question de savoir si, aujourd'hui, la réforme prônée par Basaglia, y compris la collusion entre intellectuels et pouvoir, trouve une réponse évidente. Mais il ne s'agit pas uniquement de la faute morale commise par ceux qui travaillent en psychiatrie : il faut également prendre en compte le droit, civil et pénal.

La convention des Nations Unies sur les droits des personnes souffrant de handicap garantit à ces dernières l'égalité devant le droit. Dans la mesure où le domaine psychosocial est également touché par cet accord, il faut exiger que le groupe de professionnels qui contribue à la mortalité extrême des personnes souffrant de troubles psychiques soit, lui aussi, jugé : il est temps de les poursuivre au chef de complicité de coups et blessures éventuellement volontaires ou d'homicide, ceci au civil comme au pénal.

Originalarbeit

Mario Schlegel

Evolution der Empathie

Ein Essay

Zusammenfassung: Befunde aus der Verhaltensforschung, der Säuglings- und Kleinkindforschung, der Bindungstheorie und der Entwicklungspsychologie, zeigen, dass die menschliche Fähigkeit des wechselseitigen Verständnisses und der Kooperation auf den empathischen Fähigkeiten der Säugetiere aufbaut. Innerhalb der Primaten nehmen diese Fähigkeiten mit steigender Intelligenz zu und ermöglichen immer komplexere Formen sozialer Interaktionen. Im Vergleich zu Menschenaffen kommt beim Menschen eine besondere Form sozialer Kognition hinzu, die seine spezielle Art zu lernen, zu lehren und zu kooperieren ermöglicht. Während Empathie ausschliesslich auf den anderen gerichtet ist, geht es auf dieser höchsten Stufe auch darum, sich über den eigenen psychischen Zustand Klarheit zu verschaffen, um, von sich selbst auf den anderen schliessend, in Beziehung zu treten. Diese Fähigkeit zu mentalisieren bildet die Grundlage für das menschliche Sozialleben und die daraus entstandene Kultur.

Ein sich auf Ergebnisse der Evolutions- und Verhaltensbiologie stützendes Verständnis der Empathie eröffnet wichtige Erkenntnisse für den psychotherapeutischen Prozess, die im Bereich der Gegenübertragung und der Supervision zum Tragen kommen.

Schlüsselwörter: Evolution, Gefühlsansteckung, Empathie, Mentalisieren, Gegenübertragung, Supervision.

Summary: Evolution of empathy - An Essay

Findings from research into behaviour, infant and young child research, the theory of bonding and developmental psychology demonstrate that the human ability for mutual understanding and cooperation are built on mammalian empathic abilities. Within the primate order these abilities increase with increasing intelligence and enable ever more complex forms of social interactions. In comparison to the great apes, with humans there is a particular form of social cognition as well, which facilitates their particular form of learning, teaching and cooperating.

Examining the findings of evolutionary and behavioural biology support an understanding of empathy, open important insights for the therapeutic process, in the area of counter transference and in supervision.

Keywords: Evolution, emotional contagion, empathy, mentalising, counter transference, supervision

1. Einleitung

Wie können wir wissen, was im anderen vorgeht? Das ist eine der zentralen Fragen zum Verständnis zwischenmenschlicher Beziehungen. Die Fähigkeit zum wechselseitigen Verstehen bildet nicht nur die Grundlage unseres Zusammenlebens, sondern auch unserer Kultur.

Für die Psychotherapie ist diese Frage von besonderer Bedeutung, weil - wie sich als bestgestütztes Resultat der Psychotherapie-Forschung herausgestellt hat - eine gute zwischenmenschliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut der wirksamste Faktor für das Therapieergebnis ist. Eine gute Beziehung bildet nicht nur einen positiven Rahmen für das therapeutische Geschehen, sie ist auch Voraussetzung für eine fruchtbare Beziehungsarbeit, denn psychische Störungen sind zum grössten Teil auf Beziehungsstörungen zurückzuführen.

Zweifellos ist Empathie notwendig, um zu wissen, was im anderen vorgeht.

Was aber sind die Voraussetzungen für diese Fähigkeit?

Erkenntnisse aus verschiedenen Forschungsgebieten tragen zu ihrem Verständnis bei. Die *Neurowissenschaft* entdeckte vor ein paar Jahren, dass Spiegelneuronen nicht nur bei Affen, sondern auch beim Menschen vorkommen, andere Untersuchungen beschäftigen sich mit der Frage, ob Empathie trainiert werden kann, indem die Plastizität des Gehirns in diesem Zusammenhang untersucht wird.

Die *Ethologie* beschreibt empathisches Verhalten bei Tieren und verbindet sie mit der *Säuglings- und Kleinkindforschung*, dem Bindungsverhalten und der *Entwicklungspsychologie*, und in der *psychotherapeutischen Prozessforschung* wird die Wirkung der Empathie untersucht.

Zur Klärung der Frage, wie wir wissen können, was im anderen vorgeht, bringt die vorliegende Arbeit Erkenntnisse aus der Verhaltensforschung, der Entwicklungspsychologie und der psychotherapeutischen Prozessforschung zusammen. Ziel ist es, die stammesgeschichtliche (phylogenetische) und die individuelle (ontogenetische) Entwicklung der Fähigkeit zur menschlichen Empathie als nahtloses Kontinuum darzustellen, welches aus beobachtbarem Verhalten, wissenschaftlich abgesichert, abgeleitet werden kann.

Dadurch kann auch die grundlegende, durch Darwins Theorie inspirierte Überzeugung zweier Gründerväter der Psychotherapie, Sigmund Freud und Carl Gustav Jung, bestätigt werden, dass die menschliche Psyche biologisch begründet sei.

Jung hat sogar mit seinem Konzept der Archetypen ein tragendes Konzept seiner Psychologie auf der Evolutionstheorie aufgebaut, indem er die Archetypen als »*patterns of behavior*« oder als »Instinkte« bezeichnete.

Die Zeit war aber noch lange nicht reif, diese Auffassung durch Forschungsergebnisse aus der Biologie zu belegen.

Erst Mitte der Fünfzigerjahre, als in Europa mit Nikolaas Tinbergen und Konrad Lorenz die Verhaltensforschung unter natürlichen Bedingungen aufkam, konnte die von der Sache her gegebene Verbindung von Ethologie und Psychotherapie hergestellt werden. Sie führte, aus heutiger Sicht, zur wohl wichtigsten Theorie der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts, der Bindungstheorie des Psychoanalytikers John Bowlby, der mit dem Ethologen Robert Hinde zusammengearbeitet hat. Sie besagt, dass das Kind eine angeborene Prädisposition hat, sich an seine Bezugspersonen zu binden. „Durch Bowlby wurden bedeutende Teile der Psychoanalyse und schließlich der Psychologie nach seinen eigenen Worten »im Sinne einer modernen Evolutionstheorie umgeformt«. Sie wurden eingearbeitet, nachdem sie [Teile der Psychoanalyse, d. Autor] zuvor »hinter den äußersten noch vertretbaren Grenzen der wissenschaftlichen Welt« zurückgeblieben waren.“ (Hrdy, 2010, S. 453, Zitate Bowlby, 1976, S. 425)

Aufbauend auf die Erkenntnisse der Bindungsforschung in Verbindung mit der Theorie des Geistes und der Psychoanalyse entstand um die Jahrtausendwende das Konzept des »Mentalisierens« (Fonagy et al, 2006, Ersterscheinung in Englisch 2002).

Während Empathie ausschliesslich auf den anderen gerichtet ist, geht es beim »Mentalisieren« auch darum, sich über den eigenen psychischen Zustand Klarheit zu verschaffen, um so von sich selbst auf den anderen schliessen zu können. Selbstreflexion und Meta-Repräsentationen sind die Grundlagen der sozialen Interaktionen, die mit dem Konzept des »Mentalisierens« gefasst werden können.

Eine aus Ergebnissen der Evolutions- und Verhaltensbiologie entwickelte Darstellung der Empathie beim Menschen ist eine in der Psychotherapie neue Blickrichtung. Eine neue Perspektive eröffnet immer auch das Potenzial zu neuen Erkenntnissen, wozu diese Arbeit beitragen will.

Die Darstellung der Evolution der Empathie erfolgt in drei Teilen. Im Fokus des ersten Teils stehen die Erkenntnisse über die Evolution der empathischen Fähigkeiten bei Säugetieren, insbesondere die von Menschenaffen, im Vergleich mit Menschen. Hier beziehe ich mich wesentlich auf den Ethologen Frans de Waal. (de Waal, 2011a).

Gegenstand des zweiten Teils, der sich auf den evolutionären Anthropologen Michael Tomasello (Tomasello, 2006) stützt, ist die Frage, welche evolutionäre Anpassung beim Menschen gegenüber den Menschenaffen neu hinzukam.

Der dritte Teil schliesslich beschäftigt sich mit der höchsten Form in diesem evolutiven Kontinuum, der Fähigkeit des Menschen zu Mentalisieren. Dabei beziehe ich mich auf die Psychiater und Psychoanalytiker Jon G. Allen, Peter Fonagy und Anthony W. Bateman. (Allen et al., 2011) und auf Ulrich Schultz-Venrath. (Schultz-Venrath, 2013)

2. Die gemeinsamen biologischen Grundlagen der Empathie bei Mensch und Tier

Die Empathieliteratur sei extrem anthropozentrisch und lasse Tiere vollkommen ausser acht, so de Waal, der versucht, die Empathie auf ihre Grundelemente zu reduzieren. Er schreibt deshalb: „Mit meinem Versuch, die Empathie auf ihre Grundelemente zu reduzieren, habe ich die nichtmenschliche Tierwelt ausdrücklich in meine Überlegungen einbezogen.“ (de Waal 2011a, S. 265) „Ich denke, dass die Empathie zu einem Erbe gehört, das so alt wie die Abstammungslinie der Säugetiere ist. Die Empathie nutzt Hirnareale, die mehr als hundert Millionen Jahre alt sind. Die Fähigkeit entstand vor langer Zeit mit motorischer Nachahmung und Gefühlsansteckung, woraufhin die Evolution Schicht um Schicht hinzufügte, bis unsere Vorfahren nicht nur fühlten, was andere fühlten, sondern auch verstanden, was sie möglicherweise wünschten oder brauchten. Die Gesamtfähigkeit scheint wie eine russische Puppe zusammengesetzt zu sein. Im Kern befindet sich ein automatischer Prozess, den viele Arten gemeinsam haben. Ihn umgeben äussere Schichten, die für eine Feinabstimmung von Zielen und Reichweite sorgen. Nicht alle Arten besitzen alle Schichten: Nur wenige übernehmen die Perspektive anderer, eine Fähigkeit, die wir meisterhaft beherrschen. Doch selbst die höchstentwickelten Schichten der Puppe bleiben normalerweise mit ihrem ursprünglichen Kern verbunden.“ (ebd. S. 269).

Die vorliegende Arbeit versucht, die Entwicklung der menschlichen Fähigkeit des wechselseitigen Verständnisses und der Kooperation in Form einer Tabelle aufzugliedern. Die Aufgliederung soll das Entwicklungskontinuum sichtbar machen und die Möglichkeit geben, empathische Interaktionen des Therapieprozesses den ihnen entsprechenden Schichten zuzuordnen. Dies, weil gewisse Interaktionen sich in Schichten abspielen, die auch Tieren zur Verfügung stehen.

Phylogenetische Entwicklung der zwischenmenschlichen Wahrnehmungs- und Kooperationsfähigkeit	
Fähigkeit	Handlung (Verhalten)
Mentalisieren Ist selbst und anderer orientiert Explizites Mentalisieren beinhaltet kognitive Reflexion Implizites Mentalisieren (intuitives) erfolgt automatisch Gemeinsame Aufmerksamkeit Abstraktion, Meta-Repräsentation, Selbstreflexion, Imagination, Symbolbildung, Sprache Hoch entwickelte Kognition für soziale Belange Menschen	Zuschreibung sicht- und unsichtbarer mentaler Zustände bei sich und anderen sowie deren Reflexion Urteilen und abwägender Vernunftgebrauch Projizieren (unwillkürlich), imaginatives Simulieren, Fantasieren, Bedeutungs- und Sinnsuche, Narration Lehren und Lernen durch Perspektivenübernahme Stark prosozial und reziprok: Belohnen und Strafen Negativ: Foltern
Übergangsbereich Tier-Mensch	
Emotional-kognitive Perspektivenübernahme Ist anderer orientiert Integriert Emotion und Kognition Mitfühlendes Interesse und Sorge Emotionsregulation Anfang der Entwicklung einer Identität Gerechtigkeitssinn, Dankbarkeit Schimpansen (+Delfine, Elefanten)	Situationsadäquates emotionales und kognitiv gezieltes Helfen nach Notwendigkeit Trösten
Kognitive Perspektivenübernahme (emotional unbeteiligt) Ist anderer orientiert Kognitives Verstehen des Beobachtbaren Entwickelte Intelligenz für Sachverhalte Schimpansen	Beobachten von Verhalten und Situation des anderen im Hier und Jetzt Sachverhalte analysieren, Schlussfolgerungen ziehen
Grundlage der kognitiven Perspektivenübernahme ist die kognitive Intelligenz die so weit entwickelt sein muss, dass komplexe Sachverhalte verstanden werden.	
Emotionale Perspektivenübernahme Ist anderer orientiert Nachempfinden der Gefühle und Bedürfnisse des anderen und emotionales Verstehen im Normalfall automatisch, kann ausgeschaltet werden Neue Fähigkeit: Subjekt-Objekt-Differenzierung, Selbstgewahrsein Paviane	Altruistisches u/o prosoziales Verhalten Teilen Kooperation Versöhnung Selbstschützendes Trösten Emotionale Unterstützung Reziprozität
Gefühlsansteckung Automatisch durch Wahrnehmung des anderen (ohne sich in seine Lage zu versetzen) (Keine Subjekt-Objekt-Differenzierung) Alle Säugetiere	Urverbundenheit (Preconcern) (Ohne Helfen)
Alle sozial lebenden Tiere	Synchronismus (Motorische Imitation), alle sozialen Tiere
Grundlage: PAM (Perception-Action-Modell) Wahrnehmung ⇒ Aktivierung der entsprechenden Repräsentanzen ⇒ Aktion	
Legende: Die einzelnen Abschnitte sind nicht als abgegrenzte Einheiten zu verstehen, sie bilden das Kontinuum der Evolution. Die Fähigkeiten und das Verhalten der höheren Modi beinhalten immer auch diejenigen der unteren.	

2.1 Beschreibung der Tabelle und Begriffsklärungen

Die Konvertierung von de Waals Bild der Babuschka in eine Tabelle hat sich als schwierig erwiesen. Die einzelnen Fähigkeiten und Verhaltensweisen lassen sich nicht immer eindeutig einer Schicht zuordnen. Einerseits hängt dies damit zusammen, dass Evolution verschlungen abläuft, und andererseits, dass die Kombination von Fähigkeiten zu Emergenzen führt, bei denen die neu entstandenen Fähigkeiten mehr als die Summe der einzelnen Fähigkeiten bilden. Dies führt z.B. bei der Kombination von Emotion und Kognition zum gezielten Helfen.

Auch lassen sich manche Begriffe nur näherungsweise fassen. So hat der Begriff der „Empathie“ eine historische Entwicklung mit unterschiedlichen Bedeutungen und Verwendungen genommen, wie die Politikwissenschaftlerin Michaela Strasser aufzeigt (Strasser 2013, S. 290). Die unterschiedliche Bündelung verschiedener menschlicher Fähigkeiten unter diesem Etikett wie auch der Eingang in die Umgangssprache verleiht ihm eine definitorische Unschärfe, die mich veranlasst hat, ihn in der tabellarischen Darstellung durch den Überbegriff „Perspektivenübernahme“ zu ersetzen.

Auch der aus der Ethologie stammende Begriff der »Theorie des Geistes« (Theory of Mind, ToM) findet seines unterschiedlichen Gebrauchs wegen keinen Eingang in die Tabelle. Die Ethologen meinen damit das Wissen von Tieren bezüglich des Wissens anderer Tiere über Dinge (z. B. versteckte Leckerbissen), die Psychologen meinen damit den viel weiteren Bereich der menschlichen sozialen Kognition. Auch hier vermag der Überbegriff der Perspektivenübernahme Unklarheiten zu vermeiden. (vgl. de Waal 2011 a, S. 133-135)

Die Aufteilung in emotionale, kognitive und emotional-kognitive Perspektivenübernahme rechtfertigt sich durch die aktuellen neurobiologischen Befunde von Tania Singer, dass bei deren Verarbeitung unterschiedliche biologische Systeme und Hirnstrukturen involviert sind. (Singer und Bolz, 2013) Sie unterscheidet darum zwischen Empathie und Mitgefühl. *Empathie* versteht sie als *Mitleiden*, man spürt den Schmerz des anderen, beim Mitfühlen weiss man um ihn und versteht ihn, ohne ihn selbst zu erleiden.

Die Fähigkeit zum Mentalisieren ist die ausschliesslich dem Menschen vorbehaltene Stufe der sozialen Kognition und Interaktion.

Da sich die Fähigkeiten und Verhaltensweisen nicht immer eindeutig zuweisen lassen, sind die einzelnen Abschnitte der Tabelle nicht als abgegrenzte Einheiten zu verstehen, sondern bilden ein Kontinuum ab, wobei die höheren Stufen immer auch die Fähigkeiten und das Verhalten der unteren enthalten. Die Tabelle soll lediglich das nahtlose Kontinuum darstellen, bezüglich der einzelnen Stufen dient sie als Annäherung an den Stand der Diskussion.

Schliesslich muss noch darauf hingewiesen werden, dass Empathie auch unterdrückt werden kann. Immer und überall empathisch zu sein, wäre zu riskant, man könnte dabei nicht nur sein Leben verlieren, sondern auch leicht soziale Probleme bekommen. Ob das Leiden des Anderen uns anrührt, zu Mitgefühl und tätiger Hilfe veranlasst, oder ins Gegenteil umschlägt, ist von vielen Faktoren abhängig. Die Steuerung der Bereitschaft zur Empathie, das heisst, wer ein- oder ausgeschlossen wird, hängt zum grössten Teil von sozialen und kulturellen Konventionen ab.

2.2 Synchronismus

Alles beginnt mit der Synchronisation von Körpern. (vgl. de Waal 2011 a, S. 69). Motorische Synchronisation, oder Nachahmung, ist die ursprünglichste Form der Koordination und die tiefste Wurzel sozialen Verhaltens. Als biologische Basis des Synchronismus sind Spiegelneuronen anzusehen, die erwiesenermassen daran mitwirken, dass wir Bewegungen anderer erkennen und nachahmen können.

Synchronismus erfolgt automatisch und ist bei allen sozialen Tieren zu finden. Er formt Fisch- und Vogelschwärme sowie das Herdenverhalten.

Automatische motorische Synchronisation nehmen wir auch an uns selbst wahr. Wir machen die Bewegungen des anderen zu den eigenen, wenn wir uns unwillkürlich in den Körper von anderen versetzen und synchron bewegen, oder wenn sich unsere Körperhaltung unbewusst mit der von Gesprächspartnern abstimmt. Darum ist Gähnen ansteckend und auch Lachen. Bei letzterem entsteht zusätzlich emotionale Einstimmung und Stimmungsübertragung, gemeinsames Lachen schafft emotionalen Konsens. Das ist auch bei Affen so, sie lachen, wenn sie miteinander spielen. Es entstehen Sympathie und Empathie.

Einen Aspekt des Synchronisierens möchte ich an dieser Stelle speziell erwähnen, weil es sich um Erlebnisse handelt, die jeder kennt, aber wahrscheinlich nicht dieser Fähigkeit zugeordnet hat. Wegen dieses archaischen,

tief verankerten Automatismus bereiten uns synchrone Bewegungen viel Freude, entweder indem wir selbst tanzen, einem Ballett zuschauen, oder uns von der synchronisierenden Kraft der Musik körperlich und emotional bewegen lassen. Das Gefühl von gemeinsamer Stärke und emotionaler Einheit verleihen offenbar auch zu Marchmusik marschierende Soldaten bei Militärparaden usw. Es ist offensichtlich, wie tief die Quelle unseres Vergnügens an Synchronisation sitzen muss, denn schon Kleinkinder tanzen spontan zu Musik. Beim Musizieren synchronisieren sich die Musiker auf höchstem motorischem, emotionalem und geistigem Niveau. Sogar die Evolution der Sprache leitet der Evolutions- und Kognitionsbiologe William Tecumseh Sherman Fitch von der Musik ab. (Fitch, 2014)

Synchronisation für sich allein genommen ist nicht mit Gefühlen verbunden. Diese werden erst auf der nächsten Stufe, der Gefühlsansteckung, übertragen.

2.3 Gefühlsansteckung

Kinder zwischen dem 10. und 12. Lebensmonat weinen, wenn sie andere Kinder weinen hören. Dabei handelt es sich nicht um Mitgefühl, sondern um Gefühlsansteckung, sie haben noch kein Selbst, das sich vom Anderen unterscheidet. Obwohl wir als Erwachsene über eine ausdifferenzierte Subjekt-Objekt Trennung verfügen, kennen wir Gefühlsansteckung auch - wir fühlen uns traurig unter traurigen Menschen und glücklich unter glücklichen, Schreckensschreie lassen uns erstarren und instinktiv, ohne zu überlegen zu dem Ort hingehen, wo das Schreckliche passiert ist, ein Verhalten, das auch bei Tieren vorkommt und von de Waal als »*Preconcern*« bezeichnet wird, was ich mit »*Urverbundenheit*«¹ übersetzen würde.

Hier stellt sich grundsätzlich die Frage, wie ein psychischer Status übertragen wird. Stephanie Preston und Frans de Waal haben in ihrer vielzitierten Arbeit zum Verständnis der Empathie divergierende Ansichten aus verschiedenen Perspektiven wie emotionstheoretischen, kognitiven, lerntheoretischen und neurowissenschaftlichen in einem überzeugenden Modell vereinigt. Sie nennen es »*Perception-Action Model (PAM)*«. „Die Wahrnehmung des Status des Objektes aktiviert im Subjekt die entsprechenden Repräsentationen, die anschliessend seine somatischen und autonomen Reaktionen aktivieren (Übersetzg. durch d. Autor).“ (Preston und de Waal 2002)

Wie Dimberg (Dimberg et al. 2000) herausfand, erfordert Gefühlsansteckung keine bewusste Wahrnehmung des Status des Objektes, sondern findet auch bei unbewusster Wahrnehmung statt. Auf eine Bildschirmpräsentation von Gesichtern mit emotionalen Ausdrücken, deren Anzeigedauer für eine bewusste Wahrnehmung zu kurz war, reagierten die Versuchspersonen mit emotional identischen Gesichtsausdrücken. Innerhalb von Sekundenbruchteilen werden die Gesichtsmuskeln beeinflusst und in der Folge auch unsere Emotionen, wie beim »*Perception-Action Model*« beschrieben. (vgl. de Waal 2011 a S. 93)

2.4 Emotionale / emotional unbeteiligte (kognitive) / emotional und kognitiv verknüpfte Perspektivenübernahme.

Charakteristisch für alle Entwicklungsstufen der Perspektivenübernahme ist, im Unterschied zur Gefühlsansteckung, die Fähigkeit zur Subjekt-Objekt-Differenzierung, das heisst, ein vom anderen unterschiedenes Selbst, aus welchem Selbstgewahrsein entsteht. Erst diese Differenzierung ermöglicht den Aufbau einer Beziehung des Subjektes zum Objekt und als Folge davon altruistisches und prosoziales Handeln.

Die *emotionale Perspektivenübernahme*, umgangssprachlich als *Empathie*, respektive *Mitgefühl* bezeichnet, lässt sich durch die einprägsame Formel ausdrücken: »*Spüren, was der andere spürt und tätig werden*«.

Die *kognitive (emotional unbeteiligte Perspektivenübernahme)* „betrifft ausschließlich die Art, wie das eine Individuum wahrnimmt, was ein anderes Individuum sieht oder weiß“ (de Waal 2011 a, S. 135).

Kognition ermöglicht die Analyse komplexer Sachverhalte und erlaubt entsprechende Reaktionen.

Die *Vereinigung der kognitiven mit der emotionalen Perspektivenübernahme* führt zur adäquaten Bezugnahme und situationsgerechten Hilfe, sei es in gefährlichen Situationen, bei der Kooperation, oder durch Trösten nach Niederlagen.

Diese umfassende Art erfordert, dass Affekte reguliert werden können. Ein von Affekten überschwemmtes Individuum kann keine situationsgerechte Hilfe leisten, weil dadurch die kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt sind.

¹ Concern: 1. to relate to or be connected with (Websters Desk Dictionary of the English Language, 1983)

Perspektivenübernahme und Hilfe auf diesem Niveau erfordern Identität. Diese äussert sich z.B. darin, dass Kinder sich im Spiegel erkennen können, was mit ungefähr zwei Jahren geschieht. Auch Schimpansen, Elefanten oder Delfine können sich im Spiegel erkennen.

Von Schimpansen weiss man, dass sie gezielte Hilfe leisten, aktuell wurde auch bei Elefanten tröstende Zuwendung nachgewiesen. (Plotnik J. M. und de Waal F. 2014)

3. Die spezifisch menschlichen Fähigkeiten zur Empathie

Licht auf die spezifisch menschlichen Fähigkeiten der Empathie wird von zwei Seiten her geworfen. Zum einen durch die evolutionsbiologische Sicht der evolutionären Anthropologie, die sich mit dem Tier-Mensch-Übergang beschäftigt, zum anderen durch die psychotherapeutische Prozessforschung, die sich mit der Fähigkeit zum wechselseitigen Verstehen befasst.

3.1 Die evolutionsbiologische Sicht: eine besondere Form der sozialen Kognition beim Menschen

Unter der Perspektive der evolutionären Anthropologie befasste sich Michael Tomasello mit der Frage, welche Anpassungen in der Evolution die kulturellen Leistungen der Menschheit ermöglicht haben.

Aus evolutionsbiologischer Sicht stand „nicht genügend Zeit für normale biologische Evolutionsprozesse, wie genetische Variation und natürliche Selektion, zur Verfügung, um Schritt für Schritt jede der kognitiven Fertigkeiten zu erzeugen, die es modernen Menschen ermöglichen, komplexe Werkzeuggebrauche und Technologien, komplexe Formen der Kommunikation und Repräsentation durch Symbole und komplexe gesellschaftliche Organisationen und Institutionen zu erfinden und aufrechtzuerhalten.“ (Tomasello 2006, S. 14). Somit ging es ihm darum, eine einzige Anpassungsleistung zu identifizieren, die dies erbringen konnte.

Gestützt auf eine Fülle von Erkenntnissen aus der Ethologie und vergleichenden Experimenten mit Kleinkindern und Schimpansen entwickelte er die Theorie, dass die gesuchte Anpassungsleistung, in einer „besonderen Form sozialer Kognition“ besteht, „die es Menschen erlaubt, „ihre Artgenossen als *ihnen ähnliche* Wesen zu verstehen, die ein intentionales und geistiges Leben haben wie sie selbst. Dieses Verständnis ermöglicht es ihnen, sich in die geistige Welt einer anderen Person hineinzusetzen, so daß sie nicht nur *vom* anderen, sondern auch *durch* den anderen lernen können.“ (ebd. S. 17)

Tomasello's Theorie der »*besonderen Form der sozialen Kognition*« findet über sein Fachgebiet hinaus auch in den Kultur- und Sozialwissenschaften Beachtung.

3.1.1 Der ontogenetische (entwicklungspsychologische) Zeitpunkt des Auftauchens menschlicher sozialer Fähigkeiten

Nach Tomasello hat die soziale Kognition von Säuglingen vor dem Alter von neun Monaten vieles mit derjenigen von nichtmenschlichen Primaten gemeinsam. Im Alter von neun Monaten geschehe etwas „dramatisches“ und es könne „keinen Zweifel daran geben, daß wir es mit einzigartigen Prozessen sozialer Kognition zu tun haben. Der entscheidende Schritt in der Ontogenese der sozialen Kognition geschehe in diesem Alter, wenn das „Verstehen anderer als intentionale Akteure“ beginnt. Erst so könne das Kind die Perspektive anderer Personen internalisieren, was die Voraussetzung für das kulturelle Lernen sei. (vgl. ebd. S. 123)

Die Perspektive auf andere und auf sich selbst einzunehmen, lernt das Kind in der Aktion mit anderen, und „schliesslich führt die Art von Interaktion, bei der Erwachsene die kognitiven Aktivitäten von Kindern kommentieren oder ihnen ausdrückliche Anweisungen geben, sie dazu, die Perspektive eines Aussenstehenden auf ihre eigene Kognition in Akten der Metakognition, Selbststeuerung und repräsentationalen Neubeschreibung einzunehmen, woraus sich systematischere kognitive Strukturen in einem dialogischen Format ergeben.“ (ebd. S. 269). Die durch Lehren und Lernen entstehende Kultur bildet in einem rekursiven Prozess den Rahmen für das kulturelle Lernen und schafft so eine „arttypische und einzigartige »ontogenetische Nische« für die Entwicklung des Menschen“. (vgl. ebd. S. 105).

3.1.2 Wo liegt die Grenze zu den sozialen Fähigkeiten der Primaten?

Schimpansen sind fähig zu wissen, was andere über Gegenstände wissen, zum Beispiel über das Versteck von Leckerbissen. Wie weit sie aber fähig sind, etwas über den geistigen Zustand von anderen zu wissen, oder ob sie einfach aus beobachtbarem Verhalten ihre Schlüsse ziehen, ist nicht so klar. Jedenfalls sind wir „die Einzigen, die sich Gedanken darüber machen, warum wir so denken, wie wir denken“ (de Waal 2011 b, S. 192). Im Gegensatz zu den Tieren, die sich offensichtlich nur auf der Verhaltensebene bewegen, können wir uns auf einer abstrakten Ebene bewegen. „Obwohl unser innerer Dialog die sozialen Beweggründe von Primaten nie

vollständig hinter sich lässt [...], hebt er dennoch unser Verhalten auf eine Ebene der Abstraktion und Selbstreflexion, die es nicht gab, ehe unsere Spezies die evolutionäre Bühne betrat.“ (ebd. S. 193)

3.2 Die psychotherapeutische Sicht: die Fähigkeit, zu mentalisieren

Im Unterschied zur vorherigen Stufe in der Tabelle, der *emotional und kognitiv verknüpften Perspektivenübernahme*, die ausschliesslich auf den andern gerichtet ist, kommt beim Mentalisieren hinzu, sich auch Klarheit über den eigenen psychischen Zustand zu verschaffen. „Die pragmatische, relativ einfache und kurze Beschreibung von »Mentalisieren« lautet: »sich Gedanken und Gefühle vergegenwärtigen. Das Mentalisieren verlangt Aufmerksamkeit und mentale Arbeit«; es ist eine Form der Achtsamkeit, die wahrnimmt, was andere denken und fühlen und was man selbst denkt und fühlt.“ (Schultz-Venrath, 2013, S. 82)

Die Verknüpfung der Wahrnehmung des anderen mit der Wahrnehmung von sich selbst erlaubt es, von sich auf den anderen zu schliessen. Dies zieht eine angemessene Reaktion auf das, was mentalisiert wird, nach sich (in der Regel eine mitleidige oder Anteilnehmende Reaktion).

Wie gross der Unterschied zwischen Menschenaffen und Menschen auf dieser Stufe der sozialen Kognition ist, zeigt sich an den Versuchen zur *kulturellen Intelligenz-Hypothese* von Esther Hermann und Kollegen (Hermann et al., 2013). Während drei-jährige bis erwachsene Schimpansen- und Orang-Utans im Bereich des Umgangs mit der physischen Welt, mit Ausnahme des Werkzeuggebrauches, vergleichbare Resultate erzielten wie zweieinhalb-jährige Menschenkinder, schwangen die Menschenkinder im Bereich der sozialen Fähigkeiten weit oben aus.

3.3 Die Kongruenz der evolutionsbiologischen und psychotherapeutischen Perspektive

Das Erkennen des anderen durch sich selbst findet sich auch in Tomasellos Theorie der besonderen Form der sozialen Kognition wieder, deren Konsequenz es ist, sich in die geistige Welt einer anderen Person hineinversetzen zu können. Dies entspricht dem Konzept des Mentalisierens und ist Dreh- und Angelpunkt der Psychotherapie.

4. Was bedeutet es zu mentalisieren?

Die Komplexität und Vielschichtigkeit des Mentalisierens mögen die folgenden Zitate umreissen.

- »Mentalisieren« ist ein imaginatives Wahrnehmen oder Interpretieren von Verhalten unter Bezugnahme auf intentionale mentale Zustände. (vgl. Allen et al. 2011, S. 9)
- „Bateman und Fonagy [...] definieren »Mentalisieren« als »den mentalen Prozess, durch den ein Individuum eigenen und fremden Verhaltensweisen implizit und explizit Bedeutungen zuschreibt, und zwar bezogen auf intentionale mentale Zustände wie persönliche Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Überzeugungen und andere Beweggründe.«“ (ebd. S. 79)
- »Mentalisieren« bedeutet aber auch, reflexiv zu erfassen, welche Umstände und Erfahrungen in der Vergangenheit und Gegenwart zu den jetzigen Wünschen, Gedanken und Überzeugungen geführt haben.
- „Zur vollen Blüte aber gelangt der Geist erst mit dem Auftauchen der Meta-Repräsentation (das heisst, mit dem Auftauchen des Repräsentierens von Repräsentationen – zum Beispiel in dem Gedanken: »ich denke, also bin ich«); nun erst wird der Geist seiner selbst und seines Platzes in der Welt wirklich gewahr.“ (Allen et al S. 114)

Mentalisieren erfolgt implizit und explizit. Implizites Mentalisieren vollzieht sich nicht über bewusste Reflexion, sondern geschieht automatisch und intuitiv, während explizites Mentalisieren kontrolliert über Denken und Reflektieren abläuft. Hier ergänzen sich die emotionalen und kognitiven Komponenten, das Mentalisieren ist nur vollständig, wenn Kognition und Affekt integriert sind: „Full mentalization entails the integration of cognition and affect“ (Fonagy et al. 2012, S. 29)

Um das Ganze noch etwas klarer zu machen, füge ich drei Zitate hinzu, die beschreiben, was es bedeutet, wenn nicht mentalisiert werden kann:

- Without mentalizing, there can be no robust sense of self, no constructive social interaction, no mutuality in relationships, and no sense of personal security. (Bateman et al. 2012, S. XV)

- Fehlende Metakognition zeigt sich darin, dass „Patienten, die in ihrem depressiven Grübeln und in paranoiden Projektionen wie gefangen sind oder von posttraumatischen Flashbacks heimgesucht werden, ihre psychischen Vorgänge nicht mehr als mentales Geschehen wahrnehmen können – ihnen ist das Bewusstsein der Repräsentiertheit abhanden gekommen.“ (Allen et al., 2011, S. 114)
- „Ein Versagen der Mentalisierungsfähigkeit ist problematisch, weil dadurch in der Regel soziale Beziehungen bezüglich ihres Bindungskontextes infrage gestellt werden, und auch, weil ein prämentalistisches Denken über das Selbst und Andere wieder in Erscheinung tritt, das zu vielfältigen Komplikationen und tiefen Beziehungsstörungen führen kann.“ (Fonagy et al. 2012, S. 19, Übersetzung durch Schultz-Venrath, S. 87)

Auf dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit kann der Begriff des Mentalisierens als eine Konzeptualisierung der Grundmuster der zwischenmenschlichen Interaktionen aufgefasst werden. Dies erklärt auch die Tatsache, dass alle psychotherapeutischen Verfahren mentalisierende Interventionen anwenden. Neu ist lediglich die Einführung des Begriffes. Als Werkzeug unterstützt er die Bestrebung, diese Interventionen zu systematisieren und spezifisch anzuwenden. (vgl. Allen et al., 2011, S. 29-30 und Schultz-Venrath 2013, S. 63-64)

Obwohl die Voraussetzungen zum »Mentalisieren« phylogenetisch erworben wurde, muss deren Anwendung wie eine Sprache in der Interaktion erlernt werden. Die komplexe psychosoziale Entwicklung, die im Wesentlichen durch die Bindungserfahrungen bestimmt wird, spielt sich in dem Rahmen ab, den sich die Menschen selbst geschaffen haben, der Kultur. Tomasello bezeichnet sie als „arttypische und einzigartige »ontogenetische Nische« für die Entwicklung des Menschen“. (Tomasello 2006, S. 105).

Stammesgeschichte und individuelle Entwicklung sind nicht zu trennen, sowenig wie Natur, Kultur und Geist. Sie stehen in einem Kontinuum, das sich im aktuellen Individuum verkörpert. Natur- und Geisteswissenschaften grenzen sich von einander leider immer noch ab. Die Untersuchungen von Tomasello heben die Grenze aber auf. Er schreibt dazu: „Dieser Prozess [gemeint ist ein Interpretationsprozess, A. d. Autor] ist jedoch Gegenstand einer naturalistischen (aber nicht reduktionistischen) Untersuchung. Unsere Frage lautet, wie sich Verstehen als kognitive Fähigkeit während der Vorgeschichte und der Geschichte des Menschen zu einer wichtigen Dimension des menschlichen Denkens entwickelte und wie sich diese Fähigkeit heute während der Ontogenese in einer Generation von Kindern nach der anderen entwickelt. Ob das eine naturwissenschaftliche oder eine geisteswissenschaftliche Untersuchung ist, weiß ich nicht.“ (Tomasello 2006, S. 9)

5. Diskussion und Erkenntnisse für die Psychotherapie

Das Thema Empathie macht es möglich, die Entwicklung der zwischenmenschlichen Wahrnehmungs- und Kooperationsfähigkeit aus der evolutionsbiologischen Perspektive darzustellen. Das evolutionsbiologische Konzept der »besonderen Form der sozialen Kognition beim Menschen« und das psychotherapeutische Konzept des »Mentalisierens« beinhalten beide dasselbe, nämlich das Schliessen von sich auf den anderen. Die Verknüpfung evolutionsbiologischer Erkenntnisse mit dem psychotherapeutischen Prozess erscheint daher sinnvoll und gerechtfertigt.

Über die Darstellung dieses Kontinuums hinaus hat sich gezeigt, dass der Umgang mit der Gegenübertragung, einem der Hauptinstrumente der Therapie, eine ethologisch begründbare Erklärung findet.

Im zwischenmenschlichen Austausch sind alle Schichten aktiv, oder anders ausgedrückt, alle Kanäle offen. Dies trifft im psychotherapeutischen Prozess in besonderem Mass zu. Dabei hat sich die archaische Schicht der Gefühlsansteckung als die aufschlussreichste erwiesen. Nirgends sonst als in der Psychotherapie steht die Gefühlsansteckung so stark im Fokus der Selbstwahrnehmung, denn sie wirkt, zusammen mit der nachgeschalteten Mentalisierungsfähigkeit, wie ein zusätzliches Sinnesorgan, gleichsam als ein Sinnesorgan des zwischenmenschlichen Austausches.

5.1 Die Biologie der Gegenübertragung

Dieser Befund erlaubt es, die folgenden Ausführungen zur Gegenübertragung als »*Biologie der Gegenübertragung*« zu bezeichnen.

Gefühle, die von Patienten nicht unterdrückt werden, äussern sich normal über den Körper und sind für den Therapeuten direkt les- und deutbar. Körperausdruck und sprachliche Kommunikation sind in diesem Fall kongruent.

Immer aber gibt es auch Gefühle, die vom Patienten bewusst versteckt, überspielt, unterdrückt werden, oder bereits unbewusst verdrängt oder abgespalten sind. Obwohl diese im Unterschied zu offen gezeigten Gefühlen

nicht lesbar sind, werden sie vom Therapeuten doch wahrgenommen, und zwar in Form der *Gegenübertragung*², die sich von der *Gefühlsansteckung* ableitet. Sie läuft in allen zwischenmenschlichen Kontakten automatisch ab, wird vom Angesteckten aber meist nicht so intensiv wahrgenommen, weil die Aufmerksamkeit normalerweise nicht bewusst und direkt auf die Gefühlsansteckung gerichtet ist wie in der Therapie.

Gemäss dem Perception-Action-Modell (PAM), muss es so sein, dass der Patient dem Therapeuten diese Gefühle »mitteilt«. Dies tut er unwillkürlich in sehr kurzen Sequenzen seiner Mimik. Es handelt sich dabei um *Mikroausdrücke*, wie Ekman sie benennt, die ein Zwölftel bis ein Fünftel einer Sekunde dauern. (Ekman, 2010 S. 296). Wegen der Kürze ihres Aufscheinens nimmt sie der Therapeut unbewusst wahr, wie die Experimente von Ulf Dimberg über die Ansteckung durch Gefühle gezeigt haben. Diese unbewusste Wahrnehmung steckt an, sie affiziert den Therapeuten.

Es sind aber nicht nur diese Mikroausdrücke allein, welche die Gegenübertragung modulieren, sondern auch die Übertragung des Patienten auf den Therapeuten, der Inhalt der verbalen Mitteilungen, kurze Veränderungen in der Stimme, Körperhaltung, usw.

Für den Therapeuten geht es darum, sich nicht anstecken zu lassen, das heisst, vom affiziert sein zum verstehenden Mitgefühl zu finden. Dies geschieht durch eine bewusst erhöhte Achtsamkeit sich selbst gegenüber. Er mentalisiert gleichzeitig sich selbst und den Patienten, was ihm erlaubt, die Gefühlsansteckung als Gegenübertragung zu identifizieren. So kann er das, was er gewissermassen in der Haut des Patienten gespürt hat, durch adäquate Interventionen in den therapeutischen Prozess zurückfliessen lassen. Dies ermöglicht es dem Patienten, fähig zu werden, verdrängte Gefühle bei sich selbst wahrzunehmen.

Die Fähigkeit des Therapeuten, sich abzugrenzen, beruht auf seiner stabilen Subjekt-Objekt-Differenzierung und der Achtsamkeit sich selbst gegenüber, welche die Voraussetzung zu einer guten Affektregulierung ist. Der Zusammenhang von Selbstachtsamkeit und Emotionsregulation wurde neurobiologisch nachgewiesen (Herwig et al., 2010). So kann der Therapeut hochansteckende Gefühle wie zum Beispiel Angst bei sich selbst regulieren und durch geeignete Interventionen die Affektregulation beim Patienten fördern. Eine andere Voraussetzung, sich gut abgrenzen zu können, liegt in der Kenntnis seiner eigenen dysfunktionalen Beziehungsmuster oder Komplexe, die in der therapeutischen Selbsterfahrung bearbeitet wurden. So wird das Risiko minimiert, vom Angebot entsprechender Beziehungsmuster der Patienten affiziert zu werden, und in dysfunktionalen Mustern zu interagieren.

Um die Subjekt-Objekt-Differenzierung auch bei schwierigen Prozessen zu gewährleisten, hat die Psychotherapie seit ihren Anfängen zu Beginn des letzten Jahrhunderts mit der Super- und Intersession ein eigenes Qualitätssicherungs-Instrument entwickelt. Hier werden im vertrauensvollen Kreis von Kollegen schwierige Therapieprozesse dargelegt. Neben dem Erfahrungsaustausch dient dies vor allem auch der Subjekt-Objekt-Differenzierung. Während der Therapeut in der Gruppe über seinen Patienten berichtet, identifiziert er sich, meist unbewusst, mit ihm und induziert dadurch Gegenübertragungsgefühle bei den Kollegen, die aber nicht ihm selbst, sondern dem Patienten gelten, da er ihnen gleichsam gegenüber sitzt. Die Mentalisierungen der Kollegen verhelfen dem ratsuchenden Therapeuten oft zu einer erlösenden Klarheit, er wird sozusagen von seiner Ansteckung befreit. Oft hat die Super- und Intersession eine psychohygienische Wirkung und einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Weiterentwicklung der Therapie. Aus dieser Sichtweise ist die Supervision eine erweiterte Mentalisierung, indem sie dem Supervisanden, in schwierigen Fällen, die Aussenperspektive auf sich selbst zugänglich macht.

Für eine fruchtbare therapeutische Beziehung ist es unerlässlich, bis zu einem gewissen Punkt die Emotionen der Patienten zu spüren, um sie verstehen zu können, und damit sie sich wiederum verstanden fühlen. Oft beginnt die emotionale Wahrnehmung mittels Gegenübertragung.

Eine Beschreibung der Gegenübertragung aus Sicht dieser Arbeit könnte lauten:

»Die Gegenübertragung besteht aus den durch Selbstaufmerksamkeit ins Bewusstsein gehobenen und mentalisierten Gefühlen, die durch den Patienten mittels Gefühlsansteckung im Therapeuten ausgelöst werden.«

Die Gegenübertragung enthält im Unterschied zur Gefühlsansteckung die Selbst-Objekt-Differenzierung. Das bedeutet, dass der gefühlsangesteckte Zustand des Therapeuten nicht als Gegenübertragung bezeichnet werden

² Mit Gegenübertragung sind die Phänomene gemeint, welche der Therapeut während der Sitzung an sich selbst wahrnimmt, aber nicht als zu sich selbst gehörend identifizieren kann. Dies können Schmerzen sein, die nur in der Sitzung mit speziell diesem Patienten auftreten, unüberwindbare Müdigkeit, obwohl er nicht müde ist, Konzentrationsprobleme, aufsteigende Gefühle wie Angst, Aggression, Wut, Traurigkeit, das Gefühl von Ungenügen, aber auch eigene Reaktionen in Form von kompensierenden Gefühlen auf die verdrängten Gefühle des Patienten usw.

sollte, denn in diesem Zustand ist er in Gefahr, diese Gefühle auszuagieren, das heisst, in den Komplexmustern des Patienten zu interagieren. Damit wäre er nicht fähig, auf der mentalisierenden Stufe des evolutionären Kontinuums Hilfe zu leisten.

Zusammenfassend sind die wichtigsten Befunde dieser Arbeit:

1. Es ist möglich, die menschliche Fähigkeit der Empathie von der Evolution her, auf der Grundlage beobachtbaren Verhaltens zu rekonstruieren und zu verstehen.
2. Die psychotherapeutische Beziehung beansprucht die ganze Skala der phylogenetisch und ontogenetisch erworbenen Empathie-Fähigkeiten.
3. Für die Gegenübertragung und deren Anwendung ergibt sich ein fruchtbarer Erklärungsansatz, der als »*Biologie der Gegenübertragung*« bezeichnet werden könnte.

Schlussbetrachtung

Nach dem intensiven Denken über Empathie und Einfühlung erscheint es mir dem Thema angemessen, mit einem emotional anrührenden Bild abzuschliessen.

Die Ethologin Julia Fischer schreibt über die Beziehung zwischen einer Berberaffenmutter und ihrem Kind: „Für das Verständnis der Entwicklung einer sozialen Bindung ist die Interaktion zwischen Müttern und Neugeborenen besonders aufschlussreich. Eine erfahrene Mutter hält ihr Junges am Bauch, so dass es jederzeit trinken kann. Setzt sie sich hin, hält sie das Baby im Schoß. Oft schauen sich Mutter und Kind dann sehr lange an. Erwachsene Affen vermeiden das in der Regel, da ein direkter Blick eine Drohung darstellt. Der Blickkontakt zu den Neugeborenen aber scheint große Bindungskräfte zu entfalten und durch den Ausdruck positiver Stimmung verstärkt zu werden. (...) Es sind (...) gegenseitige Aufmerksamkeit und der sich verstärkende Austausch positiver Signale, die zu einer Etablierung und Festigung der sozialen Bindung führen.“ (Fischer, 2012, S. 40)

Für mich scheint diese Situation der Intimität des Blickkontaktes der Mutter mit ihrem Kind, die, vielleicht dreissig Jahrmillionen zurückliegende, »Urszene« des Beginns der Menschwerdung, zu sein, die lange vor der Entstehung des aufrechten Ganges stattgefunden haben muss. Unweigerlich kommt einem hier die Idee, dass die bei den Primaten stattgefundene Entwicklung der Brustwarzen auf der Milchleiste in der Nähe des Gesichtes statt am Bauch einen nicht unwesentlichen Anteil zu Beginn der psychischen Menschwerdung gehabt haben könnte.

Dieses Bild führt uns zum Ursprung der eigenen, persönlichen Menschwerdung zurück, zum Bewusstsein, dass ein sicher gebundenes Kind das interne Arbeitsmodell eines zuverlässigen und empathisch mitgehenden Versorgers hat und eines Selbst, das es wert ist, geliebt zu werden und Aufmerksamkeit zu bekommen, einer Erfahrung, zu der Psychotherapie hinführen kann.

Autor

Mario Schlegel, Dr. sc. nat., schloss sein Biologiestudium an der Universität Zürich im Hauptfach Anthropologie ab. An der ETH Zürich doktorierte er in Verhaltenswissenschaften über psychophysiologische Reaktionen beim Wort-Assoziationstest. Ausbildung zum Psychotherapeuten am C.G. Jung-Institut Zürich, wo er heute als Dozent und Lehranalytiker tätig ist. Psychotherapeut in eigener Praxis, Leiter der Wissenschaftskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie und Mitbegründer der Zeitschrift "Psychotherapie Wissenschaft". Autor und Herausgeber diverser Publikationen im Bereich der Psychotherapie. Gegenwärtiger Arbeitsschwerpunkt: Dialog zwischen den Psychotherapieschulen.

Korrespondenz

Scheuchzerstrasse 197, 8057 Zürich

E-Mail: m.schlegel@psychotherapie-wissenschaft.info

Literatur

- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2011). Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bateman et al., Preface (2012). In: Bateman, A.W. & Fonagy, P. (Ed.) Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing. XV-XXI
- Bowlby, J. (1976). Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Kindler, München
- de Waal, F. (2011 a.). Das Prinzip Empathie, Was wir von der Natur für eine bessere Gesellschaft lernen können. München: Carl Hanser
- de Waal, F. (2011 b.). Primaten und Philosophen, Wie die Evolution die Moral hervorbrachte. München: DTV
- Dimberg U, Thunberg M, Elmehed K. (2000). Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. 2000 Jan;11(1):86-89. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11228851>

- Ekman, P. (2010). *Gefühle lesen*. 2. ed. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag
- Fischer, J. (2012). *Affengesellschaft*. 2. ed. Berlin: Suhrkamp Verlag
- Fitch, W. & Sherman, T. (2014). Erst die Musik, dann die Worte. Online Film-Interview: <http://www.dctp.tv/filme/erst-die-musik-dann-die-worte/>
- Fonagy P, György G, Jurist E. L, Target M. (2006). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fonagy P. et al., Introduction an overview. (2012). In: Bateman, A.W. & Fonagy, P. (Ed.) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing. 3-42
- Herrmann, E., Call, J., Hernández-Lloreda, M.V., Hare, B.; Tomasello, M. (2007). Humans Have Evolved Specialized skills of Social Cognition: The Cultural Intelligence Hypothesis. *Science* Vol. 317, 1360-1366. <http://www.sciencemag.org/content/317/5843/1360.full>
- Herwig, U. Kaffenberger, T., Jäncke, L., Brühl, A.B. (2010). Self-related awareness and emotion regulation. *NeuroImage*, Volume 50, Issue 2, 1 April, 734–741. Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.12.089> Deutsche Kurzfassung open access: <http://neurologie-psychiatrie.universimed.com/artikel/emotionsregulation-neurobiologische-aspekte>
- Hrdy, S.B. (2010). *Mutter Natur, Die weibliche Seite der Evolution*. Berlin: Berlin Verlag
- Plotnik, J.M. & de Waal, F. B.M. (2014). Asian elephants (*Elephas maximus*) reassure others in distress. <https://peerj.com/articles/278/>
- Preston, S. D. & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioural and Brain Sciences* 25: 1-72.
- Strasser, M. (2013). Empathie als Träger von Armutswissen. In: Gaisbauer, H.P. (Ed.) *Armut und Wissen. Reproduktion und Linderung von Armut in Schule und Wissenschaft*, Springer Fachmedien Wiesbaden S. 289-322.
- Tomasello, M. (2006). *Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens - Zur Evolution der Kognition*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft
- Schultz-Venrath, U. (2013). *Lehrbuch Mentalisieren*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Singer, T., Klimecki, O., Ricard, M. (2013). Empathie versus Mitgefühl, Erkenntnisse aus der Forschung mit Erster-Person und Dritter-Person-Methode. In: Singer, T. & Bolz M. (Ed.). *Mitgefühl. In Alltag und Forschung*. Max Planck Society. Munich, Germany. Open access online: <http://www.compassion-training.org/>
- Websters Desk Dictionary (1983). New York: Random House

Évolution de l'empathie

Un essai

Le présent article vise à esquisser l'évolution de la capacité à l'empathie chez l'homme, que ce soit d'un point de vue phylogénétique ou d'un point de vue ontogénétique ; cette évolution est décrite en termes de continuum. Ce dernier est exposé uniquement sur la base de comportements observés et démontrés scientifiquement. Ce n'est que récemment que les psychothérapeutes ont commencé à utiliser les résultats de la biologie évolutionnaire et de la biologie du comportement pour mieux cerner l'empathie. Toute nouvelle perspective ouvre potentiellement la possibilité d'acquérir un savoir neuf et le présent travail vise à apporter une contribution à ce niveau.

Les résultats des travaux de recherche sur le comportement, sur les nourrissons, ainsi que la théorie du lien et la psychologie du développement montrent tous que la capacité qu'a l'être humain à comprendre autrui et à coopérer avec lui est dérivée de celle dont disposent les mammifères. Parmi les primates, plus un animal est intelligent et plus il dispose de cette disposition, ce qui lui permet d'avoir des formes de plus en plus complexes d'interaction sociale.

Le continuum est illustré sous forme de tableau. Au niveau le plus bas, on trouve le *synchronisme*, un comportement automatique qui est propre à tous les animaux vivant en groupe ; exemples : des nuées d'oiseaux au comportement des mammifères vivant en troupeau. Quant aux êtres humains, ces comportements se manifestent chez eux à chaque fois qu'ils s'identifient à d'autres, se mettent dans leurs corps et bougent de manière synchronique. Au niveau suivant, on trouve la *contagion du ressenti*, elle aussi un processus automatique ; par exemple, les bébés pleurent lorsqu'ils entendent d'autres personnes pleurer. Il ne s'agit pas d'empathie, mais de contagion puisqu'ils ne disposent pas encore d'un Soi qui les distingue d'autrui. Les adultes sont touchés par le même phénomène : nous ressentons de la tristesse lorsque nous sommes avec des personnes tristes, de la joie lorsqu'elles sont heureuses, etc. A ces deux niveaux, il n'y a pas encore de différenciation Soi-objet ; celle-ci n'apparaît qu'au niveau suivant, celui où l'individu adopte la perspective de l'autre. Ici, la formule suivante s'applique : *Sentir ce que sent l'autre et agir en conséquence*. Il s'agit d'un phénomène *cognitif (dénué d'émotion)* en rapport avec ce qu'un individu perçoit de ce que voit ou de ce que sait un autre individu. La cognition permet d'analyser des données complexes et de réagir de manière pertinente. L'*association de la perception cognitive de la perspective d'autrui et de la perception émotionnelle* aboutit alors à la possibilité d'apporter un soutien adéquat. Elle exige que la personne soit en mesure de réguler ses affects. Si elle est envahie par les émotions, elle ne peut pas aider car elle est mal capable de cognition. Les chimpanzés atteignent le niveau en question. Mais s'y ajoute chez l'homme une *forme particulière de cognition sociale* qui lui donne sa manière particulière d'apprendre, de transmettre et de coopérer. Alors que l'empathie est dirigée exclusivement vers l'Autre, à ce niveau il s'agit également pour l'individu d'être conscient de son propre état psychique ; une fois qu'il en a tiré des conclusions par rapport à l'autre personne, il peut entrer en relation avec celle-ci. Les animaux sont capables de différencier entre le sujet et l'objet mais l'être humain est doté d'une capacité supplémentaire : il peut se voir lui-même et donc mener une réflexion sur lui-même et élaborer des méta-représentations comme, par exemple, l'idée que 'je pense donc je suis'. Dans ce sens, il est conscient de sa propre existence et de sa place dans le monde. Cette capacité à élaborer des schémas mentaux constitue la base des interactions entre individus et de la culture qui en dérive.

Compte tenu de l'évolution du comportement humain, on considère maintenant que le *contretransfert* est une sorte d'*organe des sens*, développé en conséquence de la *contagion du ressenti*. A ce niveau, on peut parler d'une *biologie du contretransfert*. Pour décrire ce dernier, on pourrait dire que : « *Le contretransfert est constitué d'émotions qui, grâce à l'attitude attentive du thérapeute, sont devenues conscientes et ont fait l'objet de schémas mentaux ; il y a en fait contagion émotionnelle entre le patient et le thérapeute* ». Mais, contrairement à ce qui se passe dans une simple contagion, le contretransfert implique une différenciation entre le Soi et l'objet. Cela veut dire que la simple contagion ne devrait pas être considérée comme un contretransfert authentique puisque, dans cet état, le thérapeute risque de 'passer à l'acte', dans le sens où il serait contaminé par les complexes du patient. Il ne serait alors pas en mesure d'apporter de l'aide à ce dernier au niveau auquel une mentalisation a lieu (selon le continuum évolutionnaire).

En résumé, les principaux résultats du présent travail sont les suivants :

1. Il est possible de considérer la capacité humaine à l'empathie d'un point de vue évolutionnaire en la décrivant sur la base de comportements observés ; cela permet de la comprendre.

2. La relation psychothérapeutique inclut toute l'échelle des capacités à l'empathie acquises au niveau phylogénétique et au niveau ontogénétique.
3. Concernant le contretransfert et sa mise en œuvre, une explication utile serait celle de l'existence d'une *biologie du contretransfert*.

Notre travail se réfère aux sources suivantes : concernant le comportement des animaux et l'*évolution de l'empathie*, les publications de l'éthologue Frans de Waal et de ses collaborateurs ; concernant l'identification de *formes particulières de cognition sociale* et de la manière dont celle-ci fonde la culture, celles de l'anthropologue Michael Tomasello ; concernant le concept de mentalisation – celle-ci permettant de systématiser la compréhension réciproque entre humains – celles des psychanalystes et des chercheurs en psychothérapie Peter Fonagy, Anthony W. Bateman et John G. Allen.

Mots clés : Évolution, contagion du ressenti, empathie, mentalisation, contretransfert, supervision.

Interview

Dr. Harlich Stavemann

Integrative Kognitive Verhaltenstherapie

Das Interview führte Theodor Itten

Zusammenfassung: Dr. Stavemann ist seit über 35 Jahren in Hamburg als niedergelassener Psychotherapeut praktisch tätig. Im Gespräch erzählt der Autor vieler Sachbücher zu diversen Themen der KVT, was ihn persönlich motivierte und beeinflusste, Psychologe und Psychotherapeut zu werden. Das diagnostische Konzept, nach dem Integrative Kognitive Verhaltenstherapeuten vorgehen, wird differenziert aufgezeigt. Die Problembereiche typischer kognitiver Muster, Konzepte, Schemata oder Metakognitionen werden als Verhaltens- und Erfahrungsreaktionen in konkreten Lebensumständen kritisch reflektiert. Die Monopolisierung der akademischen Psychologie durch VerhaltenspsychologInnen wird thematisiert. Neue neuropsychologische Einsichten bereichern die Psychotherapie und Integrative KVT.

Schlüsselwörter: Integrative Kognitive Verhaltenstherapie, Diagnostisches Konzept, Sokratischer Dialog, Psychologie, Veränderungspotential.

Abstract: Integrative Cognitive Behaviour therapy

Dr. Harlich Stavemann interviewed by Theodor Itten

Dr. Stavemann has been based in Hamburg for over 35 years working actively as a psychotherapist. During the interview, the author of many text books relating to diverse themes in the field of Cognitive Behaviour Therapy tells about what personally motivated him and influenced his decision to become a psychologist and psychotherapist. The diagnostic concept, in terms of the Integrated Cognitive Behavioural therapists' approach, is illustrated in a differentiated way. The problem areas of typical cognitive patterns, concepts, schemata or meta-cognition are critically reflected on as behavioural and experiential reactions in concrete life situations. Behavioural therapists monopolising of academic psychology was a central theme. New neuropsychological insights enrich psychotherapy and Integrative Cognitive Behavioural therapy.

Keywords: Integrative Cognitive Behaviour Therapy, Diagnostic Concept, Socratic Dialogue, Psychology, Change potential.

Resumé: Thérapie cognitive du comportement intégrée

Theodor Itten interviewe le dr. Harlich Stavemann

Le docteur Stavemann travaille depuis plus de 35 ans à Hambourg en tant que psychothérapeute indépendant. Il a publié de nombreux ouvrages spécialisés sur des thèmes variés relevant de la thérapie cognitive du comportement. Lors de l'interview, il indique ce qui l'a motivé à devenir psychologue et psychothérapeute. La conception diagnostique fondant le travail des professionnels pratiquant un mode intégratif de thérapie du comportement est décrite de manière différenciée. Les domaines problématiques de schémas cognitifs typiques, de concepts et de métacognitions sont perçus comme relevant de réactions au niveau du vécu et de l'expérience à des conditions existentielles concrètes. Il est également question de la manière dont la psychologie universitaire est monopolisée par les thérapeutes du comportement. La méthode de psychothérapie en question a elle aussi bénéficié des connaissances récemment acquises par la neuropsychologie.

Mots clés: Thérapie cognitive du comportement, concept diagnostique, dialogue socratique, psychologie, potentiel de changement.

TI: Werter Dr. Stavemann, wie war Ihr eigener Weg in die Psychologie? Was hat Sie damals motiviert Psychologie zu studieren und Psychologe zu werden?

HS: Als ich Anfang der 1970er Jahre begann, Psychologie zu studieren, war das für mich ein glücklicher Zufall. Ursprünglich etwas orientierungslos, ließ ich mich von der Berufsberatung zu etwas „Handfestem“ überzeugen und studierte zunächst BWL. Hierfür konnte ich mich nicht wirklich begeistern und suchte nach der Zwischenprüfung meine beiden Wahlfächer weitest möglich entfernt von betriebswirtschaftlichen Inhalten in der Soziologie und der Psychologie.

Ich war schon damals sehr an Menschen interessiert und reiste viel in der Welt umher, um neue Kulturen und deren typische Verhaltensmuster kennenzulernen. Im Nebenfach Psychologie entdeckte ich dann meine wahren Interessen und habe dieses dann auch als Hauptfach mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie zu Ende studiert. Auch hierbei hatte ich großes Glück, denn ich gehörte zu den wenigen, aus heutiger Sicht Privilegierten, die bereits an der Universität gleich in drei Bereichen praktisch-therapeutische Ausbildungen mit eigener Klientel und Supervision erhielten: in Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und Sozialtherapie, Letzteres im Fachbereich Sozialpsychologie. Das hat mich sehr in meinem weiteren

beruflichen Werdegang geprägt.

Die Psychotherapie steckte in Deutschland derzeit noch in den Kinderschuhen. Es gab für die wenigen nichtärztlichen PsychotherapeutInnen ausschließlich Selbstzahler und eigentlich reichte das kaum, um als Freiberufler seinen Lebensunterhalt zu verdienen. Hier verdanke ich erneut einem wohlmeinenden Schicksal, dass man mir gleich nach dem Studienabschluss eine Halbtagsstelle in der Psychologischen Beratungsstelle der Helmut-Schmidt-Universität anbot. Das ermöglichte mir, nebenher als Mitglied eigener Praxengemeinschaft freiberuflich tätig zu sein und mich dort zu etablieren. Nach 4 Jahren habe ich dann den Absprung gewagt und ausschließlich als niedergelassener Psychotherapeut gearbeitet. Etwas später wurde dann das Delegationsverfahren eingeführt. Damit waren die hierunter anerkannten niedergelassenen PsychotherapeutInnen dem bisherigen finanziellen Dauerrisiko entkommen.

TI: Wer oder was hat Sie für ihren Beruf inspiriert?

HS: Wie schon erwähnt, haben Zufälle und glückliche Umstände einen großen Anteil daran, was ich bis heute getan habe und womit ich mich beschäftige. Auf die Fährte meiner heutigen therapeutischen Richtung bin ich ironischerweise nicht im Rahmen meiner VT-Ausbildung gekommen, sondern während eines Seminars in der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung. Dort wurden sollten verschiedene psychotherapeutische Verfahren gegenübergestellt und verglichen werden. Ich hatte mich – eher zufällig – für die damals in Deutschland noch neue Rational-Emotive Therapie von Albert Ellis gemeldet. Beim Einstieg in die Literatur war ich fasziniert davon, wie jemand anderes ganz präzise formulierte, was ich in ähnlicher, aber noch in ungeordneter und verquerer Weise auch dachte. Insofern habe ich der GT meinen Einstieg in die Kognitiven Therapieverfahren zu verdanken.

Ich wollte dies unbedingt substantieller lernen, ohne aber den Aufwand zu treiben, für einige Jahre nach New York ans Albert Ellis Institute for Rational Living zu gehen. Einige Recherchen führten mich dann zu Rene Diekstra aus den Niederlanden. Er war lange Jahre Schüler von Ellis und Maultsby und lehrte als erster in Europa die RET. Nach einigen Fahrten ins niederländische Institut in Nijmegen gelang es mir, Rene Diekstra für eine mehrjährige Fortbildungsreihe nach Hamburg zu holen. Mit anderen an RET interessierten KollegInnen haben wir zu diesem Zweck die Gesellschaft für Kognitive Verhaltenstherapie in Hamburg gegründet. Nach dieser Ausbildung durfte ich mehrere Jahre als Co-Trainer zusammen mit Rene Diekstra arbeiten. Diese Phase hat mich sehr geprägt und ich verdanke ihm nicht nur viel von meinem heutigen therapeutischen Handwerkszeug und Know-how, sondern auch den Eintritt in meine eigene Tätigkeit als Supervisor, Lehrtherapeut und Dozent.

Mein anderes großes therapeutisches Vorbild ist Epiktet. Dieser faszinierende stoische Denker hat bereits zweitausend Jahre vor Ellis dieselben Erkenntnisse auf ebenso plastische Art verbalisiert und auf den Punkt gebracht. Wer Epiktets Lehre in unsere heutige Sprache umgesetzt und verinnerlicht hat, braucht eigentlich kein weiteres KVT-Buch mehr. Die Sokratiker und Stoiker liefern auch den heutigen PsychotherapeutInnen einen reichhaltigen Fundus, sei es für die therapeutische Haltung selbst oder für die therapeutischen Werkzeuge oder sei es das Erklärungsmodell für emotionales Leid und dessen eigenverantwortlich initiierte Veränderbarkeit.

Leider lernen die angehenden PsychotherapeutInnen heute keine oder kaum noch philosophische Fertigkeiten, da dies im Ausbildungscurriculum für die Approbationsausbildung nicht vorgesehen ist. Auch in den psychologischen Fachbereichen der Universitäten findet man nur selten philosophische Inhalte, die für die spätere psychotherapeutische Arbeit relevant sind. Man muss sich da schon selbst auf die Suche machen und solche Inhalte eigeninitiativ erlernen. Aber wer weiß das zu diesem Zeitpunkt schon? Mir ist diese Abstinenz unverständlich. Wie sollen PsychotherapeutInnen später mit den lebensphilosophischen Problemen ihrer Klienten umgehen, wenn sie dafür nicht ausgebildet und geschult wurden und selbst darüber nicht hinreichend reflektiert haben? Auch Mahoney und Chessick führen das Scheitern vieler therapeutischer Versuche auf eben diesen Mangel an philosophischen Fertigkeiten von PsychotherapeutInnen zurück. Frankl geht sogar noch einen Schritt weiter, wenn er behauptet, er habe noch keinen Fall von Neurose gesehen, der sich nicht als eine ungelöste metaphysische Frage entpuppt hätte. Ich stimme diesem absolut zu und schwinge seit Jahrzehnten die Werbetrommel dafür, philosophische Inhalte wieder verpflichtend in die Psychotherapieausbildung aufzunehmen. Im Curriculum des IVT zur Ausbildung in Integrativer KVT ist dies seit jeher integraler Bestandteil.

Integrative Kognitive Verhaltenstherapeuten sind über diesen Zusammenhang nicht verblüfft, denn nach ihrem kognitiv-diagnostischen Erklärungsmodell lassen sich sämtliche lebensgeschichtlich erlernten psychischen Probleme auf lediglich drei Problembereiche zurückführen: auf Selbstwertprobleme, Frustrationsintoleranzprobleme und existentielle Probleme. Im Behandlungsplan werden dazu

lebensphilosophische Themen aufgegriffen und auf sokratische Weise reflektiert. Hierzu gehören Fragen wie „Was ist ein guter/wertvoller Mensch?“, „Was ist ein sinnvolles Leben?“, „Was ist Gerechtigkeit/Sicherheit/Kontrolle?“, „Was ist gut/richtig/schlecht/falsch?“. Derart lebensphilosophische Fragen und Probleme lassen sich nur auf eben diesem philosophischen Wege klären.

TI: Sie schreiben, auch Kognitive Verhaltenstherapeuten beschäftigen sich mit dem Unbewussten, denn häufig sind den Betroffenen die Ursachen für ihre emotionalen Turbulenzen nicht (mehr) oder nur partiell bewusst. Was bedeutet diese Erkenntnis für die moderne Psychotherapie?

HS: Ich erwähnte zuvor schon das diagnostische Konzept, nach dem Integrative Kognitive Verhaltenstherapeuten vorgehen. Danach gibt es für die drei genannten Problembereiche typische kognitive Muster, Konzepte, Schemata oder Metakognitionen – wie immer man es nennen möchte. Diese werden – meist eher früher als später – von den Bezugspersonen durch Modelllernen übernommen und steuern dann schon sehr schnell unsere emotionalen und Verhaltensreaktionen, ohne dass es uns dann noch bewusst sein muss. Je häufiger sie wiederholt werden und je zentraler das Thema für den Betroffenen ist, umso schneller werden die Muster gebahnt, verankert und laufen künftig unbewusst ab.

Was unbewusst ist, kann natürlich schlecht von den Betroffenen auf Angemessenheit geprüft werden. Das erste Anliegen Integrativer Kognitiver Verhaltenstherapeuten besteht daher im Aufdecken, im Wiederbewusstmachen dieser emotions- und verhaltenssteuernden Konzepte. Wir kümmern uns nicht um das symptomatische Beschwerdebild – das aber auch wir natürlich kennen müssen – sondern zielen mit unserer Behandlungsstrategie auf die verursachenden Konzepte. Dies ist einer der Hauptvorteile der Problemorientierten Psychodiagnostik: dass sie aus der Diagnose stringent abzuleitende Behandlungspläne liefert. Man hat der klassischen VT á la Skinner bereits sehr früh vorgeworfen, dass hierbei der Fokus ausschließlich auf die phänomenologische Ebene gerichtet ist und ausschließlich an der Veränderung der Symptomatik gearbeitet wird. Leider kann man diesen Vorwurf auch den frühen kognitiven Psychotherapieansätzen machen. Häufig wurden hier ausschließlich kognitive Stile (also kognitive Symptome des zugrundeliegenden Problems) behandelt und endlos in ABC-Modellen disputiert. Die eigentlichen problemverursachenden dysfunktionalen Konzepte wurden häufig gar nicht bearbeitet, da sie für die Klienten unbewusst abliefen und deswegen nicht formuliert und dementsprechend auch nicht bearbeitet wurden. Hierzu gehören z. B. Selbstwertkonzepte, Erwartungshaltungen, moralische Instanzen, persönlicher Geschmack, metaphysische Konzepte und Glaubenssysteme.

Integrative Kognitive Verhaltenstherapeuten richten ihr Augenmerk daher zunächst auf diese meist bereits unbewusst ablaufenden Muster – wie dies auch in anderen Verfahren der „3. Welle“ geschieht, wie z. B. der Schematherapie oder der Metakognitiven Therapie – und hieven sie mithilfe des Klienten und typischer KVT-Strategien wieder an die Oberfläche und damit ins bewusste Denken. Erst dann können sie von den Betroffenen daraufhin geprüft werden, ob sie diese Konzepte weiterhin glauben möchten und dafür den entsprechenden Preis in Form emotionaler, sozialer und somatischer Konsequenzen zahlen möchten oder nicht.

Als wesentlichste Konsequenz daraus für die moderne Psychotherapie sehe ich die Notwendigkeit, sich problem- statt symptomorientiert zu positionieren. Wenn wir auf langfristige Therapieerfolge ausgerichtet sind, werden wir uns die Mühe machen müssen, unsere Klienten in Gänze zu verstehen und zu begreifen – einschließlich ihrer unbewussten Konzepte, Handlungsanweisungen, Motive und Zielsetzungen. Für dieses Verständnis bietet die Integrative KVT den TherapeutInnen wertvolle Strategien, Tools und Leitfäden.

TI: Welche Relevanz hat die Psychologie für die Psychotherapie?

HS: Für die von mir vertretene Integrative KVT eine ganz wesentliche. Sie basiert auf wesentlichen Erkenntnissen der Lerntheorien, der Kognitiven Psychologie, was die notwendigen Bahnungsprozesse angeht auch auf den Erfahrungsschatz der Neuropsychologie und – ein oft unterschätzter Bereich für Psychotherapeuten – auf der Sozialpsychologie. Bei Letzterer geht es nicht nur um gruppenspezifische und systemische Aspekte, sondern wir finden hier auch die ersten Erklärungsmodelle und eine Attributionstheorie für emotionale Reaktionen. Ohne die Erkenntnisse von Schachter und Singer, die Mitte des letzten Jahrhunderts die kognitive Wende in der Sozialpsychologie eingeläutet haben, wären zu dieser Zeit vermutlich auch nicht die ersten kognitiven Therapiemodelle entstanden. Für Psychotherapeuten immer noch hochaktuell ist die noch ältere Theorie der sozialen Interaktion von George Herbert Mead. Sie liefert nachvollziehbare Erkenntnisse, weshalb objektive Realität für Menschen nicht fassbar, sondern von sozialen, biologischen und lerngeschichtlichen Phänomenen abhängig ist und weshalb Wahrheitsaussagen jeweils durch die Perspektive und die Ziele desjenigen bedingt sind, der sie fällt. Die Relevanz dieses

reflektierten Wahrheitskonzepts kann für die Psychotherapie nicht hoch genug eingeschätzt werden. Wer es verinnerlicht hat, wird nicht eigene „richtige“ Lösungen und Therapieziele missionarisch verbreiten, sondern sich stattdessen zusammen mit dem Klienten auf die Suche nach der für diesen individuellen „wahren“, „richtigen“ Lösung zu diesem Zeitpunkt unter der gegebenen Perspektive machen.

Für PsychotherapeutInnen gibt es darüber hinaus auch noch einen reichen Fundus an therapierelevanten Erkenntnissen aus Nachbardisziplinen der Psychologie. Hierzu möchte ich neben den bereits teilweise beschriebenen Inhalten aus der Philosophie insbesondere auch die Linguistik erwähnen. Korzybski mit seinem „Strukturellen Differential“ und der häufig zitierten Erkenntnis „the map is not the territory“ oder Hayakawas „Sprache im Denken und Handeln“ liefern für PsychotherapeutInnen wesentliche Erkenntnisse über sprachliche Prozesse und getilgte – aber dennoch unbewusst vorhandene, emotions-, entscheidungs- und handlungsbestimmende – Informationen.

TI: Welche Kern-Kompetenzen brauchen wir PsychotherapeutInnen, und was erkennen Sie als gut strukturierte therapeutische Instrumentarien an?

HS: Eigene Lebenserfahrung und daraus abgeleitete Menschenkenntnis sind sicherlich ebenso hilfreich wie ein fundiertes Wissen über Störungsbilder und ihre Behandlungsmöglichkeiten. Genauso wichtig finde ich ein reflektiertes Wahrheitskonzept, um sendungsbewusstem Handeln und Beraten der TherapeutInnen vorzubeugen, und – daraus abgeleitet – die sokratische Haltung, in der die TherapeutInnen eine naive, nicht-wissende Haltung einnehmen und sich zunächst bemühen, die Weltbilder, Moralvorstellungen und Ziele ihrer KlientInnen zu verstehen, um dann, aus der Perspektive der Ratsuchenden, deren Konzepte und Vorgehensweisen auf Funktionalität prüfen zu lassen und ggf. gemeinsam mit ihnen neue, adäquatere zu entwickeln. Hierzu ist ein gut strukturiertes, für die KlientInnen durchschaubares, nachvollziehbares Vorgehen ebenso hilfreich wie ein kongruentes (Modell-)Verhalten der TherapeutInnen.

Zur Beantwortung des zweiten Teils Ihrer Frage sehe ich mich nicht besonders berufen. Ich bin nicht hinreichend mit den einzelnen Instrumentarien der unterschiedlichen Therapieverfahren vertraut, um mir hierzu ein vergleichendes oder gar umfassendes Urteil anzumaßen. Für mich ist ein strukturiertes Vorgehen jedoch elementar, nicht nur für mich selbst, um den „roten Faden“ im Behandlungsplan nicht zu verlieren, sondern insbesondere für die KlientInnen, damit ihnen jederzeit deutlich ist, was sie gerade mit welchem Zweck für welches Ziel tun. So etwas ist enorm motivationsfördernd, zumal ein Hauptziel der Integrativen KVT ja auf die Eigenverantwortungsübernahme der KlientInnen abzielt. Zudem sind etliche von ihnen genau deshalb in die Therapie gekommen: Weil sie ihre Lebens- oder Alltagsstruktur seit kurzem oder längerem verloren oder nie besessen haben. Auch hier können TherapeutInnen modellhaft Struktur vorleben und vermitteln. Sie werden daher nicht verblüfft sein, wenn ich auf diesen Teil Ihrer Frage lediglich antworten kann: Ich kenne keine strukturiertere Methode als die Integrative KVT. Sei es im Vorgehen der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik oder in dem in acht Phasen strukturierten Behandlungsplan, (wobei wiederum jede einzelne davon etliche Sub-Strukturen enthält,) sei es das Vorgehen in den einzelnen Therapiestunden, das strukturierte, prozesshafte Bearbeiten der diagnostizierten Probleme, der phasenhaft strukturierte Ablauf der verschiedenen Formen Sokratischer Gesprächsführung: Überall ist das Vorgehen für TherapeutInnen gleichermaßen wie für KlientInnen klar, nachvollziehbar und in der Zielsetzung durchschaubar gegliedert.

TI: Was hat die Psychotherapie als eigenständiger wissenschaftlicher Beruf erreicht? Auf welche Resultate sind Sie stolz?

HS: Das wesentlichste Resultat ist sicherlich, dass unsere Profession mittlerweile in weiten Teilen unserer Gesellschaft das obskure, quacksalberische und mystische Bild verloren hat, dass sie für viele z.B. noch vor 50 Jahren besaß. Dadurch ist heutzutage für die meisten Menschen eine Psychotherapie etwas Normales geworden. Sie hat den Anschein des Absonderlichen verloren.

In Deutschland hat dazu in großem Maße auch die berufsständische Anerkennung im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes beigetragen, die Gleichsetzung von ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen und die Anerkennung von psychotherapeutischen Leistungen als „normalen“ Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen.

Um auf den zweiten Teil Ihrer Frage zu antworten: auf gar nichts. Ich bemühe mich seit Jahrzehnten zunehmend erfolgreich, auf Emotionen wie Stolz und Scham zu verzichten, da sie m. E. beide auf unsinnigen pauschalen Selbstwertkonzepten beruhen. Was die oben beschriebenen Erfolge unserer Profession betrifft, ist dies ohnehin nicht meinem direkten Einsatz zu verdanken, da ich mich nicht über die Maßen berufspolitisch betätigt habe.

Was mein Wirken in der von mir favorisierten Methode der Integrativen KVT angeht, gibt es allerdings schon einige Resultate, mit denen ich ganz zufrieden bin. Hierzu gehören

- die sukzessive Reintegration (lebens-)philosophischer Inhalte wie metaphysische Fragen des Daseins, Selbstwertkonzepte, Lebenszielanalysen und -planungen, existentielle Fragen, konkrete Modelle zur Sokratischen Gesprächsführung,
- das Fortführen einer Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik und
- das Präzisieren des ABC-Modells durch ein dreistufiges Bewertungssystem, mit dessen Hilfe sich relativ einfach auch alte verinnerlichte, unbewusste Konzepte erarbeiten lassen.

TI: Sie kennen die fortschreitende Monopolisierung der Psychologie an schweizerischen und deutschen Universitäten durch VertreterInnen der Verhaltenspsychologie und VT. Welche Gefahren und Chancen sehen Sie für die Psychotherapie?

HS: Es wäre unehrlich zu verhehlen, dass mir diese Entwicklung durchaus zusagt. Von Monopolisierung zu sprechen, halte ich allerdings für unzutreffend insofern, als das, was heute alles unter der Flagge „VT“ firmiert, alles andere als homogene Psychotherapieansätze sind. Hierzu zählen z. B. auch neuere Ansätze wie das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), die Metakognitive Therapie, die Akzeptanz & Commitment-Therapy (ACT), die Schematherapie und Zen-buddhistisch geprägte Verfahren wie die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT) oder die Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR). All diese Ansätze können – wenn man denn möchte – durch Integration mancher Techniken und Konzepte zu einer Bereicherung für das eigene Therapiemodell führen, soweit dies widerspruchsfrei möglich ist.

Allerdings verstehe ich schon, wenn tiefenpsychologisch oder psychoanalytisch ausgerichtete KollegInnen den Einflussverlust bedauern, den ihre Methoden in den letzten Jahrzehnten an vielen Universitäten erleiden. Als ich begann, psychotherapeutisch zu arbeiten, waren viele Posten an Universitäten, Kliniken, Beratungsstellen und Reha-Zentren psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch ausgerichtet und als Verhaltenstherapeut hatte man es schwer, dort Fuß zu fassen. So einseitig wie damals sehe ich die Situation noch lange nicht. Andererseits bieten sich die Therapietheorien der neuen Ansätze für eine empirische Überprüfbarkeit an – wie wichtig auch immer man diese Ergebnisse nehmen möchte. Diese Überprüfbarkeit von Therapieerfolg, Effizienz und Persistenz der Ergebnisse werden gerade bei rapide zunehmender Klientenzahl und damit steigendem Kostendruck bei den Krankenkassen immer relevanter. Die tiefenpsychologisch und psychoanalytisch ausgerichteten Schulen haben dies erst spät akzeptiert und begannen sehr zögerlich, sich dieser Überprüfung und der Effizienzkontrolle zu stellen.

Die Gefahr sehe ich nicht so sehr von einer zurzeit VT-freundlichen Ausbildungssituation an den Universitäten ausgehen. Psychotherapie unterliegt einer dynamischen Entwicklung und wir werden sehen, wie sich das Bild in der nächsten Generation darstellt. Die Kosten-Nutzen Relation wird dabei sicherlich eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Man kann dieses Prinzip allerdings auch überreizen oder gar völlig auf den Kopf stellen. Beunruhigend finde ich in dieser Hinsicht die Effizienzversprechen mancher Betreiber von MVZs, die mit bestimmten Krankenkassen Vereinbarungen aushandeln, in denen sie z. B. zusagen, Depressionen in 15 Sitzungen erfolgreich zu behandeln. Auch in manchen Reha-Zentren und psychosomatischen Kliniken führt die Effizienzforderung mancher Kostenträger zu unhaltbaren Zusagen seitens der Leistungserbringer. Die Behandlungsqualität und die Persistenz des Therapieerfolgs kommen dabei zunehmend zweitrangige Bedeutung zu.

TI: Ihr Ansatz einer Integrativen Kognitiven VT, den Sie im Institut für Integrative Verhaltenstherapie in Hamburg lehren und in ihren vielen Büchern publizieren, basiert auf der ABC-Technik, welche verdeckte, erlernte verhaltensbestimmende Schemata, Glaubenskonzepte und Bewertungssysteme aufzuzeigen und zu verändern verspricht. Wie schätzen Sie die Zukunft Ihres methodischen Konzeptes ein?

HS: Das modifizierte ABC-Modell, mit dem heute in der Integrativen KVT gearbeitet wird, ist sicherlich eines der zentralen Module im therapietheoretischen Konzept, das letztendlich in der Aussage besteht, dass die individuelle Sicht eines Menschen bestimmt, wie er in bestimmten Situationen emotional, physiologisch und verhaltensmäßig reagiert. Und diese individuelle Sicht der Realität wird u. a. bestimmt durch die jeweils erlernten metaphysischen Konzepte, Moralvorstellungen und Ziele, die bisherige Lebenserfahrung und die Art der Modelle, den persönlichen Geschmack und die aktuellen Interessen.

Wenn man die Qualität eines Modells daran misst, wie gut es in der Lage ist, tatsächlich ablaufende Prozesse zu simulieren oder zu beschreiben, hat dieses Modell, das in seiner Bedeutung bereits von den Vertretern der Stoa vor über 2000 Jahren postuliert wurde, bis heute nichts an seiner Aussagekraft und

Qualität eingebüßt. Mir ist daher auch um die Zukunft dieses Modells nicht bange, egal, ob es nach Albert Ellis weiterhin ABC-Modell oder anders genannt wird: Es ist hervorragend dazu geeignet, verschiedene wichtige therapeutische Schritte zu unterstützen:

- Es kann implizit im Erstgespräch und in der Diagnosephase angewandt werden, um die Konzepte der Klienten herauszuarbeiten, die für die beklagten psychischen Probleme ursächlich sind.
- Es dient dazu, die Klienten selbst zu befähigen, den Ursachen in Form verinnerlichter Konzepte auf die Schliche zu kommen, die für die eigenen emotionalen Turbulenzen verantwortlich sind.
- Die herausgearbeiteten Konzepte lassen sich damit auf Realitätsbezug, Logik, Moral- und Zielverträglichkeit und auf die Qualität der hedonistischen Orientierung prüfen.
- Es dient dazu, neue Alternativkonzepte aufzustellen und auf Funktionalität zu prüfen.

Das ABC-Modell wird heute sehr viel differenzierter angewendet als vor 60 Jahren und ich bin sicher, das ist noch lange nicht das Ende seiner Entwicklung.

TI: Wir wissen von Lamberts et al. Metastudie, dass 30% des Wirkungsfaktors die psycho-therapeutische Beziehung und nur 15% die angewandte Methode ist. 40% des Wirkfaktors ist eigentlich der gelebte Lebenskontext, die Bildung, die soziale Vernetzung, die Arbeitsstruktur und die Überlebensmotivation der Klienten. Wie sehen Sie hier die Erfolgchancen ihrer Methode?

HS: Ich habe mich zu viele Jahre mit Statistik und multivariaten Verfahren beschäftigt, um heute noch besonders methodengläubig zu sein und um Interpretiertes mit Wissen gleichzusetzen. Aber ich glaube auch, dass die therapeutische Beziehung von elementarer Bedeutung für den Therapieerfolg ist. In erster Linie sehe ich hier die beiden Variablen Kompetenzzuschreibung und Glaubwürdigkeit. Bekommt der Therapeut eines von beidem von seinem Klienten nicht, sehe ich keine Chance für einen Therapieerfolg, mit welcher Methode auch immer.

Die Wirkfaktoren einer therapeutischen Methode sind meines Erachtens in erster Linie durch folgende Punkte gekennzeichnet:

- Verständlichkeit der Begründung für das Entstehen des vorliegenden Problems,
- Verständlichkeit des Veränderungsansatzes und des geplanten Vorgehens,
- Anleitung zur Eigenverantwortungsübernahme des Patienten für den notwendigen Lernprozess,
- missionarische Abstinenz und sokratische Haltung des Therapeuten,
- Strukturiertes, nachvollziehbar begründetes Vorgehen des Therapeuten,
- Anleitung des Klienten zur Selbstreflexion, Selbsthilfe und Selbstbestimmung und
- kongruentes Modellverhalten des Therapeuten.

Doch selbst wenn all dies gewährleistet ist: Kompetenzzuschreibung und Glaubwürdigkeit des Therapeuten und wenn alle Wirkfaktoren verwirklicht sind, so garantiert dies noch lange keinen Therapieerfolg, denn auch der Klient muss dazu einiges beitragen und wichtige Therapieprämissen erfüllen, als da sind: Problemeinsicht, Veränderungsmotivation, Reflexionsfähigkeit und reflexive Persönlichkeit sowie Ziele. Ist auch nur eine dieser Prämissen nicht vorhanden und lässt sie sich auch nicht durch einen vorgeschalteten Prozess erarbeiten, ist die Therapieaufnahme wegen negativer Prognose nicht angezeigt. Hierzu gehören nicht nur die Klienten, die ausschließlich nach hinten schauen und Erklärungen und Schuldige für ihren heutigen Zustand suchen wollen, sondern auch die, die eine äußerst geringe Frustrationstoleranz besitzen, die auf Gerechtigkeit pochen und darauf warten, dass sie eintritt, die sich vom Therapeuten ins Ziel tragen lassen möchten oder die, die sich aus unterschiedlichen Gründen weigern, Eigenverantwortung zu übernehmen oder Ziele zu formulieren.

Natürlich hat auch der soziale Bezugsrahmen einen mehr oder weniger hilfreichen oder behindernden Einfluss auf den Therapieerfolg – und das besonders ausgeprägt, aber lange nicht ausschließlich, in der Therapie von Kindern und Jugendlichen.

Bei der Prognose der Erfolgchancen bin ich im Hinblick auf die Integrative KVT nicht besorgt. Bereits in der Ausbildung wird großes Gewicht darauf gelegt, die Grundlagen zu erarbeiten, die für die Kompetenzzuschreibung der Klienten und die Glaubwürdigkeit des Therapeuten essentiell sind. Hierzu gehören neben profundem Wissen um psychische Störungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten, Lebenserfahrung und Menschenkenntnis, ein reflektiertes Wahrheitskonzept und eine eigene stabile, psychisch gesunde Persönlichkeit. Zu Letzterem soll auch der hohe Anteil an Selbsterfahrung und Selbstreflexion beitragen, der in unsere Ausbildungsgänge integriert ist.

Die Erfolgchancen für die Integrative KVT wurden zum großen Teil bereits verwirklicht und ich sehe sie

weiterhin sehr positiv. Nicht von ungefähr ist die KVT heute das am meisten beforschte und nachweislich effektivste psychotherapeutische Verfahren – wenn man den vielen positiven Therapieerfolgs- und -vergleichsstudien und Metaanalysen Glauben schenken will. Da es relativ zügig auf den Punkt kommt, sehr strukturiert und für den Klienten durchschaubar verläuft und für den Therapieerfolg relativ wenig Therapiekontakte benötigt, wird es heute zunehmend in Kliniken und Reha-Zentren genutzt. Auch künftig wird der zunehmende Kostendruck auf die Versicherungsträger m. E. dazu beitragen, dass dieses effektive Therapieverfahren, dass bei darin geschulten Therapeuten in den meisten Fällen mit einer Kurzzeitbehandlung das Therapieziel dauerhaft erreichen kann, immer mehr Anhänger findet.

TI: Als Integrativer Kognitiver Verhaltenstherapeut beschäftigen Sie sich mit dem Verhältnis von Psychotherapie und Neurowissenschaften. Sie haben im Sommer 2013 ein Buch zur praktischen Anwendung der „KVT in der Neuropsychologie“ zusammen mit ihrer Kollegin Angela Luppen veröffentlicht. Was bietet die Neuropsychologie der Psychotherapie?

HS: Der Anstoß dazu, die Möglichkeiten der KVT auch bei neurologisch erkrankten Menschen einzusetzen, ist in erster Linie auf Frau Luppen zurückzuführen, die in der Arbeit mit dieser Klientel weitaus mehr Erfahrung einbringt als ich. Lange Zeit galt der Einsatz kognitiver Therapieverfahren bei neurologischen Erkrankungen als kontraindiziert. Inzwischen steht der Nutzen der KVT-Interventionen auch bei dieser Klientel außer Frage, dies auch dank der jahrelangen Bemühungen von Frau Luppen und ihrer Kolleginnen. Ich habe dazu lediglich mein KVT-Konzept beigesteuert.

Die Neuropsychologie liefert der Psychotherapie wesentliche Erkenntnisse über Lern- und Bahnungsprozesse und -möglichkeiten. Das ist nicht nur für Kognitive Therapeuten hoch relevant. Geht es doch bei jeder Form von Psychotherapie darum, Fehlendes nach- oder Ungünstiges umzulernen. Häufig sind Therapien allein deswegen nicht langfristig erfolgreich, weil versäumt wurde, die neu erarbeiteten Erkenntnisse auch erfolgreich zu bahnen. Dieser Bahnungsprozess ist für einen dauerhaften Therapieerfolg enorm wichtig. In der Integrativen KVT dient dazu die letzte Phase (8) im Therapieprozess. Hier geht es darum, das neue Wissen auch glauben zu lernen, es so zu verinnerlichen, dass es gegen die zuvor gelernten, häufig bereits unbewusst ablaufenden Denkprozesse und -schemata eine Chance hat zu bestehen. Erfolgreiche Bahnung erreicht man durch üben, üben und üben. Das ist sehr arbeitsaufwändig und für die meisten Klienten entsprechend lästig. Manche Therapeuten verzichten leider aus unterschiedlichen Gründen darauf, im langfristigen Sinne ihrer Klienten auf diesem letzten, therapieentscheidenden Schritt zu insistieren.

TI: Zum Schluss: Was tun Sie in Ihrer Freizeit zum Ausgleich und zur Aufrechterhaltung ihrer seelischen Gesundheit?

HS: Hier gilt immer noch das gleiche, wie schon eingangs auf die Frage nach der Motivation, Psychologie zu studieren, beantwortet: Ich interessiere mich für Menschen, deren Eigenheiten, Lebensgewohnheiten und -philosophien, reise immer noch gern, wenn auch nicht mehr so häufig wie früher. Die fünf „dunklen“ Monate des Jahres verbringen meine Frau und ich in unserer zweiten Heimat, auf Samoa. Die dortige Lebensweise hilft enorm beim „Entschleunigen“ und lässt genügend Zeit, um zu reflektieren und um neue Ideen aufzuschreiben. Der Rest geht für Alltägliches drauf, für Gartenarbeit, Golfen, Angeln und Sport.

Autor

Harlich H. Stavemann, Jg. 1950, ist Diplom-Psychologe und Diplom-Kaufmann und seit über 35 Jahren als in Hamburg niedergelassener Psychotherapeut praktisch tätig. Dabei verfügt er über Ausbildungen in Verhaltenstherapie, Kognitiver Verhaltenstherapie, Sozialtherapie, Gesprächspsychotherapie und Rational-Emotiver Therapie. Seit 1984 ist er Fortbildungsleiter, Lehrtherapeut und Supervisor für verschiedene, auch staatlich anerkannte verhaltenstherapeutische Ausbildungsinstitute. Er ist associate member of the Institute for Rational Therapy und leitet das Institut für Integrative Verhaltenstherapie (IVT) in Hamburg. Bekannt ist er vielen durch seine Lehrbücher zur Kognitiven Verhaltenstherapie.

Aktuelle Beiträge & Bücher

- (2007). Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- (2008). Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung in Therapie und Beratung. Weinheim: Beltz.
- (2010). Im Gefühlsdschungel - Emotionale Krisen verstehen und bewältigen (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- (2011). ...und ständig tickt die Selbstwertbombe. Selbstwertprobleme erkennen und lösen. Weinheim: Beltz.
- (2011). Sokratische Gesprächsführung. In: Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). Verhaltenstherapiemanual (7. Aufl.). Berlin: Springer.
- (2011). Mit A. A. Schlarb: Einführung in die KVT mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz.

- (2012). (Hrsg.). KVT update. Neue Entwicklungen und Behandlungsansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.
- (2012). Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik: Diagnose – Problemanalyse – Behandlungsplanung. In: Stavemann, H.H. (Hrsg.). KVT update. Neue Entwicklungen und Behandlungsansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.
- (2013). Frustkiller und Schweinehundbesieger: geringe Frustrationstoleranz und Aufschieberitis loswerden. Weinheim: Beltz.
- (2013). Psychotherapeutische sokratische Gesprächsführung. In: Senf, W.; Broda, M.; Wilms, B. (Hrsg.). Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium. Stuttgart: Thieme.
- (2013). Mit A. Luppen: KVT in der Neuropsychologie. Weinheim: Beltz
- (2014). Konzept der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP) In: Stavemann, H.H. & Hülsner, Y. (2014): Der Blick hinter das Symptom: Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik und abgeleitete Behandlungspläne. Weinheim: Beltz.
- (2014). Integrative KVT. Die Therapie emotionaler Turbulenzen (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- (2014). Mit V. Stavemann: Kognitive Diagnostik im Coaching, in: Möller, H. & Kotte, S.(Hrsg.): Diagnostik im Coaching: Grundlagen, Analyseebenen, Praxisbeispiele. Heidelberg: Springer.
- (2014). (Hrsg.). KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Integrative KVT (3.Aufl.). Weinheim: Beltz.
- (2014). Mit A. Luppen: Und plötzlich aus der Spur ... Mit neurologischen Erkrankungen psychisch gesund umgehen. Ein Ratgeber für Betroffene und deren Angehörige. Weinheim: Beltz.

Bericht

Peter Müller-Locher

Qualitätssicherung in der Psychotherapieweiterbildung: Ergebnisse der periodischen Überprüfung der Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie

Zusammenfassung: Die Schweizer Charta für Psychotherapie betreibt seit Jahren die Förderung hoher qualitativer Standards in der Psychotherapieweiterbildung, der Berufs- und Weiterbildungsethik und der Wissenschaftlichkeit. Als Qualitätssicherungsmassnahme überprüft die Kommission für Qualitätssicherung alle Mitglieder auf die Einhaltung der Normen und die Umsetzung der laufenden Beschlüsse der Mitgliederversammlungen. Im Beitrag wird das Überprüfungsverfahren geschildert, die Resultate werden mit den Ergebnissen der beiden ersten Überprüfungsrounden vor sechs und zwölf Jahren verglichen, und es wird gezeigt, dass die Charta-Institutionen in aller Regel auch einhalten, was sie versprochen haben. Diese Verlässlichkeit machte sie auch zu einem wichtigen Partner in der Gesetzgebung der Kantone und des Bundes. Das geschilderte Verfahren, welches seine Stärke in der direkten Kommunikation der Prüfenden mit den Institutionsvertreter(inne)n hat, wird nach wie vor gut aufgenommen und ist geeignet, Impulse zu setzen zur weiteren Verbesserung der Qualität. In der Folge konnte mit den Weiterbildungsinstitutionen auch ein Rahmenkonzept von Qualitätselementen entwickelt werden, das für die ordentliche, eidgenössische Akkreditierung von Psychotherapieweiterbildungsgängen die Qualitätsstandards der Charta und die Qualitätsstandards des Bundes vereint: Ein weiteres Ergebnis der praktizierten Kommunikationskultur.

Schlüsselwörter: Charta; Qualitätssicherung; Qualitätsentwicklung; Psychotherapieweiterbildung; Ethik; Wissenschaft.

Summary: Quality assurance in advanced education in psychotherapy: Results of periodic examination of the members of the Swiss Charter for Psychotherapy

The Swiss Charta for Psychotherapy has over the course of many years pursued the advancement of high qualitative standards for further education in the field of psychotherapy, of ethics in professional and continuing education and scientific viability. As a method for ensuring quality, the Commission reviews the quality assurance of all members in terms their maintenance of norms and implementation of the ongoing decisions taken at the annual general meetings. Such a contribution is the comparative survey of the results described; these were compared to the findings of the first two reviews six and twelve years ago, and demonstrate that the Charta Institutions have generally observed all that they committed to. This reliability makes the Charta an important partner in the legislative process with the Cantons and the Federation. The method outlined whose strength lies in direct communication between the assessors and the representatives from the Institutions, is as before, well accepted and is suitable for setting impulses for further quality improvement. As a result the institutions providing advanced education in psychotherapy have developed a conceptual framework of quality elements, which are in line with those required for the proper Federal accreditation of psychotherapy-advanced education. A further outcome is the practice of a culture of communication.

Keywords: Charta; quality assurance; quality development; advanced education in psychotherapy, ethics; science.

Die Schweizer Charta für Psychotherapie ist ein Dachverband psychotherapeutischer Weiterbildungsinstitutionen, Fachverbände und Berufsorganisationen.

Sie legt hohe Standards für die Weiterbildung in Psychotherapie, die Grundlagen ihrer Wissenschaftlichkeit und Ethik in der Berufsausübung verbindlich fest.

Die Schweizer Charta für Psychotherapie dient der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Psychotherapie und bürgt für seriöse Psychotherapiemethoden. Nur evaluierte Institutionen und Verfahren erhalten die Mitgliedschaft. Sie werden periodisch auf die Einhaltung der Chartanormen überprüft.

Mit dieser einleitenden Selbstbeschreibung wirbt die Charta für ihr Ziel, die Psychotherapie als eigenständiges Wissensgebiet in ihrer Vielfalt und Interdisziplinarität zu bewahren und weiterzuentwickeln.

Nach Vorarbeiten von 1989 bis 1991 unterzeichneten im März 1993 in Zürich 27 Ausbildungsinstitutionen, Fach- und Berufsverbände die „Schweizer Charta für Psychotherapie“. Seit 1997 ist dieser Konsens über Inhalte, Ausbildung, Wissenschaft und Ethik im bestehenden breiten Feld unterschiedlicher Psychotherapiemethoden in der Rechtsform eines Vereins zu einer Dachorganisation geworden, welche auf kantonaler und eidgenössischer Ebene an der Erarbeitung und Einhaltung von Gesetzen und Verordnung beteiligt ist. Ab 2014 ist die Schweizer Charta für Psychotherapie wieder in die Assoziation der Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) integriert; dem Berufsverband, aus dem heraus sie auch entwickelt worden ist.

Zur Durchführung, Weiterentwicklung und Sicherung der Standards hat die Organisation in ihren Strukturen auch einen Gewährleistungsausschuss (heute: Kommission für Qualitätssicherung/KQS) gebildet, welcher in den

Jahren 1998 bis 2001 in einer ersten Runde überprüfte, ob die Mitglieder auch umsetzten, wozu sie sich mit der Mitgliedschaft in der Charta verpflichtet hatten. Der Ergebnisbericht dieser ersten Überprüfung ist im *Psychotherapie Forum 10/3* (Schulthess 2002) veröffentlicht worden.

In den Jahren 2003 bis 2007 folgte eine zweite Überprüfungsrunde mit dem Ergebnisbericht im *Psychotherapie Forum 16/1* (Müller-Locher 2008). Nun legen wir der Fachöffentlichkeit den Ergebnisbericht der dritten Überprüfung vor, welche in den Jahren 2009 bis 2013 durchgeführt worden ist.

1. Überprüfung der Weiterbildungsinstitutionen

1.1 Einführung

1.1.1 Grundlagen und Ziele der Überprüfung

Die Grundlagen und Ziele der Qualitätsüberprüfung haben sich im Laufe der drei Überprüfungsrunden erweitert. Die *erste Überprüfung* in den Jahren 1998 – 2001 mit dem Ergebnisbericht 2002 (Schulthess 2002) hatte ausschliesslich zu gewährleisten, dass der Charta-Vertrag und die seither erfolgten Beschlüsse von den Chartaunterzeichnern umgesetzt und eingehalten werden.

Der Charta-Vertrag verlangt für eine Aufnahme insbesondere die Überprüfung des Curriculums der Psychotherapieweiterbildung (Zulassungsqualifikation der Studierenden, Selbsterfahrung, Theorie und Supervision während der Weiterbildungspraxis), die Überprüfung der Lehrpersonen (Lehrbeauftragte für Selbsterfahrung und Supervision sowie der Theoriedozent/innen), das Graduierungsverfahren für Lehrpersonen als auch den wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit der Methode.

Der Nachweis der Wissenschaftlichkeit einer Methode wurde seit der Unterzeichnung des Charta-Vertrags umfassend überarbeitet, der allgemeine und bei der Chartagründung gegenseitig ausgesprochen Wissenschaftlichkeits-Vorbehalt aufgehoben (Schlegel 2002a, Buchmann, Schlegel 2002, Schlegel 2002b) und die Standesregeln der Charta-Institutionen bezüglich des Beschwerdeverfahrens überarbeitet.

Während der *zweiten Überprüfungsrunde* in den Jahren 2003 – 2007 mit dem Schlussbericht 2008 (Müller-Locher 2008) sind auf kantonaler Ebene Gesetze und Verordnungen zur Regelung der Psychotherapieausbildung beschlossen worden. Auf eidgenössischer Ebene zeichnete sich das die Psychotherapie regelnde Psychologieberufegesetz ab, das in der Folge die bundesweite Anerkennung von Psychotherapieweiterbildungsgängen voranbringen würde. Da die Charta an der Erarbeitung von Gesetzen und Verordnungen beteiligt war und ist, gehört es auch zu ihren politischen Pflichten im Rahmen eines umschriebenen Auftrags die Einhaltung dieser Gesetze und Verordnungen zu gewährleisten und die Entwicklung einer Bundesregelung zu antizipieren.

Die *dritte Überprüfungsrunde* der Charta-Weiterbildungsinstitutionen in den Jahren 2009 – 2013 musste sich an den sich abzeichnenden Qualitätsstandards des Bundes für die Psychotherapieweiterbildungsgänge messen, welche ab 2014 die Qualitätssicherung der Charta erheblich verändern und erweitern werden.

Somit sind folgende Veränderungen der Grundlagen und der Ziele der Qualitätsüberprüfung der Chartaweiterbildungsinstitutionen durch die Kommission für Qualitätssicherung (KQS) festzuhalten:

- Eine charta-interne Grundlage und ein *selbstgesetztes* Ziel der Überprüfung prägten die erste periodische Überprüfung.
- Eine charta-externe (kantonale) Grundlage und ein *öffentlich-rechtlich gesetztes* Ziel ergänzten die zweite periodische Überprüfung.
- Eine bevorstehende *gesamtschweizerische* Grundlage für die Psychotherapie-Weiterbildung und das Ziel einer eidgenössischen *ordentlichen Akkreditierung* der von der Charta angemeldeten Weiterbildungsgänge prägten den Kontext der dritten periodischen Überprüfung der Strukturqualität der Charta-Weiterbildungsinstitutionen.

Dieser Erweiterung von Grundlagen und Zielen der Qualitätsüberprüfung trug die Charta Rechnung. Das Reglement der KQS wurde entsprechend mehrmals angepasst. Die kantonale und nun auch eidgenössische Gewährleistungspflicht nicht nur von Strukturqualitätselementen, sondern auch von Prozess- und Ergebnisqualitätsdokumentationen der Psychotherapie-Weiterbildungsgänge führte 2007 zu einem ersten Entwurf eines umfassenden Qualitätskonzeptes der Charta als Rahmen für die einzelnen Weiterbildungsinstitutionen. Durch kontinuierliche Erprobung einzelner Elemente in der Charta-Gemeinschaft stiegen das Know-how und die Akzeptanz im Hinblick auf die bevorstehende Qualitätsüberprüfung (Akkreditierung) der Psychotherapie-Weiterbildungsgänge durch den Bund. Eine umfassende Überarbeitung der

periodischen Qualitätsüberprüfung der Chartaweiterbildungsgänge und ihrer Träger durch die KQS wird das Resultat der fixierten Qualitätsstandards des Bundes für die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge in Psychotherapie sein.

1.1.2 Prüfungsverfahren

An der Mitgliederversammlung im September 2006 wurde der Bericht zur zweiten Überprüfungsrunde der Weiterbildungsinstitutionen diskutiert, und die Ergebnisse der Diskussion und die vorgeschlagenen Massnahmen der KQS wurden an der Mitgliederversammlung im Januar 2007 beraten und, wo eine Mehrheitsfähigkeit erreicht wurde, auch umgesetzt. An der Mitgliederversammlung im September 2008 wurde die zweite Überprüfungsrunde intern evaluiert und schlüssige Veränderungen wurden in den bestehenden Überprüfungsfragebogen aufgenommen. An der Versammlung vom September 2009 wurde schliesslich eine Auswahl von Fragen für die dritte Überprüfungsrunde beschlossen.

1.1.3 Überprüfte Weiterbildungsinstitutionen(WBI)

Die eidgenössische Akkreditierung von Psychotherapie-Weiterbildungsgängen bringt auch begriffliche Präzisierungen mit sich. Akkreditiert werden ausschliesslich *Weiterbildungsgänge* (WBG) in Psychotherapie und keine Institutionen. Da jedoch jeder Weiterbildungsgang eine Trägerorganisation braucht, spricht das Psychologieberufegesetz von *Weiterbildungsträgern* entsprechender Weiterbildungsgänge. Die Charta überprüft in ihren periodischen Überprüfungsrounden ebenfalls ausschliesslich die anerkannten chartakonformen Psychotherapieweiterbildungsgänge. Mit ihnen sind jedoch die Weiterbildungsträger als Anbieter der Curricula mit der Bezeichnung Weiterbildungsinstitution Chartamitglieder.

In der Reihenfolge der Chartaanerkennung wurden folgende Institutionen bezüglich ihrer Weiterbildungsgänge überprüft:

PSZ:	Psychoanalytisches Seminar Zürich
CGJI:	C.G.Jung-Institut
Szondi/SGST:	Stiftung Szondi-Institut/Schweizerische Gesellschaft für Schicksalanalytische Therapie
SGIPA/AAI:	Schweizerische Gesellschaft für Individualpsychologie/Alfred Adler Institut
IFP:	Institut für Psychoanalyse
EAG/FPI:	Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit / Fritz Perls Institut
SGTA:	Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse
ISIS:	Institut für kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie
IGW:	Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg
DaS:	Daseinsanalytisches Seminar
IIBS:	Internationales Institut für Biosynthese
GFK:	Ausbildungsinstitut für Klientenzentrierte Gesprächs- und Körpertherapie
IKP:	Institut für Körperzentrierte Psychotherapie
SGBAT:	Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie
IBP:	Institut für Integrative Körperpsychotherapie
EFAPO:	Ecole Française d'Analyse Psycho-Organique (EFAPO)
ILE:	Institut für Logotherapie und Existenzanalyse
GES:	Gesellschaft Existenzanalyse Schweiz
ISAP:	Internationale Seminar in Analytischer Psychologie
IPA:	Institut für Prozessarbeit

Austritte: Drei Weiterbildungsanbieter sind seit der letzten Überprüfungsrunde aus der Charta ausgetreten:

- die Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung (SGGT),
- das Institut Internationale de Psychoanalyse et Psychothérapie Charles Baudouin (IIBP) und
- das Schweizerische Institut für körperorientierte Psychotherapie (SIKOP), welches noch von seinen Mentoren im Rahmen der ausserordentlichen Mitgliedschaft überprüft worden ist.

Neue Mitglieder: Fünf Weiterbildungsinstitutionen konnten auf Grund ihrer erreichten ordentlichen Mitgliedschaft in die 3. Überprüfungsrunde der KQS aufgenommen werden:

- L' Ecole Française d'Analyse Psycho-Organique (EFAPO),
- das Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE),
- die Gesellschaft Existenzanalyse Schweiz (GES),

- das Internationale Seminar in Analytischer Psychologie (ISAP) und
- das Institut für Prozessarbeit (IPA), an welches die Weiterbildungstätigkeit der Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie (FG POP) delegiert worden ist.

Neuaufnahmen während der 3. Überprüfungsrunde:

- La Formation à la Psychothérapiepoïétique (L'ATELIER),
- das Berufsbegleitende Aufbaustudium Musikpsychotherapie (bam) mit dem neuen Namen Musikpsychotherapie (MPT),
- das Institut Ouvertures, Développement, Formation (ODEF) sowie
- das Istituto di Ricerche di Gruppo (IRG)

Diese Weiterbildungsinstitutionen wurden erst im Verlauf der Überprüfungsrunde ordentliche Mitglieder und wurden dadurch von den Mentor/innen auf die generelle Einhaltung der Chartanormen überprüft.

Weitere Mutationen: Der Psychodrama Verband Helvetia (PDH) hat seine eigene Weiterbildungsintention aufgegeben und gehört neu mit seiner Psychotherapeutensektion als Fachverband zur Charta.

Das Institut für Atem- und Körperpsychotherapie, Freiburg-Thalwil (IAKPT) steht als ausserordentliches Weiterbildungsmitglied noch unter Mentorenschaft.

Die Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGAP), welche in der letzten Überprüfungsrunde noch als Weiterbildungsinstitution figurierte, wurde in der Runde mit den Berufs- und Fachverbänden überprüft.

Somit beinhaltet der Ergebnisbericht die Resultate von 24 Weiterbildungsträgern bezüglich ihrer chartaanerkannten Weiterbildungsgänge. Dies sind sechs mehr gegenüber der ersten und auch zweiten Runde.

1.2 Ergebnisse

1.2.1 Allgemeiner Eindruck

Die dritte Überprüfungsrunde der Weiterbildungsinstitutionen (WBI) hat erneut gezeigt, dass das anspruchsvolle Charta-Weiterbildungsniveau im allgemeinen gehalten und auch laufend weiterentwickelt wird.

- Die Institutionen sind in der Regel gut und fundiert dokumentiert, die meisten in ihrer grossen Unterschiedlichkeit auch gut organisiert.
- Die zeitgerechte Einreichung vollständiger Unterlagen machte teilweise Mühe.
- Die Gespräche mit den Institutsvertreter/innen waren offen und konstruktiv.
- Vereinzelt Misstrauen, wie dies noch in der ersten Überprüfungsrunde festgestellt worden war, scheint sich weitgehend verflüchtigt zu haben.
- Die Aussensicht der Kommissionsdelegation auf die bestehenden Organisationsstrukturen wurde vielmehr mit Interesse aufgenommen.
- Für die bevorstehende eidgenössische Akkreditierung und die entsprechende Investition in die eigene Organisiertheit hofft man auf die Unterstützung der Charta.
- Die Schlussprotokolle konnten in allen Fällen trotz ganz wenigen Differenzen konfliktfrei verabschiedet werden.

1.2.2 Detaillierte Auswertung

Im einzelnen sollen nun teilweise tabellarisch die aufgeworfenen Fragen über alle Institute dargestellt werden und anschliessend zu den verschiedenen Fragenkomplexen Schlussfolgerungen und Hypothesen formuliert werden.

A Statuten und Reglemente

Institution	Läuft aktuell ein Weiterbildungsgang?	Rechtsform der Institution?	Ort der Verankerung der Chartamitgliedschaft	Bestimmung der Zulassung zur Weiterbildung
CGJI	Ja	Stiftung	Regulativ	Regulativ
DaS	Ja	Verein	Statuten	Ausbildungsrichtlinien
EAG/FPI*	Ja	GmbH	Jahresprogramm	Curriculum
EFAPO*	Ja	Frz. GmbH		
GFK	Ja	Verein	Ausbildungsprogramm	Ausbildungsprogramm
IBP	Ja	Verein	Curriculum	Reglement
IfP	Ja	Stiftung	Regulativ	Regulativ

Institution	Läuft aktuell ein Weiterbildungsgang?	Rechtsform der Institution?	Ort der Verankerung der Chartamitgliedschaft	Bestimmung der Zulassung zur Weiterbildung
GSE	Ja	Verein	Statuten	Ausbildungsrichtlinien
IGW*	Ja	GmbH	Curriculum	Curriculum
IIBS	Ja	Einf. Ges. in Stiftung	Vereinbarung	Vereinbarung
IKP	Ja	GmbH	Richtlinien	Broschüre
ILE	Ja	Verein	Statuten	Ausbildungsprogramm
IPA	Ja	Verein	Statuten	Studienhandbuch
IRG	Ja	Verein	fehlt	Ausbildungsreglement
ISAP	Ja	Verein	Regulativ	Regulativ
ISIS	Ja	Stiftung	Ausbildungsreglement	Ausbildungsreglement
L'ATELIER	Ja	Einzelfirma	Curriculum	Curriculum
MPT	Ja	Zürcher Hochschule der Künste	Bezeichnete Partnerschaft	Disposition zh Fachhochschulrat
ODeF	Ja	GmbH	Ausbildungsrichtlinien	Ausbildungsrichtlinien
PSZ	Ja	Verein	Semesterprogramm	Curriculum
SGBAT	Ja	Verein	Ausbildungsreglement	Ausbildungsreglement
SGIPA/AAI*		Verein	in Standesordnung	Curriculum
SGTA	Ja	Verein	Statuten	Reglement
Szondi/SGST	Ja	Stiftung/Verein	Studienreglement	Studienreglement

Tabelle 1

Aktueller WBG (1. Spalte): Wird von der Institution aktuell eine chartakonforme Weiterbildung geführt? Wenn nicht, wann hat die letzte Gruppe bzw. wann haben die letzten Studierenden ihre Weiterbildung abgeschlossen?

Gemäss Beschluss der Mitgliederversammlung nach der letzten Überprüfungsrunde erlischt die Chartamitgliedschaft, wenn während fünf Jahren keine Weiterbildung mehr zu Stande gekommen ist.

Die ausländischen Weiterbildungsinstitutionen* (EAG, EFAPO und IGW) führen in Deutschland resp. Frankreich zwar chartakonforme Psychotherapieweiterbildungen durch, sie müssen jedoch schon für die provisorische Akkreditierung durch den Bund eine selbstständige Weiterbildung mit Sitz in der Schweiz anbieten. Die EAG und das IGW haben diese Vorgabe zwischenzeitlich erfüllt.

Die Schweizerische Gesellschaft für Individualpsychologie* (SGIPA) führt nach der Schliessung des Adler-Instituts (AAI) die noch verbliebenen wenigen Studierenden zu deren Diplomierung.

Rechtsform (2. Spalte): Überwiegend zwei Rechtsformen: Vereine und Stiftungen. In Deutschland GmbH (EAG und IGW). Ausnahmen: IKP und ODeF sind ebenfalls GmbH.

Veränderungen gegenüber der zweiten Überprüfung: Das PSZ ist keine „Einfache Gesellschaft“ mehr, sondern ein Verein.

Statuarische Verankerung der Charta-Mitgliedschaft (3. Spalte): Bei Vereinen gehört die Charta-Mitgliedschaft in die Statuten. Vereine mit weiteren Bildungsangeboten scheuen dies offenbar. Das IRG muss die Chartamitgliedschaft noch festschreiben.

Zulassung resp. statuarische oder reglementarische Verankerung der geforderten Grundausbildung (4. Spalte): Diese liegt zwar bei allen Anbietern vor, teilweise aber wenig prominent. Der Verweis auf den Masterstudiengang UPP Krems, der als Lehrgang in psychotherapeutischer Psychologie für Nicht-Psychologen einen Zugang zu einer chartakonformen Weiterbildung in Psychotherapie sicherstellte, ist als chartaeigene Variante einer Grundausbildung lange nicht bei allen WBI vorgenommen worden.

Fazit und Hypothesen:

- Zahlreiche kleine Anbieter kämpfen um ihr Überleben.
- Mainstreammässige Kooperationen zwischen einzelnen WB-Anbietern bzw. auf einander abgestimmte Curriculaangebote könnten der Schrumpfung der Methodenvielfalt entgegenwirken.
- Die Rechtsform des Vereins betont die personale Unabhängigkeit der Institutionen, Stiftungen das Vermächtnis der Begründer.
- Eine Chartamitgliedschaft ist zwar für die Erlangung einer ordentlichen Akkreditierung keine Voraussetzung. Die angebotenen Dienste der Charta als verantwortliche Organisation zur Einreichung eines Akkreditierungsgesuches und die ausgewiesene Einhaltung der Qualitätsstandards der Charta könnten jedoch attraktiv sein und bleiben.

- Die Zulassungsbedingungen zur Weiterbildung müssen auch gemäss Qualitätsstandards des Bundes geregelt und publiziert werden.

B Weiterbildungscurriculum und Prüfungsreglement

Die verlangten Listen zur *Pflichtlektüre* weisen unterschiedlichen Umfang, methodische Tiefe und verfahrensübergreifende Breite auf. Teils liegen umfangreiche Bibliographien vor, teils wird die Literatur erst in den Seminaren empfohlen oder es werden persönliche Literaturlisten der Kandidaten von der Seminarleitung genehmigt.

Auch die *Curricula* weisen sehr unterschiedliche Ausgestaltungen auf. Das Spektrum reicht von übergeordneten Konzepten (z.B. PSZ) bis zu detaillierten Stoff- und Semesterprogrammen (z.B. IBP), von den zu erreichenden Zielen her gedachten Lehrangeboten (z.B. ISIS) bis zu der im Prinzip verlangten Theoriegliederung der Charta nach Metatheorie, Therapietheorie und Praxistheorie (z.B. MPT). Vereinzelt Korrekturen und Empfehlungen für übersichtlichere Gestaltung konnten gut vermittelt werden.

Spezielle Stoffangebote für die Weiterbildung von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/innen, die zu einer Zertifizierung oder einem Diplom in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie führen, werden nur vom CGJI und PSZ angeboten. Die entsprechenden Curricula wurden von der Kommission für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie der Charta (KKJP) auf die Einhaltung der Chartastandards überprüft und gutgeheissen. Das GFK, die MPT und das IRG haben Angebote für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/innen, ohne sie jedoch zu einem speziellen Abschluss ausgebaut zu haben.

An *Auflagen für die Ausbilder/innen in Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* verlangt das CGJI einen Abschluss derselben im entsprechenden K-Programm des Instituts. Dem PSZ genügt ein Verweis auf eine entsprechende Praxistätigkeit dieser Ausbilder/innen.

Zur Frage der *wissenschaftlichen Fundierung und Wirksamkeit der Methode bei Curricula für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* beruft sich das CGJI auf die Wissenschaftskolloquien der Charta, an welchen sie auch ihr K-Programm begründet hatten. Das PSZ andererseits nennt Literatur und verweist auf getätigte Forschung.

Prüfungsreglement: Der Chartatext verlangt unter anderem als Kriterium für die Mitgliedschaft, dass die Weiterbildungsinstitutionen „die Absolventinnen und Absolventen ihrer Weiterbildung zu qualifizieren (haben), sowie deren Qualifikation beim Abschluss gemäss ihrem jeweiligen Curriculum zu überprüfen und zu bestätigen (haben).“ (C 1.1 c)

Alle WBI erfüllen diese Voraussetzung. Oft liegen eigentliche Prüfungsreglemente vor, oder es sind die entsprechenden Bedingungen im Curriculum enthalten. Das Spektrum der Qualifizierungsverfahren ist weit: Es reicht vom Standortgespräch und Abschlusskolloquium (PSZ) bis zum Prüfungshandbuch (SGTA) und zur Möglichkeit von rekursfähigen Entscheiden (IBP, MPT). Die ordentliche Akkreditierung der WBG durch den Bund wird diese Vielfalt, die im Rahmen der Charta gepflegt werden konnte, formal vereinheitlichen.

Fazit: Die Charta hat im übergeordneten Qualitätskonzept, das einen Rahmen für die institutionseigenen Qualitätskonzepte formuliert, den Standard Beurteilungssystem in der vom Bund geforderten Differenziertheit aufgenommen. Die Errichtung einer im Psychologieberufegesetz (PsyG) vorgeschriebenen unabhängigen und neutralen Beschwerdeinstanz für die Studierenden ist auf Charta-Ebene eingerichtet und beschlossen worden.

C Selbsterfahrung/Supervision

Gruppensupervision: Die Charta verlangt seit 2008 von den 250 Supervisionssitzungen nicht nur maximal 100 Sitzungen im Einzelsetting (à 50 Min.), sondern auch mindestens 100 Sitzungen im Gruppensetting (à 90 Min.). Die KQS fragte nach der institutionellen Umsetzung dieser Vorgabe. Mit Ausnahme des PSZ erfüllen alle WBI diese Anforderung. Sie haben sie entweder in ihre Curricula oder Diplomierungsbedingungen aufgenommen und verlangen den entsprechenden Nachweis vor dem Abschluss. Das PSZ stellt es seinen Studierenden frei, Gruppensupervisionen zu besuchen, will jedoch diese Chartavorgabe institutionell nicht umsetzen, sondern erwägt einen Antrag an der MV zur Streichung dieser Bestimmung im Chartatext.

Fazit: Mit den per 2014 in Kraft getretenen Qualitätsstandards des Bundes werden die quantitativen Vorgaben der Charta betreffend Selbsterfahrung und Supervision markant unterschritten. An der Mitgliederversammlung der Charta im Januar 2014 wurde es den Weiterbildungsträgern frei gestellt, den Umfang der Selbsterfahrung und der Supervision den Bundesvorgaben anzupassen. Damit sind auch die bisher gültigen Settings überholt.

D Weiterbildner/innen

Weiterbildner/innen: Der Chartastandard bezüglich der Lehrbeauftragten ist durchwegs erfüllt. Einzig das PSZ braucht wegen nicht deklarierbaren Abschlüssen früherer Semester die Toleranz der Charta.

Die Psychotherapeutenverordnung des Kantons Zürich von 2004 verlangte von den Charta, der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) und vom Schweizerischen Berufsverband Angewandter Psychologie (SBAP) die Gewährleistung, dass die Lehrtherapeut/innen und Supervisor/innen der einzelnen WBI dem kantonalen Standard entsprechen. Die KQS erhob darauf in einer separaten Umfrage die Qualifikation dieser Lehrbeauftragten. Die damals gesammelten Angaben machten es den meisten WBI leicht, ihre Listen zu aktualisieren.

Auch wurde chartaintern die Qualifikation der Lehrbeauftragten modifiziert. Psychotherapieabschlüsse von Lehrtherapeut/innen und Supervisor/innen nach den quantitativ tieferen Normen der FSP und der FMH werden durch die andern Bedingungen einer Chartaqualifizierung kompensiert.

Die Qualifizierung der Supervisor/innen und Selbsterfahrungstherapeut/innen gemäss PsyG ist gegenüber der Zürcher Verordnung von 2004 liberaler. Voraussetzung ist der Besitz eines eidgenössischen Weiterbildungstitels gemäss PsyG und eine fünfjährige Berufserfahrung. Das heisst, die ganz wenigen Lehrbeauftragten, die der Zürcher Verordnung damals nicht genügten, werden ab 2013 wieder als solche tätig werden können, wenn sie denn einen eidgenössischen Weiterbildungstitel gemäss PsyG erhalten.

E Wissenschaftliche Fundierung und Wirksamkeit

Kompatibilität bzw. Integralität von verschiedenen vermittelten Methoden: Keine einzige WBI gibt an, verschiedene Methoden zu vermitteln. Diese Ausrichtung der Weiterbildungsinstitutionen auf je eine einzige Methode zeigt, dass die Chartainstitutionen an den traditionellen Schulenkonzepthen mit ihren unterschiedlichen Verständnissen von Erkenntnistheorie, den unterschiedlichen Menschenbildern, sowie Leidens- und Therapieauffassungen für die Psychotherapieweiterbildung festhalten und nicht eklektisch unterrichten.

F Organisation der WBI

Institution	Studierende 1. Runde	Studierende 2. Runde	Studierende 3.Runde
CGJI	270 insgesamt	42(CH)	90 insgesamt
DaS	20	18	13
EAG/FPI	unklar	unklar	3 (CH)
EFAPO	-	Nicht erhoben	140
GFK	16	33	8
IBP	-	31	42
IFP	8	2	4
GSE	-	Nicht erhoben	3
IGW	39	28	41
IIBS	23	19	16
IKP	Ca. 20	6	7
ILE	-	Nicht erhoben	10
IPA	-	Nicht erhoben	4
IRG	-	-	11 nach FSP, 4 nach ASP
ISAP	-	-	20
ISIS	16	8	8
L'ATELIER	-	-	5
MPT	-	-	6
ODeF	-	-	4
PSZ	50	36	30
SGBAT	13	16	6
SGIPA/AAI	50	44	3
SGTA	26	31	21
Szondi/SGST	10	6	4

Tabelle 2: Anzahl Weiterbildungskandidat/innen (Psychotherapiestudierende nach Chartastandard)

Die Anzahl der Weiterbildungskandidaten wurde in allen drei Überprüfungsrounden erhoben. Ob die Angaben sich wirklich ausschliesslich auf die Studierenden der Psychotherapie, welche sich in der Schweiz niederlassen wollen, beziehen, darf bei der einen oder andern Angabe (insbesondere bei den hohen Zahlen des CGJI und des

SGIPA/AAI) in Frage gestellt werden. Schlüssig bleibt, dass mit Ausnahme des IBP und des IGW, welche eine aufsteigende Nachfrage verzeichnen, die meisten andern WBG einen deutlichen Nachfragerückgang registrieren mussten. Bei den neueren WBI kann noch keine Tendenz abgeleitet werden. Wenn wir die hohen Zahlen des CGJI und der SGIPA wegen deren angemerkten Erhebungsunklarheit beiseite lassen, zeigt sich immer noch, dass der Durchschnitt an Studierenden pro WGI sich von gut 20 auf ca. 12 verringert hat. Insbesondere die WBI mit weniger als 10 Studierenden werden in den nächsten Jahren um die Existenz ihrer Psychotherapieweiterbildung bangen müssen.

Fazit: Der multidisziplinäre Zugang zur Psychotherapieweiterbildung, das eine Anliegen der Charta, wurde im PsyG nicht aufgenommen. Der Staat hat die Türe eng gemacht. Die Bewahrung der Vielfalt an Psychotherapiemethoden, das andere prominente Anliegen der Charta, wird durch den Markt in Frage gestellt werden.

Abgrenzung unterschiedlicher Abschlüsse: Einige WBI, welche unterschiedliche Aus- und Weiterbildungsangebote führen, trennen nicht alle Lehrangebote voneinander. Dies wird von der Charta auch nicht verlangt, denn das gemeinsame Lernen von Studierenden mit unterschiedlichen Vorbildungen kann auch eine Bereicherung sein. Die Zertifikate müssen allerdings klar festhalten, welche Abschlüsse eine chartakonforme Psychotherapieweiterbildung bezeugen und welche nicht. Dieser Unterscheidung kommen alle erwähnten WBI nach.

Interessenvertretung der Studierenden: Die Aufnahme dieser Frage in den Fragebogen zur Strukturqualität geht zurück auf die Evaluierung der zweiten Überprüfungsrunde. Bei der Charta fehlt die Vorgabe einer institutionalisierten Interessenvertretung der Studierenden im WBG. Die Qualitätsstandards des Bundes für die ordentliche Akkreditierung der WBG verlangen jedoch, dass die Perspektiven der Weiterzubildenden im Qualitätssicherungssystem einbezogen werden müssen. Dazu werden auch systematische Befragungen der Weiterzubildenden gehören.

Die KQS hat diese Frage vorausschauend in den Fragebogen aufgenommen, um abzuklären, was die WBI in dieser Hinsicht bereits eingerichtet haben.

Institution	Institutionalisierte Interessenvertretung der Studierenden
CGJI	Studentenvertretung beim Curatorium und bei der Programmkommission 1x pro Semester, sowie Treffen des Curatoriums mit allen Studierenden
DaS	2 Kandidaten an der Jahresversammlung. An der Semesterabschlussitzung wird nach den Interessen der Kandidat/innen gefragt.
EAG/FPI	Jede Ausbildungsgruppe delegiert einen Sprecher in die Gruppensprecherversammlung. Jährliches Treffen mit der Vollversammlung der EAG
EFAPO	Chaquegroupe a unadministrateurquiereprésentesongroupe de formation.
GFK	Regelmässige Feedbackrunden und schriftliche Evaluation der Seminare und der ganzen Ausbildung. Zusätzlich Zugang zur Ethikkommission
IBP	Vertretung der Kandidaten im Vorstand, Evaluation der Lehrgänge mit Diskussion mit Q-Teamleitung mit Rückmeldung der Massnahmen
IffP	Informeller Austausch und jährlich schriftliche Evaluation der Seminare, plus jährliche Standortgespräche der Kandidaten mit Leitung
GSE	Direktes Angehen des Vorstandes oder der Generalversammlung
IGW	Je Gruppe ein Koordinator. Direkte Verbindung zu Organisation / Sekretariat. Jährliches Koordinatorentreffen.
IIBS	Durch Peergruppenorganisation und Peergruppenprotokolle plus Individualfeedback innerhalb der Seminare
IKP	Interessengemeinschaft IG IKP und Feedbacks i.S. interner Evaluation
ILE	Durch Rating Fragebogen der Kandidat/innen und zweijährliche Ratingkonferenz
IPA	Die Studierenden wählen ein eigenes Studienkomitee. 2 Treffen pro Jahr mit den Studierenden, auch zur Interessensvertretung, plus tel. Hotline
IRG	Durch Verband PsicologiaGenerativa= Plattform für Berufsinteressen
ISAP	2 Vertreter in Programmkommission und an Sitzungen der Seminarleitung. Pro Semester ein Treffen der Leitung mit Studierenden
ISIS	Als Stiftung keine offizielle Interessensvertretung der Studierenden, aber durch Seminarevaluation etabliert
L'ATELIER	Durch direkten Kontakt mit Leitung
MPT	Via Studentenvertreter an Studienleitung, durch Vollversammlung, pers. Studienbegleitung, Individualfeedback und interne Evaluation
ODeF	Durch Evaluation der Ausbildung und jährliches Gespräch mit Leitung

Institution	Institutionalisierte Interessenvertretung der Studierenden
PSZ	Peergruppentreffen und Forum, das Vorstösse an Teilnehmerversammlung und Seminarleitung bringen kann.
SGBAT	Durch Evaluation und Antragsrecht an Weiterbildungsausschuss und Anträge an GV
SGIPA/AAI	Erübrigt sich, da WB beendet.
SGTA	Die Studierenden sind ausserordentliche Mitglieder der Psychotherapiegruppe der SGTA
Szondi/SGST	Durch einen Sprecher oder in Sessionen

Tabelle 3

Anmerkung: Eine institutionalisierte Interessenswahrnehmung von Weiterzubildenden ist von Formen der internen Evaluation und auch von Individualfeedbacks streng zu unterscheiden.

G Ethik

Die Frage nach einem *Exemplar eines Weiterbildungsvertrages* wurde von fast allen WBI zufriedenstellend erfüllt. Gelegentlich konnte empfohlen werden, der Einfachheit halber die Einbindung eines/r Studierenden in die ethischen Richtlinien schon in den Weiterbildungsvertrag aufzunehmen.

Die Frage nach der *Abgrenzung der Weiterbildungsfunktion für Selbsterfahrung von derjenigen der Qualifizierung* stützt sich auf die Charta Standesregeln Art. 8: „Die Ausbilderfunktionen für Selbsterfahrung und Qualifizierung sind untereinander sowie gegenüber wirtschaftlichen Überlegungen sorgfältig abzugrenzen.“ Diese Bestimmung steht in einem Spannungsverhältnis zwischen einer Eignungsabklärung der Studierenden und der Schweigepflicht ihrer Selbsterfahrungstherapeut/innen. Das eine sorgfältig tun (Eignungsabklärung) und das andere bewahren (Schweigepflicht), bedeutet, wie das IBP vorschlägt, dass ein weiterer Reflexionsschritt bezüglich Eignungsklä rung in die Weiterbildung eingebaut wird, ohne die Schweigepflicht zu tangieren. In jedem Fall jedoch muss diese Trennung der Rollen dokumentiert sein. Eine bloss praktizierte Ausstandsregelung reicht nicht. Die detaillierten Befunde sind in Tabelle 4 in der Spalte Rollenunterscheidung aufgeführt.

Die Frage nach der *Organisation der eigenen Standeskommission* und die Frage nach der *Gewährleistung, dass alle psychotherapeutisch tätigen Angehörigen der eigenen WBI einer sanktionsbefugten Standeskommission unterstellt sind*, zeigen, dass in diesem Bereich Handlungsbedarf besteht. Zwar wurde nach der zweiten Überprüfungsrunde verlangt, dass mindestens alle Lehrtherapeut/innen und Supervisor/innen durch eine Mitgliedschaft in einem Berufsverband (ASP, FMH, FSP, SBAP) einer sanktionsbefugten Standeskommission unterstellt sind und durch ihren Lehrvertrag mit der WBI in die ethischen Richtlinien eingebunden werden. Aber diese Rückversicherung fehlt überall dort, wo Institutsangehörige bzw. Verbandsangehörige keine Berufsverbandsmitglieder sind. Unklar bleibt meist auch die Unterstellung der Studierenden als Therapeut/innen in Weiterbildung unter eine sanktionsbefugte Standeskommission. Ferner fehlen entweder aus Prinzip oder wegen Ressourcenmangel (personell, fachlich, finanziell) eigene Standeskommissionen, und es werden bloss Ombudsstellen angeboten. Mit der bevorstehenden Fusion von ASP und Charta könnte dieser schon lange bestehende Mangel behoben werden, indem alle Charta-WBI der Standeskommission des ASP unterstellt würden. Andernfalls müsste Art. 10 der Charta Standesregeln geändert werden. Heisst dieser doch: „Um die gesetzlichen und statutarischen Voraussetzungen der Selbstregulierung zu erfüllen, hat die Charta in ihrem Geltungsbereich die Einhaltung der Standesregeln zu gewährleisten. Zu diesem Zweck verpflichtet die Charta die Charta-Institutionen, das Verhalten ihrer Mitglieder (Psychotherapeut/innen, Ausbilder/innen und Kandidat/innen) der Beurteilung durch eine Standeskommission zu unterstellen“. Und in Art.11: „Jede Charta-Institution regelt a) ... b) c) die Sanktionen bei Verletzungen der Standesregeln ...“

Institution	Rollenunterscheidung	Standeskommission	Unterstellung unter Stako
CGJI	dokumentiert	nur Ombudsstelle	Kandidat/innen praktizieren unter Verantwortung der Supervisor/innen
DaS	praktiziert, aber nicht dokumentiert	nur Schlichtung	nicht gegeben
EAG/FPI	dokumentiert	öffentl. rechtlich eingebunden	geregelt
EFAPO	in Ethikrichtlinien festgehalten	nur vermittelnd	unklar
GFK	Dokumentierung geplant	erfüllt	erfüllt
IBP	geplant	keine eigene Stako	erfüllt
IfP	nicht hinreichend abgegrenzt	erfüllt	ohne Kandidat/innen

Institution	Rollenunterscheidung	Standeskommission	Unterstellung unter Stako
GES	dokumentiert	geplant	geplant
IGW	Differenzierung nicht dokumentiert	erfüllt	erfüllt mit Verbesserungsbedarf
IIBS	dokumentiert	keine Sanktionsbefugnis	erfüllt??
IKP	praktiziert, aber nicht dokumentiert	erfüllt	erfüllt
ILE	nicht dokumentiert	keine Sanktionsbefugnis	nicht erfüllt
IPA	dokumentiert	keine Sanktionsbefugnis	nicht erfüllt
IRG	nicht dokumentiert	Ansprechstelle ohne Befugnis	nicht erfüllt
ISAP	dokumentiert	erfüllt	erfüllt
ISIS	Dokumentation geplant	nicht gegeben	nicht erfüllt
L'ATELIER	dokumentiert	erfüllt??	geplant
MPT	dokumentiert	erfüllt	erfüllt
ODeF	nicht dokumentiert	an PDH gebunden	nicht erfüllt
PSZ	dokumentiert	Ombudsstelle	nicht erfüllt
SGBAT	dokumentiert, in Trainingsworkshops jedoch unabgegrenzt	erfüllt	erfüllt
SGIPA/AAI	obsolet	erfüllt	erfüllt?
SGTA	Dokumentation geplant	erfüllt	erfüllt
Szondi/SGST	dokumentiert	an ASP gebunden	erfüllt

Tabelle 4

1.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

- Die dritte Überprüfungsrunde der Charta-Weiterbildungs-Institutionen – mittlerweile 24 – hat sich einerseits nach der Einhaltung der wichtigsten Standardnormen erkundigt: Zulassung zur Weiterbildung, Curriculumsansprüche, Lehrpersonenqualifikation und Standesregelung. Mit Ausnahme der Standesregelung werden diese Standards in den WBI meistens sehr gut erfüllt.
- Andererseits wurde nach eingeführten Neuerungen im Chartatext und in Reglementen gefragt: Belange für die Weiterbildung für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Gruppensupervision, Weiterbildungsvertrag. Auch diese neuen Normen der Charta wurden meist gut in die eigenen Weiterbildungsgänge eingebaut.
- Eine vertiefte Diskussion mit allfällig nachfolgenden Massnahmen sieht die KQS
 - a) bei den Vorgaben zur klaren Rollenentflechtung zwischen Lehrtherapeut/innen und Qualifizierungsfunktionen,
 - b) bei der Interessensvertretung der Studierenden im WBG und
 - c) beim Anspruch, dass alle psychotherapeutisch Tätigen eines WBG bei Verletzungen der Charta-Standesregeln der Beurteilung einer sanktionsbefugten Standeskommission unterstellt sind.
- Die grösste Herausforderung wartet auf die Charta und ihre WBI allerdings bei der Übernahme und Implementierung der Qualitätsstandards des PsyG für die ordentliche Akkreditierung. Diese betreffen nicht nur die Strukturen eines WBG, sondern auch deren Prozesse und Ergebnisse.
An Strukturen ist bereits eine Beschwerdeinstanz für die Studierenden etabliert, die in der KQS angesiedelt ist. Die Qualitätsstandards des PsyG betreffend Prozess- und Ergebnisqualität der WBG sind in das mittlerweile gutgeheissene Rahmenkonzept der Charta zur Qualitätssicherung eingebaut. Mit angebotenen Kolloquiumsdiskussionen kann die Implementierung dieser Standards in die je eigenen Qualitätskonzepte der Weiterbildungsgänge unter Wahrung der Autonomie der Weiterbildungsinstitutionen vorangebracht werden.
- Die Charta bzw. die ASP bieten ihren Weiterbildungsinstitutionen an, als verantwortliche Organisation die Gesuche zur ordentlichen Akkreditierung einzureichen.

2. Überprüfung der Fachverbände und des Berufsverbands ASP

2.1 Einleitung

Nach dem Schlussbericht zur dritten Überprüfungsrunde der Charta-Weiterbildungsinstitutionen, der an der Mitgliederversammlung vom September 2012 diskutiert worden ist, startete die Kommission für Qualitätssicherung die Überprüfung der Fach- und Berufsverbände auf deren Einhaltung der Chartanormen. Überprüft wurden folgende Verbände:

Als Fachverbände:

- SGST, Schweiz. Gesellschaft für Schicksalsanalytische Therapie
- SGAP/SSPA, Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie
(Die Schweizerische Gesellschaft für Schicksalsanalytische Therapie (SGST) und der Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGAP) sind in der letzten Überprüfungsrunde wegen ihres Einbezugs in die Weiterbildung am Szondi-Institut bzw. am C.G.Jung-Institut noch als Weiterbildungsmitglied der Charta und noch nicht als Fachverband der Charta zum Zug gekommen.)
- SVG, Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie und

Als Berufsverband:

- ASP, Assoziation der Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die noch als Mitglied der Charta bis Ende 2013 figurierte.

Austritte:

Berufsverbände:

- Bündner Vereinigung für Psychotherapie (BVP)
- Vereinigung Ostschweizer Psychotherapeut(inn)en (VOPT)
- Verband der Psychotherapeuten beider Basel (VPB)

Fachverband:

- Schweizerische Gesellschaft der Psychotherapeut(inn)en für Kinder und Jugendliche (SPK)

Neue Mitglieder:

- Neu wurde die Sektion Psychotherapie des Interessen-Verbands der Psychodramatiker/innen (PDH) als eigener Fachverband überprüft.
- Neu in die Überprüfung aufgenommen wurde auch das Fortbildungsinstitut SIPT (Schweizer Institut für Psychotraumatologie). Als assoziiertes Mitglied der Charta bietet es eine chartakonforme Zusatzqualifikation als psychotraumatologische/r Psychotherapeut/in an.

2.2 Ergebnisse im Detail

A Statuten und Reglemente

Rechtsform: Alle Verbände haben die Rechtsform von Vereinen.

Die Psychotherapiesektion des PDH ist eine Sektion des Vereins PDH. Das SIPT ist rechtlich eine Zweigstelle des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie, welches wiederum ein gemeinnütziger Verein ist.

Statuarische Verankerung der Chartamitgliedschaft: Nicht bei allen Verbänden redaktionell hinreichend deutlich gemacht. Die ASP ist ab 2014 nicht mehr Chartamitglied. Die Charta andererseits wieder ein in die ASP integriertes Organ.

Statuarische oder reglementarische Verankerung der geforderten Grundausbildung der geforderten (chartakonformen) Weiterbildung: Teils muss diese Anforderung redaktionell noch nachgebessert werden, teils müssen die unterschiedlichen Weiterbildungsstandards der Verbandsmitglieder in den veröffentlichten Verzeichnissen (besser) kenntlich gemacht werden. Die ASP hat die seinerzeitige Öffnung der Standards für eine Verbandsmitgliedschaft sistiert und ist zum Nachweis einer chartakonformen bzw. einer eidgenössisch anerkannten Weiterbildung für eine Aufnahme zurückgekehrt.

D Weiterbildner/innen

Graduierungsverfahren für Lehrtherapeut/innen und Supervisor/innen eines Weiterbildungsganges: Die SGST und die SGAP besitzen eine Graduierungskompetenz für Weiterbildner/innen des Szondi Instituts bzw. der SGAP selbst. Letztere ist aber gehalten, ein entsprechendes Reglement zu schaffen. Die andern Verbände graduieren Weiterbildner/innen nicht selbst.

Liste der Weiterbildner/innen: Die Verzeichnisse entsprechen den Listen des Szondi-Instituts, des C.G. Jung-Instituts und des Internationalen Seminars für Analytische Psychologie (ISAP).

F Organisation des Verbandes

Vertretung Chartakolloquien und Mitgliederversammlung: Erfreulicherweise können für diese Aufgabe von allen Verbänden Delegierte abgeordnet werden.

Anzahl der Verbandsmitglieder und Entwicklung der Mitgliederstruktur: Zwei Fachverbände beklagen rückläufige Mitgliederzahlen. Altersbedingte Austritte würden nicht durch Neueintritte wettgemacht. Ein Fachverband verzeichnet leicht steigende Tendenz, Angaben eines andern blieben unklar, und die ASP meldet ein Wachsen der Mitgliederzahl.

G Ethik

Aktuelle ethische Richtlinien: Alle Verbände verfügen über ethische Richtlinien. Einzig die Psychotherapiesektion des PDH muss ihre ethischen Richtlinien noch an die übergeordnete Geltung der Standesordnung der Charta-Institutionen zurückbinden.

Organisation der Standesordnung, Verbandsmitglieder ohne Mitgliedschaft in einem Berufsverband und deren Unterstellung unter eine sanktionsbefugte Standeskommission: Mit der Einbindung der Chartamitglieder in die ASP ist es auch den Fachverbänden möglich, sich explizit an die Standeskommission (heute Ethikkommission) der ASP anzubinden. Somit wird eine seit langem bestehende Lücke geschlossen werden können, indem alle psychotherapeutisch tätigen Mitglieder auch kleiner Fachverbände wie Weiterbildungsinstitutionen einer sanktionsbefugten Standes- bzw. Ethikkommission unterstellt werden. Die SGAP und das SIPT verfügen jedoch über eine eigene funktionsfähige Standeskommission resp. eine Anbindung an die Deutsche Mutterinstitution mit entsprechender Standesregelung.

H Ergänzungen

Kennzeichnung der psychotherapeutischen Weiterbildung in den Mitgliederverzeichnissen: SVG und PDH stehen noch in der Pflicht, diese Kennzeichnung in ihren Verzeichnissen nachzureichen. SGST und SGAP führen solche Kennzeichnungen, die jedoch öffentlich nicht verstehbar sind. Die ASP nimmt seit der Inkraftsetzung des PsyG nur noch eidgenössisch anerkannte Mitglieder auf und will in ihren Diplomen den jeweiligen Weiterbildungsengang im Detail skizzieren. Diese Angaben sollen jedoch öffentlich nicht einsehbar sein.

2.3 Schlussfolgerungen aus der Überprüfung der Fachverbände, der ASP und des SIPT

Die dritte Überprüfungsrunde der Fach- und Berufsverbände (in der Folge Verbände genannt) hat verdeutlicht, was schon im Schlussbericht von 2008 vermutet wurde,

- dass das Psychotherapieverständnis der Charta (multidisziplinärer Zugang zur Weiterbildung bis 1.4.2013, Integralität, Interdisziplinarität und die Standards von Selbsterfahrung und Supervision) vorwiegend in den regionalen Berufsverbänden nicht mehr mehrheitsfähig geworden ist,
- dass die Chartamitgliedschaft für Fachverbände von Psychotherapierichtungen, die in der Charta vertreten sind, zwar nach wie vor beibehalten wird; dass Fachverbände ohne Anbindung der vermittelten Methode an die Charta jedoch offenbar keinen Nutzen in einer Chartazugehörigkeit sehen,
- und dass der einzig verbliebene Berufsverband ASP sein einstiges ambivalentes Verhältnis zum Psychotherapieweiterbildeverständnis der Charta korrigiert hat.
- Das Spannungsfeld bei den Chartamitgliedern zwischen ihrer Weiterbildungspolitik und ihrer Berufspolitik polarisiert die Weiterbildungsinstitutionen und die Fach- und Berufsverbände weiterhin.
- Das Vorgehen bei der Überprüfung hat sich gegenüber den ersten beiden Runden im Wesentlichen nicht verändert und scheint sich nach wie vor zu bewähren. Prüfung der eingereichten Unterlagen, Gespräch mit den Verbandsvertreter/innen über offene Punkte, nach Möglichkeit in den Räumen des Verbandes, wenn es diese denn gibt, Einblick in Organisation und Stil, Verfassen eines gemeinsam unterzeichneten Schlussprotokolls: all diese Schritte führten in kooperativer Weise zu einer Qualitätsdiskussion und tendenziellen Qualitätsentwicklung. Wirklich zu sichern sind jedoch wohl nur quantitative Standards. Insofern ist diese Form von Qualitätssicherung im Wesentlichen Sicherung einer Strukturqualität.

- Die Einhaltung des Chartalabels fordert die Fach- und Berufsverbände heraus. Zwar werden wichtige Eckwerte des Labels (Weiterbildungsstandard der Verbandsmitglieder, Ethikrichtlinien, Standesregelung, Kennzeichnungspflicht) im grossen Ganzen gut eingehalten. Eine Erosion der Mitgliederzahl in den Chartaverbänden (Überalterung), resp. eine Orientierung an Weiterbildungsnormen anderer Dachverbände bringt die Chartaglieverbände unter Druck.
- Schliesslich scheint die langjährige Lücke bezüglich der Unterstellung aller psychotherapeutisch Tätigen unter eine sanktionsbefugte Standeskommission bald geschlossen werden zu können.

Dank

Den Mitgliedern der Kommission für Qualitätssicherung, welche die umfangreiche Arbeit der dritten Überprüfungsrunde mit mir geleistet haben, sei ein herzlicher Dank ausgesprochen: Heinz Meier, Irène Muser, Fred Seiler und Anna-Leta Schucany.

Autor

Peter Müller-Locher. Dr. phil. und Master of Science in Organizational Development, ist niedergelassener Psychotherapeut, Supervisor und Organisationsentwickler. Er arbeitet seit 38 Jahren als Analytiker. 11 Jahre war er Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Daseinsanalyse und Mitglied der Ausbildungskommission, 5 Jahre davon Präsident. Er ist Mitglied des Seminars für Gruppenanalyse Zürich. Seit 13 Jahren ist er Mitglied in der heutigen Kommission für Qualitätssicherung der Schweizer Charta für Psychotherapie und seit 12 Jahren deren Vorsitzender.

Korrespondenz

Mythenstrasse 82, 8810 Horgen, Schweiz.
E-Mail: peter.mueller-locher@bluewin.ch

Literatur

- Buchmann, R., Schlegel, M. (2002). Die Entstehung der „Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren“ *Psychotherapie-Forum* 4/2002 S. 223-227
- Müller-Locher, P. (2008). Qualitätssicherung in der Psychotherapieweiterbildung: Ergebnisse der periodischen Überprüfung der Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie. *Psychotherapie-Forum* 2008 S.39 – 46
- Schlegel, M. Hrsg. (2002a). „Die Wissenschaftskolloquien der Schweizer Charta für Psychotherapie“, *Psychotherapie-Forum* 2/2002
- Schlegel, M. Hrsg. (2002b). Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren. *Psychotherapie-Forum* 4/2002 S.228 - 230
- Schulthess, P. (2002). Qualitätssicherung in der Psychotherapieweiterbildung. Ergebnisse der periodischen Überprüfung der Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie. *Psychotherapie-Forum* 3/2002. S. 165 – 173

Rapport

Peter Müller-Locher

Garantie de la qualité de la formation postgrade en psychothérapie: résultats de la vérification périodique des membres de la Charte suisse pour la psychothérapie

Résumé: Depuis de nombreuses années, la Charte suisse pour la psychothérapie milite pour des standards qualitatifs élevés au niveau de la formation postgrade en psychothérapie, à celui de l'éthique professionnelle ainsi qu'à celui du caractère scientifique des approches pratiquées. Pour garantir cette qualité dans différents domaines, une commission pour la gestion de qualité vérifie que tous les membres de la Charte respectent les normes convenues et appliquent les décisions prises par les assemblées des membres. Dans le présent article, nous présentons la démarche de vérification et comparons ses résultats à ceux qui avaient été acquis lors des deux premières séries d'évaluation, il y a six et douze ans. Nous montrons qu'en règle générale les institutions de la Charte respectent leurs engagements. Cette fiabilité a fait de cette dernière un partenaire important lorsqu'il s'est agi de légiférer au niveau des cantons et à celui de la Confédération. La procédure mise en œuvre dérive ses aspects positifs du fait que la commission responsable entretient une communication directe avec les représentants des institutions ; elle continue à être bien acceptée et contribue à impulser des éléments permettant de continuer à améliorer la qualité. Plus récemment, en collaboration avec les instituts de formation, un concept cadre a été élaboré dans lequel sont intégrés les éléments de qualité qui seront vérifiés au moment où ils demanderont l'accréditation ordinaire au niveau fédéral ; le texte combine les standards de qualité de la Charte et ceux de la Confédération : un résultat supplémentaire de la culture de la communication que nous entretenons.

Mots clés: Charte ; garantie de la qualité ; développement de la qualité ; formation postgrade en psychothérapie ; éthique ; science.

La Charte suisse pour la psychothérapie est une association faitière regroupant les institutions de formation postgrade, les groupements spécialisés et les organisations professionnelles.

Elle exige des standards élevés au niveau de la formation en psychothérapie, ainsi qu'à celui des bases scientifiques de cette dernière et à celui de l'éthique en rapport avec la pratique professionnelle.

La Charte suisse pour la psychothérapie sert à garantir la qualité de cette dernière et à la développer plus avant ; elle garantit que les méthodes pratiquées par ses membres sont sérieuses. Seules les institutions et méthodes ayant subi une évaluation peuvent en devenir membres. Elles sont soumises périodiquement à une vérification de la manière dont elles respectent les normes de la Charte.

La description ci-dessus résume bien l'objectif de la Charte : maintenir et développer plus avant la psychothérapie en tant que discipline indépendante, dans toute sa diversité et toute son interdisciplinarité.

Après une période de préparation (de 1989 à 1991), 27 institutions de formation et groupements spécialisés ou professionnels ont ratifié en mars 1993 la « Charte suisse pour la psychothérapie », soit le texte en question. En 1997, la Charte est également devenue une association faitière, régie par le droit pertinent, dont les membres acceptent un consensus en rapport avec les contenus de la psychothérapie, la formation dans ce domaine, le caractère scientifique et l'éthique respectée par les différentes approches du traitement. En tant que telle, elle a également collaboré au niveau cantonal et fédéral à l'élaboration de lois et d'ordonnances y liées. La Charte suisse pour la psychothérapie a réintégré en 2014 l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP), le groupement professionnel dont elle était issue.

En vue d'appliquer, de continuer à développer et de garantir les standards, la Charte a mis en place une commission (appelée aujourd'hui Commission pour la gestion de qualité, CGQ) qui a, entre 1998 et 2001, vérifié que les membres remplissent leurs obligations. Le rapport concernant cette première série d'examen a été publié dans le *Psychotherapie Forum 10/3* (Schulthess 2002). Une deuxième série d'examen a été menée entre 2003 et 2007, dont les résultats ont été publiés dans le *Psychotherapie Forum 16/1* (Müller-Locher 2008). Nous présentons aujourd'hui les résultats de la troisième série de vérifications, menées entre 2009 et 2013.

1. Examen des institutions de formation postgrade

1.1 Introduction

1.1.1 Bases et objectifs de la procédure d'évaluation

Les trois séries d'évaluation de la qualité se sont accompagnées d'un élargissement de leurs bases et objectifs. Concernant *la première vérification* en 1998 – 2001 (dont les résultats ont fait l'objet d'un rapport, cf.

Schulthess 2002), il s'agissait exclusivement de garantir que les institutions appliquaient et respectaient le contrat les liant à la Charte, ainsi que les décisions prises par ses signataires.

Le contrat de la Charte exige qu'au moment où une institution demande à devenir membre, les aspects suivants soient examinés : son curriculum de formation postgrade en psychothérapie (mode d'admission des candidats, expérience sur soi, théorie et supervision durant la phase pratique), ses formateurs (chargés de l'expérience sur soi et de la supervision, mais aussi de l'enseignement théorique), la procédure permettant de qualifier ces derniers et la démonstration scientifique de l'efficacité de sa méthode.

La démonstration du caractère scientifique d'une méthode a été largement révisée depuis la signature de la Charte et les réserves scientifiques émises au moment sa ratification (Schlegel 2002a, Buchmann, Schlegel 2002, Schlegel 2002b) ont été levées. De plus, les règles de déontologie des institutions ont également été révisées, concernant la procédure de dépôt d'une plainte.

Des lois et ordonnances cantonales règlementant la formation en psychothérapie ont été édictées pendant que la *deuxième série d'évaluations* se déroulait (de 2003 à 2007, rapport final de Müller-Locher 2008). Au niveau fédéral, on savait déjà qu'une loi sur les professions du domaine de la psychologie allait être préparée et qu'elle contribuerait à ce que les formations soient homologuées au niveau fédéral. Dans la mesure où la Charte a participé et participe encore à la préparation des lois et ordonnances, elle avait le devoir, sur le plan politique, de garantir que ces dernières soient respectées et d'anticiper la mise en place d'une réglementation fédérale.

Dans le cadre de la *troisième série d'évaluations* (2009 – 2013), il a fallu tenir compte des standards fédéraux de qualité concernant les filières de formation qui étaient en préparation ; à partir de 2014, les standards fédéraux influent sur l'aspect garantie de qualité géré par la Charte, le modifiant et l'élargissant considérablement.

Dans ce sens, les bases et les objectifs de l'évaluation par la CGQ de la qualité des filières postgrades offertes par les institutions de la Charte ont été modifiés comme suit :

- La première évaluation périodique avait été faite sur une base *interne* et avec des objectifs *choisis librement* par la Charte.
- Durant la seconde série d'évaluations, des bases *externes* (cantonales) et un objectif *défini par la législation* se sont ajoutés.
- Concernant la *troisième série d'évaluations*, la formation postgrade en psychothérapie doit se conformer à une législation *fédérale*, l'objectif étant l'*accréditation ordinaire* des filières postgrades de formation qui sont reconnues par la Charte. A ce niveau, il s'agit avant tout d'un examen de la qualité des structures de ces filières.

La Charte a tenu compte de cet élargissement des bases et des objectifs. Le règlement de la CGQ a subi plusieurs adaptations dans ce sens. L'obligation de garantie, au niveau cantonal et maintenant au niveau fédéral, ne concerne pas uniquement la qualité des structures ; elle inclut la documentation de la qualité des processus et des résultats. En 2007, un premier projet de concept pertinent a été élaboré ; il devait servir de cadre aux institutions de formation. Ses différents éléments ont été continuellement testés au sein de la Charte, ce qui a permis d'améliorer le savoir-faire et l'acceptation par les filières de formation de l'évaluation de la qualité (accréditation) prévue sur le plan fédéral. La CGQ va réviser la manière dont elle évalue périodiquement la qualité des filières postgrades en fonction des standards de qualité définis par la Confédération en rapport avec l'accréditation de ces dernières.

1.1.2 Procédure d'examen

Lors de l'AM de septembre 2006, le rapport concernant la deuxième série d'évaluations a été débattu ; les résultats de cette discussion et les mesures proposées par la CGQ ont été mis en délibéré lors de l'AM de janvier 2007, puis approuvés par une majorité. Lors de l'AM de septembre 2008, la deuxième série d'évaluations a fait l'objet d'un examen interne, à la suite duquel des modifications ont été apportées au questionnaire utilisé. Et enfin, lors de l'assemblée de septembre 2009, des questions ont été choisies en rapport avec la troisième série d'évaluations.

1.1.3 Filières de formation postgrade examinées (FPP)

L'accréditation fédérale des filières de psychothérapie exige que certains concepts soient précisés. Ce sont uniquement les *filières de formation* (FPP) qui peuvent être accréditées et non les institutions. Mais du fait que chaque filière est forcément placée sous la responsabilité d'une organisation, la loi sur les professions de la psychologie utilise la désignation d'*organisation responsable* pour les filières. De même, dans ses séries

d'évaluation périodique la Charte n'examine que les filières reconnues conformes à ses standards. Mais ce sont les organisations responsables offrant les filières qui sont désignées du titre de membres de la Charte.

Les institutions suivantes ont vu leurs filières examinées et reconnues, par ordre chronologique (date d'homologation par la Charte) :

PSZ :	Psychoanalytisches Seminar Zürich
CGJI :	C.G.Jung-Institut / Institut C.G. Jung
Szondi/SGST :	Stiftung Szondi-Institut/Schweizerische Gesellschaft für Schicksalanalytische Therapie / Fondation institut Szondi/Société suisse de thérapie analytique selon Szondi
SGIPA/AAI :	Schweizerische Gesellschaft für Individualpsychologie/Alfred Adler Institut / Société suisse de psychologie individuelle/Institut Alfred Adler
IfP :	Institut für Psychoanalyse
EAG/FPI :	Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit / Fritz Perls Institut
SGTA/SSAT :	Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse / Société suisse d'analyse transactionnelle
ISIS :	Institut für kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie
IGW :	Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg
DaS :	Daseinsanalytisches Seminar
IIBS :	Internationales Institut für Biosynthese / Institut international de biosynthèse
GFK :	Ausbildungsinstitut für Klientenzentrierte Gesprächs- und Körpertherapie
IKP :	Institut für Körperzentrierte Psychotherapie
SGBAT :	Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie / Société suisse d'analyse et de thérapie bioénergétiques
IBP :	Institut für Integrative Körperpsychotherapie
EFAPO :	Ecole Française d'Analyse Psycho-Organique (EFAPO)
ILE :	Institut für Logotherapie und Existenzanalyse
IGEAP :	Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie, Bern
ISAP :	Internationale Seminar in Analytischer Psychologie
IPA :	Institut für Prozessarbeit

Démissions : Trois organisations ont démissionné de la Charte durant la dernière série d'évaluations :

- la Société suisse de psychothérapie par entretiens et centrée sur la personne (SGGT/SPPE),
- l'Institut International de Psychoanalyse et Psychothérapie Charles Baudouin (IIBP) et
- le Schweizerisches Institut für körperorientierte Psychotherapie (SIKOP), qui était encore placé sous mentorat avant de pouvoir devenir membre extraordinaire.

Nouveaux membres : cinq filières de formation postgrade avaient obtenu le statut de membre ordinaire et ont donc fait l'objet d'une évaluation par la CGQ durant la troisième série d'examens :

- L'Ecole Française d'Analyse Psycho-Organique (EFAPO),
- l'Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE),
- la Gesellschaft Existenzanalyse Schweiz (GES),
- l'Internationale Seminar in Analytischer Psychologie (ISAP) et
- l'Institut für Prozessarbeit (IPA), qui se charge de la formation au nom de la Forschungsgesellschaft für Prozessorientierte Psychologie (FG POP).

Nouvelles admissions pendant la troisième série d'évaluations:

- La formation à la Psychothérapie poétique (L'ATELIER),
- la filière complémentaire en psychothérapie par la musique (bam, appelé maintenant MPT),
- l'Institut Ouvertures, Développement, Formation (ODeF) ainsi que
- l'Istituto di Ricerche di Gruppo (IRG)

Ces filières de formation ne sont devenues membres ordinaires que durant la troisième série, ce qui fait que les mentors n'ont pu vérifier que le fait qu'elles respectent globalement les normes de la Charte

Autres changements : le Psychodrama Verband Helvetia (PDH) a renoncé à créer sa propre filière de formation et sa section psychothérapie a maintenant le statut de groupement spécialisé au sein de la Charte. L'Institut für Atem- und Körperpsychotherapie, Freiburg-Thalwil (IAKPT) est encore placé sous mentorat. La Société suisse de psychologie analytique (SSPA) avait été considérée comme une institution de formation postgrade lors de la

dernière série d'évaluations ; lors de la troisième série, elle a été évaluée en tant que groupement professionnel et spécialisé.

La partie du présent rapport incluant les résultats inclut 24 organisations responsables, dont chacune offre une filière reconnue par la Charte. Leur nombre a donc augmenté de 6 par rapport à la première et à la seconde série.

1.2 Résultats

1.2.1 Impression globale

La troisième série d'évaluation des filières de formation postgrade en psychothérapie (FFP) a de nouveau montré qu'en général, le niveau élevé exigé par la Charte est respecté et qu'on continue à le développer plus avant.

- En règle générale, les institutions présentent des documents excellents et fondés et, malgré toutes les différences qui les séparent, leur organisation est bonne.
- Il a parfois été difficile d'obtenir un dossier complet dans les délais.
- Les entretiens avec les représentant/es des instituts ont été ouverts et constructifs.
- Alors que, lors de la première série, une certaine méfiance avait parfois été exprimée, ce n'est maintenant plus le cas.
- Le point de vue (extérieur) des délégués de la CGQ sur les structures des organisations a été reçu avec intérêt.
- Les FFP espèrent pouvoir compter sur le soutien de la Charte au moment où elles devront demander une accréditation fédérale, maintenant qu'elles ont beaucoup investi dans leur organisation.
- En dépit de quelques différences d'opinion, les procès-verbaux finaux ont été signés sans problème.

1.2.2 Evaluation détaillée

Les questions posées à tous les instituts sont en partie reproduites ci-dessous sous forme de tableaux ; des conclusions et des hypothèses en rapport avec les différents groupes de questions seront ensuite formulées.

A Statuts et règlements

Institution	Actuellement FFP?	Forme juridique	Statut de membre de la Charte	Admission
CGJI	Oui	Fondation	Règlement	Règlement
DaS	Oui	Association	Statuts	Directives de formation
EAG/FPI*	Oui	GmbH	Programme annuel	Curriculum
EFAPO*	Oui	GmbH selon le droit F	?	?
GFK	Oui	Association	Programme de formation	Programme de formation
IBP	Oui	Association	Curriculum	Règlement
IFP	Oui	Stiftung	Règlement	Règlement
IGEAP	Oui	Association	Statuts	Directives de formation
IGW*	Oui	GmbH	Curriculum	Curriculum
IIBS	Oui	SA en fondation	Convention	Convention
IKP	Oui	GmbH	Lignes directrices	Brochure
ILE	Oui	Association	Statuts	Programme de formation
IPA	Oui	Association	Statuts	Manuel d'études
IRG	Oui	Association	<i>manque</i>	Règlement de formation
ISAP	Oui	Association	Règlement	Règlement
ISIS	Oui	Fondation	Règlement de formation	Règlement de formation
L'ATELIER	Oui	Entreprise en nom personnel	Curriculum	Curriculum
MPT	Oui	Zürcher Hochschule der Künste	Partenariat	Dispositions zh Fachhochschulrat
ODeF	Oui	GmbH	Directives de formation	Directives de formation
PSZ	Oui	Association	Programme semestriel	Curriculum
SGBAT	Oui	Association	Règlement de formation	Règlement de formation
SGIPA/AAI*		Association	Code professionnel	Curriculum
SGTA	Oui	Association	Statuts	Règlement
Szondi/SGST	Oui	Fondation/Association	Règlement d'études	Règlement d'études

Tableau 1

Statut actuel en tant que FFP (1e colonne) : l'institution offre-t-elle actuellement une formation postgrade conforme à la Charte ? Si ce n'est pas le cas, quand les derniers candidats ont-ils obtenu leur diplôme ?

Selon une décision prise par l'AM après la dernière série d'évaluations, le statut de membre de la Charte expire lorsqu'aucune formation n'a pas été offerte pendant cinq ans.

Les institutions situées à l'étranger* (EAG, EFAPO et IGW) gèrent en Allemagne ou en France des formations postgrades conformes à la Charte, mais avant de pouvoir être accréditées à titre provisoire elles doivent mettre en place une formation ayant son siège en Suisse. L'EAG et l'IWG ont, depuis, fait cette démarche.

La Société suisse de psychologie individuelle* (SGIPA/SSPI) accompagne encore les quelques candidats qui étaient inscrits jusqu'à leur diplôme, l'Institut Adler (AAI/IA) ayant été fermé.

Forme juridique (2e colonne) : dans la majorité, deux formes : association et fondation ; GmbH en Allemagne (EAG et IGW). Exceptions : l'IKP et l'ODEF sont également des SARLS.

Changements depuis la deuxième série d'évaluations : le PSZ n'est plus une SARL, il est devenu une association.

Ancrage du statut de membre de la Charte (3e colonne) : s'agissant des associations, le statut de membre de la Charte doit être mentionné dans les statuts. Celles des associations qui offrent également d'autres formations semblent hésiter à le faire. L'IRG doit encore inclure la mention de sa qualité de membre de la Charte.

Admission ou mention dans les statuts/les règlements de la formation de base exigée (4e colonne) : tous les instituts mentionnent cet aspect, mais ils le font parfois 'en passant'. La référence à la filière de master UPP Krems, qui permet à des non psychologues d'avoir accès à la psychologie psychothérapeutique conformément à la Charte, n'est pas toujours faite ; or, elle constitue une variante de la formation de base propre à la Charte.

Conclusions et hypothèses :

- De nombreux petits instituts luttent actuellement pour leur survie.
- Des coopérations regroupant les FFP appartenant à un même mainstream ou des offres coordonnées de cursus pourraient permettre d'éviter que la diversité des méthodes disparaisse.
- La forme juridique 'association' souligne l'indépendance des institutions alors que la forme 'fondation' attribue plus d'importance à ce qui a été légué par le fondateur.
- Le statut de membre de la Charte n'est pas une condition obligatoire lorsqu'il s'agira d'obtenir l'accréditation ordinaire. Mais les prestations offertes par la Charte – en tant qu'organisation responsable – au moment de présenter une demande d'accréditation pourraient être et sont utiles ; il en va de même concernant le respect des standards de qualité.
- Selon les standards fédéraux de qualité, les conditions d'accès à la formation postgrade doivent être règlementées et publiées.

B Curriculum de formation postgrade et règlement en matière d'examens

Les listes de *lectures obligatoires* sont plus ou moins longues, traitent de manière plus ou moins approfondie de la méthode et ne dépassent pas toujours le cadre de cette dernière. De longues bibliographies ont parfois été envoyées, mais quelquefois les ouvrages ne sont recommandés que lors des séminaires ou alors une liste dressée personnellement par le candidat doit être autorisée par les responsables.

Les *curriculums* sont, eux aussi, plus ou moins différenciés. Ils peuvent contenir l'enseignement de concepts globaux (ex. : PSZ), mais aussi des programmes semestriels détaillés (ex. : IBP), des offres conçues en fonction des objectifs à atteindre (ex. : ISIS) ou être organisés en fonction des exigences de la Charte, avec une métathéorie, une théorie de la thérapie et une théorie de la pratique (ex. : MPT). Nos conseils et recommandations pour une structure plus claire ont été bien accueillis.

Seuls l'ICGJ et le PSZ offrent un *programme spécial de formation en psychothérapie pour enfants et adolescents*, aboutissant au diplôme pertinent. Les curriculums en question ont été examinés par la commission de psychothérapie pour enfants et adolescents de la Charte (CEAP) pour vérifier qu'ils respectent les standards de cette dernière ; ce qui est le cas. Le CFK, le MPT et l'IRG offrent des cours destinés aux psychothérapeutes pour enfants et adolescents, mais n'accordent pas de diplôme spécialisé.

Concernant les *réserves émises pour les formateurs en psychothérapie pour enfants et adolescents*, l'ICGJ leur demande d'avoir un diplôme dans ce domaine, accordé par l'institut. Le PSZ se contente d'exiger de ces formateurs qu'ils aient eu une activité pratique dans ce domaine.

Quant à la question de savoir si les curriculums en question sont *fondés sur des bases scientifiques et si la méthode est efficace*, l'ICGJ se réfère aux colloques scientifiques de la Charte au cours desquels son programme EA a été présenté. Le PSZ mentionne des publications et indique que des recherches ont été menées à ce niveau.

Règlement des examens : Dans le texte de la Charte, l'un des critères permettant d'acquérir le statut de membre est que les institutions de formation postgrade doivent qualifier leur diplômés, ayant vérifié leurs compétences au moment du diplôme en fonction de leur curriculum ; ces aspects doivent être examinés et confirmés (C 1.1. c).

Toutes les FFP remplissent cette condition. Elles ont parfois rédigé des règlements en matière d'examens ou, souvent, les données pertinentes sont contenues dans le curriculum. On trouve des procédures de qualification très variées : de l'entretien personnel au colloque de diplôme (PSZ), du manuel d'examens (SGTA) à la possibilité de recourir contre les décisions (IBP, MPT).

Il faudra que la procédure d'accréditation ordinaire des FFP contienne des critères plus unifiés que ceux appliqués dans le cadre de la Charte puisque celle-ci a, en fait, entretenu la diversité.

Conclusion : Il faudra qu'au moment de mettre en place un concept de qualité qui servira de cadre à ceux que les institutions pratiquent, la Charte différencie mieux son système d'évaluation, le faisant correspondre aux normes fédérales. Elle a commencé à mettre en place une instance de plainte indépendante et neutre, destinée aux candidats.

C Expérience sur soi/supervision

Supervision en groupe : depuis 2008, la Charte exige 250 séances de supervision, dont au maximum 100 (à 50 min.) doivent se faire en setting individuel et au moins 100 en groupe (à 90 min.). La CGQ a demandé comment les institutions appliquent cette disposition. A l'exception du PSZ, toutes les FFP remplissent cette exigence. Elles la mentionnent soit dans leurs curriculums, soit dans les conditions régissant l'accord du diplôme et elles exigent une attestation avant le diplôme. Le PSZ laisse à ses candidats la liberté de faire des supervisions en groupe – ou pas – ; il ne souhaite pas institutionnaliser cette exigence, mais projette de présenter une motion à l'AM, demandant que cette disposition soit biffée du texte de la Charte.

Conclusion : les standards de qualité émis par la Confédération sont nettement inférieurs à ceux de la Charte s'agissant de l'expérience sur soi et de la supervision. Lors de l'assemblée des membres de la Charte, en janvier 2014, il a été décidé que les instituts de formation sont libres d'adapter – on non – aux standards fédéraux le nombre de séances d'expérience sur soi et de supervision qu'elles exigent. Les settings applicables jusqu'à maintenant ne sont donc plus valides.

D Formateurs / formatrices

Formateurs/formatrices : concernant les formateurs, toutes les FFP se conforment au standard de la Charte. Seul le PSZ doit pouvoir compter sur la tolérance de la Charte dans le sens où il n'a pas été en mesure de déclarer des diplômes accordés autrefois.

La loi sur la réglementation de la psychothérapie dans le canton de Zurich (2004) exigeait de la Charte, de la FSP et du SBAP qu'ils garantissent que les thérapeutes didacticiens et les superviseurs de chaque FFP soient nommés conformément au standard cantonal. Sur ce, la CGQ a lancé une enquête sur la qualification des formateurs. Les données collectées à l'époque ont permis à la plupart des FFP de mettre facilement à jour leurs listes.

D'autre part, la qualification des formateurs a été modifiée par la Charte (sur le plan interne). Les diplômes de psychothérapie correspondant aux normes moins élevées de la FSP et de la FMH sont acceptés, les chiffres étant compensés par d'autres conditions posées à la qualification.

L'accréditation prochaine des filières par la Confédération et la loi psy vont probablement introduire un standard plus libéral concernant la qualification des superviseurs et des thérapeutes didacticiens chargés de l'expérience sur soi, plus libéral en tout cas que le standard fixé par Zurich dans son ordonnance de 2004. Seront exigés, un titre de formation postgrade selon la loi psy et une expérience professionnelle de 5 ans. Cela veut dire que les quelques personnes qui, à l'époque, ne remplissaient pas les conditions posées par l'ordonnance zurichoise vont pouvoir devenir formateurs dès 2013, à condition toutefois qu'elles aient un titre fédéral de formation postgrade selon la loi psy.

E Fondement scientifique et efficacité

Compatibilité et intégralité des différentes méthodes enseignées : aucune FFP ne dit enseigner des méthodes différentes de celles mises en œuvre dans son propre courant. La manière dont les FFP se concentrent sur une seule méthode montre que les institutions de la Charte sont attachées à leur concept traditionnel, avec son

épistémologie, son image de l'homme, ainsi que la manière dont la souffrance et la thérapie sont perçues. En d'autres termes, elles n'offrent pas un enseignement éclectique.

F Organisation de la FFP

Institution	Nombre 1 ^e série	Nombre 2 ^e série	Nombre 3 ^e série
CGJI	270 au total	42(CH)	90 au total
DaS	20	18	13
EAG/FPI	peu clair	peu clair	3 (CH)
EFAPO	-	pas enquêté	140
GFK	16	33	8
IBP	-	31	42
IFP	8	2	4
IGEAP	-	pas enquêté	3
IGW	39	28	41
IIBS	23	19	16
IKP	Ca. 20	6	7
ILE	-	pas enquêté	10
IPA	-	pas enquêté	4
IRG	-	-	11 selon la FSP, 4 selon l'ASP
ISAP	-	-	20
ISIS	16	8	8
L'ATELIER	-	-	5
MPT	-	-	6
ODeF	-	-	4
PSZ	50	36	30
SGBAT	13	16	6
SGIPA/AAI	50	44	3
SGTA	26	31	21
Szondi/SGST	10	6	4

Tableau 2: Nombre de candidats à la formation (futurs psychothérapeutes selon le standard de la Charte)

La question du nombre de candidats a été posée dans le cadre des trois séries d'évaluations.

On peut se demander si les chiffres se réfèrent exclusivement aux candidats qui projettent de s'établir en Suisse, en ce qui concerne en particulier les cas où ils sont particulièrement élevés (ICGJ et AAI/SGIPA). Il reste qu'à l'exception de l'IBP et de l'IGW, où la demande augmente, toutes les autres FFP enregistrent une nette baisse. Lorsqu'il s'agit de FFP relativement récentes, il n'est pas possible de déduire une tendance. Mais si nous laissons de côté les chiffres élevés indiqués par l'ICGJ et la SGIPA (il n'est pas clair à quoi ils correspondent), nous constatons que le nombre moyen de candidats par FFP a passé de 20 à 12. Celles des institutions qui comptent actuellement moins de 10 candidats vont devoir lutter ces prochaines années pour maintenir leur offre de formation postgrade.

Conclusion : l'accès multidisciplinaire à la formation en psychothérapie, prôné par la Charte, ne sera pas maintenu dans le contexte de la LPsy : l'État a rétréci la porte. Quant au maintien de la diversité des méthodes de psychothérapie – qu'avait également prôné la Charte –, il devient difficile dû aux conditions du marché.

Différentiation des différents diplômes et certificats: certaines des FFP offrant différentes formations (postgrades) ne séparent pas les offres les unes des autres. La Charte ne l'exige d'ailleurs pas, car cela peut représenter un enrichissement. Il reste que, sur les certificats, il faut mentionner clairement s'il s'agit d'un diplôme de psychothérapie en conformité avec la Charte ou si ce n'est pas le cas. Toutes les FFP le font.

Représentation des intérêts des candidats : cette question a été intégrée au questionnaire concernant la qualité structurelle suite à l'évaluation qui avait été faite dans le cadre de la deuxième série. La Charte n'exige pas l'institutionnalisation d'une représentation des candidats au sein de la FFP. Or, les standards de qualité formulés par la Confédération au sujet de l'accréditation ordinaire des FFP exigent que l'on tienne compte de la perspective des candidats dans le cadre du système de garantie de la qualité. Il faudra aussi organiser des enquêtes systématiques auprès des candidats.

En prévision de l'avenir, la CGQ a inclus une question pertinente dans le questionnaire ; cela devait lui permettre de savoir ce que les FFP ont déjà entrepris dans ce contexte.

Institution	Représentation institutionnalisée des intérêts des candidats
CGJI	Les candidats ont un représentant envers le curatorium et dans la commission des programmes (1 x par semestre), ainsi que lorsqu'une rencontre est organisée entre le curatorium et tous les étudiants
DaS	2 candidats participent à l'assemblée annuelle. Lors de la séance de clôture du semestre, on demande aux candidats quels sont leurs intérêts
EAG/FPI	Chaque groupe de formation délègue un porte-parole lors de l'assemblée des porte-parole. Rencontre annuelle avec l'assemblée plénière de l'EAG
EFAPO	Chaque groupe a un administrateur qui représente son groupe de formation
GFK	Séries régulières de feedback et évaluation écrite des séminaires et de l'ensemble de la formation. De plus, accès à la commission d'éthique
IBP	Représentation des candidats au sein du comité, par le biais d'une évaluation des filières et lors de débats avec les chargés de qualité, mesures à prendre comprises
IFP	Echanges informels et par le biais d'une évaluation annuelle des séminaires ; en plus, entretiens annuels auxquels participent les candidats et la direction
IGEAP	On peut s'adresser directement au comité ou à l'assemblée générale
IGW	Un coordinateur par groupe. Liaison directe avec l'organisation / le secrétariat. Rencontre annuelle des coordinateurs
IIBS	Organisation des peer groups et procès-verbaux, plus retours individuels dans le cadre des séminaires
IKP	Par le biais de l'Interessengemeinschaft IG IKP et feedbacks correspondant à une évaluation interne
ILE	Par le biais de questionnaires de rating remplis par les candidats, ainsi que de celui d'une conférence d'évaluation qui a lieu deux fois par an
IPA	Les étudiants élisent leur propre comité. Deux rencontres par an avec les étudiants, prise en compte de leurs intérêts, hotline téléphonique
IRG	Par le biais de l'association Psicologia Generativa, plate-forme des intérêts professionnels
ISAP	2 représentants au sein de la commission des programmes et lors des séances de la direction. Une rencontre par semestre entre la direction et les candidats
ISIS	Il s'agit d'une fondation au sein de laquelle les intérêts des étudiants ne sont pas officiellement représentés, mais les séminaires sont évalués par leurs participants
L'ATELIER	Par le biais d'un contact direct avec la direction
MPT	Par le biais de représentants des étudiants auprès de la direction des études, ainsi que grâce à : l'assemblée générale, un accompagnement personnel des étudiants, un feedback individuel et une évaluation interne
ODEF	Par le biais d'une évaluation de la formation et d'entretiens annuels avec la direction
PSZ	Rencontres entre peer groups et forum, au cours duquel les souhaits de l'assemblée des participants et de la direction du séminaire peuvent être présentés
SGBAT	Par le biais d'un évaluation, du droit de présenter des motions au comité de formation, ainsi que de motions adressées à l'AG
SGIPA/AAI	Pas de réponse requise, car la formation n'existe plus
SGTA	Les étudiants sont membres extraordinaires du groupe psychothérapie de la SGTA
Szondi/SGST	Par le biais d'un porte-parole ou lors de sessions

Tableau 3

Remarque : Il faut clairement faire la différence entre la prise en compte des intérêts des candidats et certaines formes d'évaluation interne ou les feedback individuels.

G Éthique

Il avait été demandé aux FFP d'envoyer un *exemplaire d'un contrat de formation* et presque toutes ont répondu à cette exigence de manière satisfaisante. Pour certaines d'entre elles, il a été suggéré que le contrat pourrait inclure mention des règles de déontologie, ce qui serait plus simple.

La question de la distinction entre les *fonctions de formateur dans le domaine de l'expérience sur soi et de formateur qualifiant se réfère* au code d'éthique de la Charte, art. 8, dans lequel il est dit que les fonctions de formateur en expérience sur soi et de formateur qualifiant doivent être clairement distinguées, sans qu'un profit financier soit visé. Cette disposition crée bien évidemment une tension entre l'évaluation du talent thérapeutique des candidats et le secret professionnel auquel sont soumis les formateurs en expérience sur soi. L'IBP propose que, pour ne pas risquer que l'un influe sur l'autre, il faudrait inclure une autre étape dans la formation, durant laquelle les capacités des candidats seraient évaluées sans que cela constitue une infraction au secret professionnel. En tout cas, cette séparation des rôles devrait être démontrée par écrit. Il ne suffit pas que le

formateur en expérience sur soi ne participe pas aux décisions pertinentes. Des données plus détaillées sont présentées dans le tableau 4, colonne 'distinction des rôles'.

On avait demandé aux FFP d'indiquer la manière dont leur propre commission d'éthique est organisée et comment elles garantissent que tous les membres de leur institution ayant une activité psychothérapeutique soient soumis à une commission d'éthique habilitée à prononcer des sanctions. Il faut qu'une évolution ait lieu dans ce domaine. Il est vrai qu'après la seconde série d'évaluations, il avait été demandé que tous les thérapeutes didacticiens et tous les superviseurs soient soumis à une commission d'éthique (ASP, FMH, FSP, SBAP) et que les règles d'éthique soient rendues obligatoires par le biais du contrat d'enseignement les liant à leur FFP. Mais cette garantie n'est pas donnée lorsque des membres des institutions ou organisations ne sont pas membres d'un groupement professionnel. De plus, la manière dont les candidats, en tant que thérapeutes en formation, sont soumis à une commission d'éthique n'est pas toujours claire. Certaines FFP ne disposent en outre pas de leur propre commission d'éthique, mais offrent un simple service de médiation (soit par principe, soit parce que les ressources personnelles, professionnelles et financières leur manquent). La fusion entre l'ASP et la Charte a permis de combler une lacune qui existe depuis longtemps : toutes les FFP sont maintenant soumises à la commission d'éthique de l'ASP. Faute de quoi, il aurait fallu modifier l'art. 10 du code déontologique de la Charte : il y est dit que pour remplir les conditions légales et statutaires de l'autorégulation, la Charte doit garantir que les règles déontologiques sont respectées en son sein et que c'est dans ce sens qu'elle oblige ses institutions à disposer d'une commission d'éthique chargée de contrôler le comportement de ses membres, qu'ils soient psychothérapeutes, formateurs ou candidats. Et il est dit dans l'art. 11 que chaque institution de la Charte règle [...] la manière dont les infractions aux règles de déontologie sont sanctionnées.

Institution	Distinction des rôles	Commission d'éthique	Sont soumis à CD
CGJI	documenté	uniquement service de médiation	les candidats pratiquent sous la responsabilité des superviseurs
DaS	pratiqué mais pas documenté	médiation seulement	n'existe pas
EAG/FPI	documenté	en fonction du droit public	régulé
EFAPO	défini dans les règles d'éthique	médiation seulement	peu clair
GFK	projet de documentation	rempli	rempli
IBP	projeté	pas de CD propre	rempli
IfP	pas suffisamment distingué	rempli	sans les candidats
IGEAP	documenté	projeté	projeté
IGW	différenciation pas documentée	rempli	rempli, mais besoin d'amélioration
IIBS	documenté	pas habilitée à prononcer des sanctions	rempli??
IKP	pratiqué mais pas documenté	rempli	rempli
ILE	pas documenté	pas habilitée à prononcer des sanctions	pas rempli
IPA	documenté	pas habilitée à prononcer des sanctions	pas rempli
IRG	pas documenté	interlocuteur seulement	pas rempli
ISAP	documenté	rempli	rempli
ISIS	projet de documentation	n'existe pas	pas rempli
L'ATELIER	documenté	rempli ??	projeté
MPT	documenté	rempli	rempli
ODeF	pas documenté	associée au PDH	pas rempli
PSZ	documenté	service de médiation	pas rempli
SGBAT	documenté, mais pas de distinction lors des ateliers de formation	rempli	rempli
SGIPA/AAI	obsolète	rempli	rempli ?
SGTA	projet de documentation	rempli	rempli
Szondi/SGST	documenté	soumis à l'ASP	rempli

Tableau 4

1.3 Résumé et conclusions

- Dans le cadre de la troisième série d'évaluation des institutions de formation postgrade de la Charte – actuellement 24 – nous avons d'abord cherché à savoir si les normes importantes sont respectées : accès à la formation, exigences du curriculum, qualification des formateurs et code d'éthique. Ce dernier mis à part, les FFP respectent bien les standards.
- Nous avons par ailleurs posé des questions sur l'introduction des passages modifiés du texte de la Charte et des règlements : aspects concernant la formation en psychothérapie pour enfants et adolescents, supervision en groupe, contrat de formation. En général, ces nouvelles normes de la Charte ont été très bien intégrées par les filières.
- La CGQ considère qu'il sera nécessaire d'approfondir le débat et, le cas échéant, de prendre des mesures sur les points suivants :
 - a) concernant une nette séparation des rôles entre les thérapeutes didacticiens et ceux qui qualifient les candidats ;
 - b) concernant la représentation des intérêts des candidats au sein des FFP ;
 - c) concernant l'exigence selon laquelle toutes les personnes exerçant une activité psychothérapeutique au sein d'une FFP doivent être soumises à une commission d'éthique habilitée à prononcer des sanctions lorsqu'elles ont enfreint au code d'éthique de la Charte.
- Il reste que le plus gros défi qui attend la Charte et ses FFP se présentera au moment où il s'agira de reprendre et d'implémenter les standards de qualité fixés par la LPsy pour obtenir l'accréditation ordinaire. Ceux-ci ne concernent pas uniquement la structure des FFP, mais aussi les processus et les résultats obtenus.

Au niveau des structures, une instance de plainte à laquelle les candidats peuvent s'adresser a été mise en place sous la responsabilité de la CGQ. Les standards de qualité de la LPsy (processus et résultats) sont maintenant intégrés au concept de qualité de la Charte. Ce concept a été approuvé par l'AM, après débat. Ensuite, d'autres débats (colloques) concerneront l'implémentation de ces standards par le biais des concepts de qualité des filières de formation, l'autonomie de ces dernières étant préservée.
- La Charte – organisation responsable – et l'ASP offrent aux institutions de formation la possibilité de présenter en leur nom les demandes d'accréditation ordinaire.

2. Examen des groupements spécialisés et de l'ASP, groupement professionnel

2.1 Introduction

Le rapport final concernant la troisième série d'évaluations des filières de formation postgrade de la Charte avait été présenté, débattu et approuvé par l'assemblée des membres de septembre 2012. La commission pour la gestion de qualité a ensuite lancé l'évaluation des groupements spécialisés et professionnels du point de vue de la manière dont ceux-ci respectent les normes de la Charte.

Les groupements suivants ont fait l'objet d'un examen :

Groupements spécialisés :

- SGST, Société suisse de thérapie analytique selon Szondi
- SGAP/SSPA, Société suisse de psychologie analytique
(Lors de la dernière série d'évaluations, ces deux groupements – qui collaborent à la formation au sein de l'Institut Szondi et de l'Institut C.G. Jung – avaient été considérés comme des institutions de formation postgrade de la Charte et non pas comme des groupements spécialisés).
- SVG, Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie et le

Groupement professionnel:

- ASP, l'Association suisse des psychothérapeutes, qui jusqu'à la fin 2013 avait été considérée comme un membre de la Charte.

Démissions :

Groupements professionnels

- Bündner Vereinigung für Psychotherapie (BVP)
- Vereinigung Ostschweizer Psychotherapeut(inn)en (VOPT)
- Verband der Psychotherapeuten beider Basel (VPB)

Groupement spécialisé :

- Société suisse des psychothérapeutes pour enfants et adolescents (SPK/SSPEA)

Nouveaux membres :

- La section psychothérapie du Psychodrama Helvetica (PDH) a été évaluée au titre de groupement spécialisé.
- A également été examiné l'institut de perfectionnement suivant : SIPT (Schweizer Institut für Psychotraumatologie). En tant que membre associé de la Charte, il offre des perfectionnements en psychotraumatologie, ces cours étant conformes à la Charte.

2.2 Détail des résultats

A Statuts et règlements

Forme juridique : Tous les groupements sont des associations au sens juridique.

La section psychothérapie du PDH est affiliée à l'association PDH. D'un point de vue juridique, le SIPT est une branche du Deutschen Instituts für Psychotraumatologie (qui est une association d'intérêt public).

Ancrage statutaire de l'affiliation à la Charte : il n'est pas déclaré de manière suffisamment explicite par tous les groupements. A dater de 2014, l'ASP n'est plus membre de la Charte, cette dernière étant devenue un organe y intégré.

Ancrage dans les statuts ou les règlements de la formation de base exigée pour l'accès à une formation postgrade (conforme à la Charte) : les textes en question devraient être mieux formulés (dans certains cas), alors que les différents standards de formation des membres devraient être qualifiés (de manière plus claire) dans les listes officielles. L'ASP, qui avait ouvert les standards exigés des psychothérapeutes souhaitant en devenir membres, est revenue à la condition suivante : les personnes souhaitant en devenir membres doivent démontrer qu'elles ont suivi une formation conforme à la Charte, c'est-à-dire une formation reconnue au niveau fédéral.

D Formateurs / formatrices

Procédure d'homologation des thérapeutes didacticiens et des superviseurs : la SGST et la SSPA sont compétentes pour nommer les formateurs de l'Institut Szondi ou de la SSPA elle-même. Dans le dernier cas, un règlement pertinent devrait être élaboré. Les autres groupements ne nomment pas eux-mêmes leurs formateurs.

Listes des formateurs / formatrices : les listes correspondent aux listes publiées par l'Institut Szondi, par l'Institut C.G. Jung et par l'Internationales Seminar für Analytische Psychologie (ISAP).

F Organisation du groupement

Représentation lors des colloques de la Charte et des assemblées des membres de cette dernière : on ne peut que se réjouir du fait que tous les groupements ont pu charger des délégués de ces tâches.

Nombre de membres du groupement et évolution de sa structure : deux groupements spécialisés enregistrent une baisse du nombre de leurs membres. Les démissions dues à l'âge n'ont pas été compensées par de nouvelles affiliations. Un groupement manifeste une tendance à une légère augmentation ; les données fournies par un autre n'ont pas été claires et l'ASP enregistre une augmentation du nombre de ses membres.

G Éthique

Règles actuelles de déontologie : tous les groupements disposent d'un code d'éthique. Seule la section psychothérapie du PDH doit encore adapter ses directives aux règles de déontologie en vigueur dans les institutions de la Charte.

Organisation du code de déontologie, membres n'appartenant pas à un groupement professionnel et leur soumission à une commission habilitée à prononcer des sanctions : maintenant que les membres de la Charte sont à nouveau affiliés à l'ASP, les groupements spécialisés peuvent se soumettre explicitement à la commission d'éthique de cette dernière. Cela permet de combler une lacune qui existe depuis longtemps, dans le sens où tous les membres des groupements – même petits – et des institutions de formation qui travaillent en tant que psychothérapeutes sont soumis à une commission de déontologie / d'éthique qui est habilitée à prononcer des sanctions. Par contre, la SSPA dispose de sa propre commission en la matière ; le SIPT respecte le code déontologique émis par son institution mère en Allemagne.

H Compléments

Désignation de la formation postgrade en psychothérapie dans les listes de membres : le SVG et le PDH doivent encore présenter leurs listes. Le SGST et la SSPA utilisent des désignations qui sont peu compréhensibles pour les personnes non informées. Depuis l'entrée en vigueur de la loi psy, l'ASP n'admet que les psychothérapeutes homologués au niveau fédéral ; elle projette d'inclure des détails sur les différents diplômes de ses membres. Ces données ne devraient toutefois pas être accessibles au grand public.

2.3 Conclusions en rapport avec les groupements spécialisés, l'ASP et le SIPT

La troisième série d'évaluation des groupements spécialisés et professionnels (appelés simplement groupements ci-dessous) a démontré les aspects qui avaient déjà été supputés au moment où le rapport final 2008 avait été publié :

- La manière dont la Charte conçoit la psychothérapie (jusqu'au 1.4 2013, accès multidisciplinaire à la formation postgrade, intégralité, interdisciplinarité et standards spécifiques en matière d'expérience sur soi et de supervision) n'obtient plus une majorité au sein des groupements régionaux.
- L'affiliation à la Charte de groupements appartenant à des courants représentés en son sein est maintenue ; mais ceux des groupements dont la méthode n'est pas représentée au sein de la Charte considèrent qu'apparemment leur affiliation ne sert à rien.
- Le seul groupement professionnel qui demeure membre – l'ASP – a une attitude moins ambivalente que par le passé à l'égard de la manière dont la Charte conçoit la formation en psychothérapie.
- Des tensions existent parmi les membres de la Charte, provoquées par les contrastes entre politique de la formation et politique professionnelle ; elles continuent à polariser les institutions de formation comme les groupements spécialisés et professionnels.
- La procédure mise en œuvre dans la troisième série d'évaluations est demeurée la même que pour les deux premières séries ; elle semble avoir fait ses preuves. Ses étapes sont les suivantes : examen des documents présentés, entretiens avec des représentants du groupement sur les points demeurés ouverts – si possible dans les locaux de ce dernier –, appréciation de son organisation et de son style, rédaction d'un procès-verbal final qui sera signé par le groupement et la CGQ. Elles ont abouti à des débats constructifs autour des thèmes de la qualité et de son développement. Il reste que seuls des standards qualitatifs peuvent vraiment être garantis. Dans ce sens, cette forme de gestion de qualité correspond pour l'essentiel à une garantie des structures.
- Le respect du label de la Charte représente un défi pour les groupements. Il est vrai que les principaux standards de ce label (standards de formation, code d'éthique, règles de déontologie, obligation de qualifier la formation des membres) sont dans l'ensemble bien respectés. Mais l'érosion des nombres de membres affiliés aux groupements de la Charte (vieillesse) et l'intégration de normes de formation émises par d'autres associations faitières exercent une pression sur les groupements de la Charte.
- Et enfin, il va prochainement être possible de soumettre tous les psychothérapeutes actifs à une commission habilitée à prononcer des sanctions – ce qui permettra de combler une lacune qui existe depuis des années.

Remerciements

Je remercie chaleureusement les membres de la Commission pour la gestion de qualité qui ont collaboré à l'important travail requis par la troisième série d'évaluations : Heinz Meier, Irène Muser, Fred Seiler et Anna-Leta Schucany

Auteur

Peter Müller-Locher, Dr. phil. et Master of Science in Organizational Development, gère son propre cabinet de psychothérapie ; il est également superviseur et conseiller en développement d'organisations. Il travaille depuis 38 ans en tant qu'analyste. Il a été pendant 11 ans membre du comité de la Société suisse d'analyse dasein et membre de sa commission de formation (dont 5 ans en tant que président). Il est membre du Seminar für Gruppenanalyse Zürich. Il est depuis 13 ans membre de la Commission pour la gestion de qualité de la Charte suisse pour la psychothérapie, qu'il préside depuis 12 ans.

Correspondance

Courrier : Mythenstrasse 82, 8810 Horgen, Schweiz.

Courriel: peter.mueller-locher@bluewin.ch

Bibliographie

- Buchmann, R., Schlegel, M. 2002: Die Entstehung der „Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren“ Psychotherapie-Forum 4/2002 S. 223-227
- Müller-Locher, P. 2008: Qualitätssicherung in der Psychotherapieweiterbildung: Ergebnisse der periodischen Überprüfung der Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychotherapie-Forum 2008 S.39 – 46
- Schlegel, M. Hrsg. 2002a: „Die Wissenschaftskolloquien der Schweizer Charta für Psychotherapie“, Psychotherapie-Forum 2/2002
- Schlegel, M. Hrsg. 2002b: Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren. Psychotherapie-Forum 4/2002 S.228 - 230
- Schulthess, P.: Qualitätssicherung in der Psychotherapieweiterbildung. Ergebnisse der periodischen Überprüfung der Mitglieder der Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychotherapie-Forum 3/2002. S. 165 – 173

Rezension

Verena Rattensberger und Pia Andreatta

Gottfried Fischer, Rosmarie Barwinski, Monika Becker-Fischer (unter Mitarbeit von Christiane Eichenberg): Emotionale Einsicht und therapeutische Veränderung: Manual der modernen tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapie

(2011) Kröning: Asanger. 235 Seiten, €34,50

Tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie muss sich durch die Neuerscheinung von Fischer und Kolleginnen nicht mehr dem Vorwurf der theoretischen und praktischen Inflexibilität aussetzen. Das Problem in diesen Therapieformen war unseres Erachtens eher der Mangel an einem praxeologischen Zugang und vermutlich weniger ihr geltendes Paradigma, welches an die Grenze seiner Gültigkeit gelangt wäre. Das therapeutische Handeln war letztlich zwar theoriegeleitet, aber in der Anwendung dann doch häufig therapeutischer Intuition überlassen. Damit war tiefenpsychologische und analytische *Anwendung* zwar vorhanden, aber nicht ausreichend genug „regelgeleitet“. Dies wird schon zu Beginn des Werkes deutlich, wenn sich die Autorinnen und der Autor mit der empirischen Wende in der Psychoanalyse befassen und damit dem Ruf nach wissenschaftlicher Transparenz gefolgt wurde. Doch bevor die verschiedenen Elemente des Buches und ihre Bedeutung für moderne Anwendung erläutert werden, soll das Ziel des Buches – so wie wir es verstanden haben – erörtert werden. Fischer und seine Kolleginnen reformieren die Psychoanalyse fundamental. Neben den Grundpfeilern wie Abwehrmechanismen, Übertragung und Widerstand wird die emotionale Einsicht als tiefgreifendes therapeutisches Veränderungsmoment aufgegriffen. Nur die ungehinderte Untersuchung von Affekten, der Ausdruck von Emotionen sowie die Erfahrung einer alternativen Beziehung im therapeutischen Arbeitsbündnis ermöglichen eine positive psychotherapeutische Wirkung und Nachwirkung. Die Einführung der dialektisch-ökologischen Sichtweise stellt eine weitere bedeutende Veränderung dar. Diese ermöglicht eine Verbindung und Ergänzung zur Traumatherapie. Durch diese Sichtweise wird der Komplexität der traumatischen Ätiologie sowie auch der Behandlung und Therapie Rechnung getragen, und es können Traumaparadigma und Neurosenparadigma ohne Theoriebruch zur therapeutischen Anwendung gelangen. In dieser traumaadaptierten Weiterentwicklung verlassen Fischer und Kolleginnen den zeitweilig vorherrschenden psychoanalytischen Mainstream und ziehen die Psychotraumatologie ins Zentrum der modernen Psychoanalyse. Die Psychotraumatologie zeigt sich als spezieller Bereich der kausalen Psychotherapie, unter Orientierung an der Ätiologie und einem dialektisch-ökologischen Denken. Die moderne Tiefenpsychologie und analytische Psychologie (TP/AP) zeigt sich fortschrittlicher hinsichtlich theoretischer Reflexion und empirischer Forschung. Wie bereits in Fischers (gemeinsam mit Kollegen verfassten) „Logik der Psychotherapie“ (2008; Kröning: Asanger Verlag) ist die gegenseitige Durchdringung von Theorie und Praxis Basis tiefenpsychologischen und therapeutischen Tuns und Denkens. Nur die Abstimmung von Empirie und Theorie ermöglicht Fortschritte in der Wissenschaft und stellt so den Begründungspfeiler der Psychotherapiewissenschaft dar. Fischer und seine Kolleginnen erfüllen dies mit der erkenntnistheoretischen Grundlage, der dialektisch-ökologischen Sichtweise, die im Mittelpunkt der modernen tiefenpsychologischen und analytischen Praxis steht. Dialektisches Denken enthüllt die Innenperspektive, die Geschichte menschlicher Subjektivität. Ökologisches Denken entspricht dem objektiven, umweltbezogenen Moment, in dem sich die Geschichte des Subjekts entfaltet. Um die Innenwelt zu verstehen, bedarf es der Erkenntnis der Außenwelt.

Eine weitere Bedeutung dieses Werkes zeigt sich in der ätiologischen Ausrichtung hinsichtlich Genese und Symptombehandlung. Diese Ausrichtung basiert auf der nosologischen Pyramide, bei welcher das Symptom als pathologische Endstrecke (S. 205) des Krankheitsgeschehens auftritt. Aufgrund des ätiologieorientierten Ansatzes werden Symptome aus ihrer überindividuell konstatierten Erscheinung entnommen und aus einem spezifischen Kontext verstanden. Auch eine Therapieplanung, welche sich ausschließlich am Symptombild orientiere, sei nicht zielführend. Psychotherapie, welche sich hingegen am polyätiologischen Modell orientiert, ermöglicht eine kausale Psychotherapie. Kausale Psychotherapie, ein bedeutendes Merkmal der modernen TP/AP, beinhaltet nicht nur das Ziel der Symptombeseitigung, sondern ebenso die Unterbrechung des Krankheitsprozesses und seine Rückführung in eine selbstregulierende Persönlichkeitsentwicklung. Gelingen in dieser Konzeptualisierung ist der Einsatz von handlungsbezogenen Interventionen. Die Autorinnen und der Autor bewirken damit sowohl eine Abgrenzung als auch eine Annäherung an die Verhaltenstherapie mit dem Ziel der Förderung einer „semiotischen Progression“. Nur eine präzise Beschreibung des Vorgehens gewährleistet die adäquate Einbettung der behavioralen Trainingselemente in die entwicklungsorientierte Therapie, wobei die psychodynamische Fallkonzeption sowie die Beziehungsgestaltung stets Vorrang haben. Die Darstellung und Beschreibung der besonderen Merkmale der modernen TP/AP steht den Kapiteln der „therapeutischen Veränderung“ und des „psychotherapeutischen Dialogs in Theorie und Praxis“ gegenüber. Besondere Beachtung findet in diesem Kontext die Übertragungsbeziehung, welche nach wie vor den Motor der Veränderung darstellt. Im psychotherapeutischen Dialog wird besonderes Augenmerk auf die Epistemologie der psychotherapeutischen Praxis mit den Stufen Phänomenologie, Hermeneutik und Dialektik gelegt. Fallbeispiele demonstrieren die „Aufhebung“ von pathogenen Konflikten, Widersprüchen und Symptomen mit Hilfe der einzelnen Stufen der Interventionslehre. Themen wie Abwehr und Widerstand finden in gesonderten Kapiteln ihren Niederschlag. Neben der Dialektik und dem ökologischen Denken wird die klassische Deutungslehre um das semiotische Instrumentarium erweitert. Die Semiotik wird sowohl auf der Ebene der Symptomatik als auch auf der der Interventionen ausgeführt. Dass das Buch nicht nur informiert, sondern darüber hinaus zum Studium einlädt,

zeigt der didaktische Aufbau. Jeder Themenblock wird von einer Kurzfassung, welche die wichtigsten Thesen enthält, angeführt. Bereits eine anfängliche Kurzübersicht über den Gesamthalt ermöglicht ein umfassendes und vertieftes Verständnis. Darüber hinaus werden die einzelnen Kapitel mit Verständnis- und Feedbackfragen zur Orientierung beendet. Dies macht die Arbeit auch zu einem Trainingsmanual für die berufliche Praxis, für Studierende und andere interessierte Leser. Das Buch führt konsequent frühere Werke des Erstautors weiter und ebenso zusammen. In „Emotionale Einsicht und therapeutische Veränderung“ wird dem Leser, der Leserin nicht mehr wie in „Logik der Psychotherapie“ jeweils im Detail die theoretische oder geisteswissenschaftliche Herleitung einer Annahme begründet, sondern darauf auf- und weitergebaut. Dadurch werden die Lesenden zwar scheinbar mit einer Menge „Setzungen“ konfrontiert, für deren Herleitung sie die früheren Werke konsultieren müssten, dafür aber sollte sich ihnen die praxeologische Nutzbarkeit wohl rascher eröffnen. Dies macht dieses Buch zwar trotzdem zu einem „Nachschlagwerk“, aber eben mit der Einschränkung, dass es zum Manual wird. In jedem Fall ist dieses Buch als Lehr- und Arbeitsbuch zu verstehen. Letztlich tragen Fischer und Kolleginnen nicht nur zur weiteren Entwicklung psychotherapeutischer Tiefenpsychologie bei, sondern begründen die Psychotherapiewissenschaft mit bzw. tragen zu ihrer weiteren Verankerung bei. Sie blicken anhand ihres dialektisch-ökologischen Modells und den von ihnen ausgeführten „besonderen Merkmalen der modernen TP/AP“ hinter die Erscheinungsbilder. Ein Ansatz, der sich auf den Umgang mit Widersprüchen versteht und eine beschränkte Sichtweise verlässt. Mit ihrem Werk stellen sie ein Manual für die psychotherapeutische Praxis bereit, welches das moderne Bild der Psychoanalyse, aber auch ihre alten, bewährten Grundmauern wiedergibt. Zu empfehlen ist dieses praxisorientierte Manual sowohl informierten und interessierten Laien als auch Theoretikern und Praktikern aus den Bereichen der psychotherapeutischen und psychologischen Heilkunde.

Korrespondenz

Dr. Pia Andreatta, Universität Innsbruck, Institut für Psychosoziale Intervention und Kommunikationsforschung,
Maximilianstrasse 2/ 214A - 6020 Innsbruck

Rezension

Theodor Itten

Ulrich Sollmann: Einführung in Körpersprache und nonverbale Kommunikation

2013. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 128 Seiten, €13.95

Jedes Mal, wenn wir PsychotherapeutInnen einer neuen Patientin (Patienten immer auch mit gemeint) begegnen, haben sie und wir eine Chance einen ersten Eindruck zu machen. Es gibt keine zweite, weil das Leben jeweils die Aufführung ist, und keine Hauptprobe dazu. Somit wird auf beiden Seiten der psychotherapeutischen Begegnung zugleich ein Duett angestimmt: Ich sehe, ich fühle, ich denke, ich vermute, ich spüre, ich ahne. Da wir jeweils schon immer mehr wahrnehmen, als wir bereit sind zu sagen oder sagen können, wenn die Worte dazu noch fehlen, ist Sollmanns Einführung in die Körpersprache und nonverbale Kommunikation eine willkommene Ergänzung. In seinem dicht geschriebenen Buch von 128 Seiten finden wir für die sprachliche Kultivierung der Gefühls- und Wahrnehmungsbenennung, welche wir in einem Gespräch auszudrücken versuchen. Seine Grundthese lautet: *Körpersprache ist immer Kommunikation. Kommunikation immer auch körperlicher Ausdruck / Begegnung / Handeln*. Sofort werden Verhaltens- und Erfahrungsweisen sozial und kulturell verständlicher. Sollmann versucht eine übersichtliche Einführung in dieses viel beschriebene und erforschte Themenfeld für unseren Beruf. Seine Hauptlinie orientiert sich an seiner Praxiserfahrung in Bochum als Gestalttherapeut, Bioenergetiker und Coach. Seine Ausführungen nennt er eine Tour d'Horizon, auf der er erst Einblicke in die Geschichte und Literatur zur Körpersprache und ihre vielseitigen Betrachtungsweisen gibt. Danach betrachtet er en détail Körperhaltungen, Bewegungen, Gesten und Mimik und verschiedene Sinngaberepertoires. Als Bioenergetiker betrachtet der Autor typische körpereigene Kreisläufe. Luc Ciompis Affektlogik bekommt einen eigenen Auftritt im Bereich der psychophysischen Entwicklung des Menschen. Jede und jeder von uns hat eine eigene körpersprachliche Biographie. Unsere Ursprungsfamilie und ihre transgenerationalen Verhaltensweisen bestimmen uns im Aufwachsen nachahmende Wesen stark. In der Pubertät und späten Adoleszenz finden wir neue körpersprachliche Mitteilungsversionen, welche wir durch Frisur, Verkleidung und Modetrends kommunizieren. Der innere Wahrnehmungssturm visueller Eindrücke und gehörter Mitteilungen im Praxisalltag, ob Patientin oder Psychotherapeutin (Psychotherapeuten immer mitgemeint), drängt auf die Entladung in einer sinngebenden Einheit, welche sprachmelodiös erkannt werden kann. Emotionen sind bewegende Körperregungen, durch die wir eigene und fremde Gefühlskommunikationen spüren. Affekte werden in der zwischenmenschlichen Kommunikation spürbar. Sollmann hebt den Vorhang zu seiner Praxistätigkeit und spielt in den letzten dreissig Seiten seine Souveränität aus. Neben kurzen Fallgeschichten gibt er freimütige Beispiele seiner Spontanprotokolle, Bild-Narration sowie Einstimmungen in seine eigene Seele und der von Patientinnen. Dieses ab und zu leicht in Dissonanz zu lesende Buch – eine theoretische Einführung bringt viele andere Stimmen zum Klingen – endet ohne Scheu vor dem Fremden und Unberechenbaren in uns, das die andere schon immer wahrnimmt. Sollmanns Anleitung zum augenblicklichen Wahrnehmen zentriert ein gutes kommunikative Gelingen.

Autor

Theodor Itten ist Psychotherapeut ASP und Redaktor dieser Zeitschrift

Rezension

Liliana Merk

Nicola Gianinazzi: Scienza psicoterapeutica (SPT/PTW) – Un approccio alla vita umana

2014 Lugano: Edizioni IRG, 260 pagine. €20.-

Il nuovo testo di Nicola Gianinazzi, appena pubblicato sia in veste cartacea che eBook, come nei precedenti scritti si struttura attorno a un ampio e a volte sorprendente dialogo interdisciplinare e interprofessionale.

La riflessione dell'autore parte dalla pratica, dall'esperienza vissuta, dal considerare le diverse soggettività che, nel quadro di una psicoterapia, si incontrano e danno vita a una relazione clinica: temi che riecheggiano Bion e su cui ha indagato tutta l'ampia letteratura fenomenologica, fino a comprendere gli anglosassoni *qualia*.

L'attenzione dell'autore si focalizza in particolar modo sulla ricerca clinica in psicoterapia, attualmente condotta anche in altri paesi, da esponenti di altre Scuole di psicoterapia, e che porta a evidenziare l'importanza della relazione.

Il discorso non è prevalentemente teorico-accademico, bensì pratico-professionale, orientato alla formazione degli psicoterapeuti e invita a una riflessione sulla pratica.

Proprio una riflessione che parte dalla pratica giustifica e motiva il continuo approfondimento del modello della Scienza psicoterapeutica SPT/PTW, promosso dall'Associazione svizzera degli psicoterapeuti e delle psicoterapeute, in collaborazione – ancora in una fase progettuale rispettivamente ideativa – con la Scuola universitaria della Svizzera italiana (SUPSI) e con il Politecnico di Zurigo (ETH).

Su questo modello si basa del resto il discorso interdisciplinare in sé e l'autore, partendo da quest'assunto, si muove alla ricerca dei partner professionali più idonei: in passato aveva sviluppato riflessioni legate al counseling, ora ne porta avanti altre, legate alla psichiatria. Un modello solido di scienza psicoterapica sistematizza professionalità differenti, ma in stretto rapporto l'una con l'altra. Interessante la tesi secondo la quale proprio questa sistematizzazione, a partire da un modello pratico forte, consentirebbe anche la collocazione teorica della psicoterapia tra i titoli accademici di dottorato. Questo tocca principalmente la seconda ed ultima parte del libro (cap. 3-10).

Nel secondo capitolo si tenta una breve sintesi degli elementi filosofici classici e moderni che hanno rilevanza per tale pratica, con un aggancio importante alla fenomenologia (Husserl, Heidegger, Binswanger). Anche la filosofia sembra invitata a farsi pratica attraverso le riflessioni portate avanti da autori come Wittgenstein e Galimberti.

Gianinazzi indica nell'umanità della relazione psicoterapeutica la base fondante, la *conditio sine qua non* di possibilità kantiana della psicoterapia stessa, e sviluppa le sue argomentazioni partendo sempre dai suoi "maîtres à penser": Freud, Bion e Marcoli.

Il testo si costella allora di note ricche e numerose, che servono un po' da "glosse" del testo centrale, un po' come i medievali solevano fare nel commentare i testi.

Nelle note saltano allora agli occhi complessi e strutturanti riferimenti alla transdisciplinarietà di Morin e a una parte del pensiero sulle scienze naturali dei Pragier e di Mancuso: ecco allora che concetti come "emergenza", "organizzazione" e "complessità" permettono di accedere e recepire i dati più innovativi, provenienti dalle scienze attuali più dure che si occupano dell'umano. Non da ultimo va riconosciuta l'importanza della chiave di lettura proposta da Gianinazzi per aprire un'interpretazione del mondo a partire da un nuovo assioma natural-umanistico: il "caos deterministico" (Bohr e Pragier).

Le neuroscienze infatti occupano molte delle note e dell'impianto di questo testo; ispirandosi ampiamente al nuovissimo libro di Ceroni, Savoldi e Vanzago, l'autore si richiama ai neuroscienziati e filosofi della mente più rinomati per fare da corollario ai modelli e alle metafore compatibili con il suo discorso, con la psicoanalisi e la psicoterapia in genere.

Tra questi troviamo: Agnati, Azzone, Crick, Damasio, Di Francesco, Dennet, Edelman, Kandel, Koch, McGinn, Nagel, Noë, Panksepp, Penrose, Purves, Searle, Siegel, Solms e Varela.

In questo ambito la convergenza logico-empirica come metodo inaugurato da Fischer può espletarsi ancora meglio in campo filosofico (materia spirituale e spirito materiale come sintesi alla Hegel e alla Morin) e teologico: l'opzione finalistica e teista, riprese in modo serio e "rivoluzionario" da Nagel.

Qui s'incontrano anche i neologismi di Gianinazzi, che dovrebbero permettere e facilitare il *novum* filosofico di un superamento del dualismo corpo-mente e mente-consapevolezza: mentecorpo, psicosoma, eco-soma-psiche. Il superamento dei dualismi è l'altra tesi portante del libro.

Il tutto si conclude con 4 vignette cliniche (cap. 9.1-4) che cercano di descrivere e narrare il nucleo trasformativo di una relazione terapeutica sufficientemente buona.

Il libro non vuole dare risposte ma affrontare tematiche tuttora aperte, per stimolare il dialogo e invitare a lasciarsene stimolare.

Autorin

Liliana Merk (Psicoterapeuta ASP e FSP) arbeitet selbständig am IRG, Schwerpunkte: Psychotraumatologie und Mindfulness.

Rezension

Liliana Merk

Nicola Gianinazzi: Psychotherapie-Wissenschaft (SPT/PTW) – Ein Ansatz zum menschlichen Leben

2014 Lugano: Verlag IRG, 260 Seiten. EURO 20.00

Der neue Text von Nicola Gianinazzi, soeben in Buchform wie als eBook erschienen, strukturiert sich, wie schon in seinen früher geschriebenen Büchern, als breiter und teilweise überraschender interdisziplinärer und interprofessioneller Dialog.

Die Reflexion des Autors beginnt bei der Praxis, der eigenen Erfahrung, in Erwägung der verschiedenen Subjektivitäten die im Rahmen einer Psychotherapie aufeinanderstossen und einem klinischen Zusammenhang Sinn geben: Themen, die an Bion erinnern und auf welchen die breite phänomenologische Literatur beruht und zum Verständnis der angelsächsischen „*qualia*“ (subjektiver Erlebnisgehalt eines mentalen Zustandes) führen.

Die Aufmerksamkeit des Autors fokussiert in spezieller Art auf die klinische Untersuchung der Psychotherapie, welche zurzeit auch in anderen Ländern geführt wird, von Exponenten anderer Psychotherapielehren und die Bedeutung der Zusammenhänge hervorhebt.

Das Thema ist nicht überwiegend theoretisch-akademisch, aber praxis-professionell, und orientiert sich an der Ausbildung der PsychotherapeutInnen und regt die Reflexion der Erfahrungen an.

Gerade die Reflexion der eigenen Erfahrungen rechtfertigt und begründet die stetige Vertiefung des Modells der Psychotherapie-Wissenschaft (PTW), gefördert durch die Schweizer Assoziation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, in Zusammenarbeit – noch in der Projektphase bzw. Planung – mit der universitären Schule der italienischen Schweiz (SUPSI) und mit dem Polytechnikum von Zürich (ETH).

Auf diesem Modell basiert im Weiteren der interdisziplinäre Dialog. Der Autor, der von dieser These ausgeht, ist auf der Suche nach professionellen und geeigneten Partnern: in der Vergangenheit hatte er Reflexionen verbunden mit „Counseling“ entwickelt, jetzt regt er andere an, verbunden mit der Psychiatrie. Ein beständiges Modell der Psychotherapie-Wissenschaft systematisiert verschiedene Professionalitäten, jedoch in enger Beziehung der einen zur anderen. Interessant ist die These, gemäss welcher gerade die Systematisierung aufgrund eines stark praktischen Modells eine theoretische Gliederung der Psychotherapeuten zu den akademischen Titeln erlauben würde. Dies wird hauptsächlich im zweiten und letzten Teil des Buches behandelt (Kap. 3-10).

Im zweiten Kapitel wird versucht, eine kurze Synthese der klassischen und modernen philosophischen Elemente aufzuzeigen, welche relevante Bedeutung für diese für die Praxis haben, mit Bezug zur Phänomenologie (Husserl, Heidegger, Binswanger). Auch die Philosophie scheint geeignet für die Reflexion mit Autoren wie Wittgenstein und Galimberti.

Gianinazzi verweist in der Gesamtheit der psychotherapeutischen Beziehungen auf den Grundbegriff „*conditio sine qua non*“, der Möglichkeit „Kantiana“ der Psychotherapie selbst und entwickelt seine Argumentationen ausgehend von seinen „*maîtres à penser*“: Freud, Bion und Marcoli.

Der Text konstatiert sich aus wertvollen und zahlreichen Anmerkungen, welche zum Teil als „Glosse“ zum Haupttext dienen und sich in der Beschreibung der Texte ein wenig mittelalterlich abheben soll.

Bei den Anmerkungen werden komplexe und strukturierte Verweise auf die Transdisziplinarität von Morin hervorgehoben und teilweise die Bezüge zur Naturwissenschaft von Pragier und Mancuso: Begriffe wie „Dringlichkeit“, „Organisation“ und „Vielschichtigkeit“ erlauben die aktuellen und haltbaren neuesten Daten der Forschung, die sich mit der Menschlichkeit befassen, aufzunehmen. Nicht zuletzt ist die Bedeutung des Zugangs zur Literatur anzuerkennen, wie ihn Gianinazzi vorschlägt, um die Interpretation der Welt zu öffnen mit einem neuen natur-humanistischen Axiom: das „deterministische Chaos“ (Bohr und Pragier).

Die Naturwissenschaftler befassen sich mit mehreren dieser Anmerkungen und dem Gesamttext, angeregt durch das neueste Buch von Ceroni, Savoldi und Vanzago. Der Autor beruft sich auf die bedeutenden Naturwissenschaftler und Geisteswissenschaftler um einen Zusammenhang zu den Modellen und Metaphern zu schaffen, die kompatibel sind zu seinem Dialog mit der Psychoanalyse und der Psychotherapie im Allgemeinen.

Unter diesen finden wir: Agnati, Azzone, Crick, Damasio, Di Francesco, Dennet, Edelman, Kandel, Koch, McGinn, Nagel Noë, Panksepp, Penrose, Purves, Searle, Siegel, Solms und Varela.

In diesem Bereich kann die logische-empirische Übereinstimmung mit der Methode von Fischer im philosophischen Bereich (spirituelle Materie und geistiges Material gemäss Synthesen von Hegel und Morin) und der Theologie noch besser verdeutlicht werden, die „theistische“ Schlussfolgerung wurde auf zuverlässige und „revolutionäre“ Art von Nagel zusammengefasst.

Hier stösst man auch auf die Neologismen von Gianinazzi, welche das philosophische „*novum*“ einer Überschreitung des Dualismus Körper-Geist und Geist-Bewusstsein erlauben und erleichtern: Geist-Körper, Psychosomatik, Öko-Soma-Psyche. Die Überschreitung des Dualismus ist eine weitere tragende These des Buches.

Das Ganze schliesst mit 4 klinischen Karikaturen (Kap. 9.1-4), welche versuchen, den sich wandelnden Kern einer ausreichend guten therapeutischen Beziehungen zu beschreiben.

Das Buch möchte keine Antworten geben, aber mit immer noch offenen Themen konfrontieren, den Dialog anregen und sich stimulieren lassen.

Übersetzt aus dem Italienischen von Miriam Marri