



Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Evaluation von Psychotherapieverläufen

Évaluation de déroulements de psychothérapies

Herausgegeben von Peter Schulthess und Lea-Sophie Richter

12. Jahrgang

Heft 1 / 2022

ISSN 1664-9583

Peter Schulthess

Evaluation von Psychotherapieprozessen in der täglichen Praxis

Évaluation de processus psychothérapeutiques dans la pratique quotidienne

Alice Holzhey

Evaluation von daseinsanalytischen Therapien

Évaluation de thérapies analytiques du dasein

Elisa Tommasin

Ich werde dich für immer lieben, auch wenn ich dich niemals geliebt habe

Ti amerò sempre anche se non ti ho mai amato

Je t'aimerai éternellement même si je ne t'ai jamais aimé

Günter Schiepek

Prozess- und Outcome-Evaluation mithilfe des Synergetischen Navigationssystems (SNS)

Évaluation du processus et du résultat à l'aide du système de navigation synergétique (SNS)

Nane Ohanian

Umgang mit psychischen Erkrankungen

La gestion des maladies mentales

Magdalena Schwabegger & Christiane Eichenberg

Sexuelle Grenzverletzungen und -überschreitungen in Psychotherapien

Violations et transgressions des limites sexuelles dans le cadre de psychothérapies

Lucia Beltrami

Gewalt in Liebesbeziehungen von Jugendlichen

Violenza nelle coppie di adolescenti

Violence au sein des groupes d'adolescents

Mara Foppoli

Kinder und Jugendliche in der Pandemie

Bambini e giovani nella pandemia

Les enfants et les jeunes durant la pandémie



Herausgegeben von der Assoziation Schweizer
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten



Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Evaluation von Psychotherapieverläufen

Évaluation de déroulements de psychothérapies

Herausgegeben von Peter Schulthess und Lea-Sophie Richter

12. Jahrgang

Heft 1 / 2022

ISSN 1664-9583



Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft
ISSN 1664-9583 (Print-Version)
ISSN 1664-9591 (digitale Version)
12. Jahrgang Heft 1/2022
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1>
info@psychotherapie-wissenschaft.info
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Herausgeber

Assoziation Schweizer
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Geschäftsstelle ASP
Riedtlistr. 8
CH-8006 Zürich
Tel. +41 43 268 93 00
www.psychotherapie.ch

Redaktion

Mara Foppoli, Lugano
Lea-Sophie Richter, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich

Hinweise für AutorInnen befinden
sich auf der Homepage der Zeitschrift:
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstr. 10
D-35390 Gießen
+49 6421 96 99 78 26
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Abo-Verwaltung

Psychosozial-Verlag
bestellung@psychosozial-verlag.de

Bezugsgebühren

Jahresabonnement 44,90 € (zzgl. Versand)
Einzelheft 24,90 € (zzgl. Versand)
Studierende erhalten gegen Nachweis 25 % Rabatt.
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern
nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Ende des Bezugs-
zeitraums erfolgt.
ASP-Mitglieder wenden sich wegen des Abonnements bitte
direkt an die ASP.

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de
Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de
einschbaren Mediadaten.
ASP-Mitglieder wenden sich bitte direkt an
die ASP-Geschäftsstelle: asp@psychotherapie.ch

Digitale Version

Die Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft ist auch online
einsehbar: www.psychotherapie-wissenschaft.info



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Inhalt

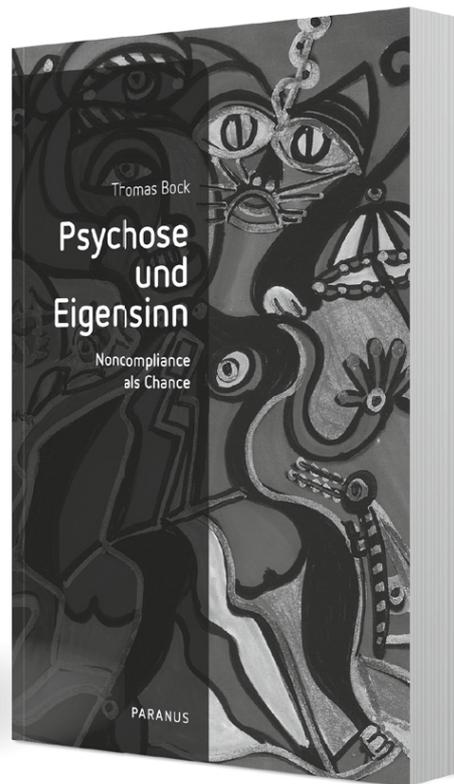
Editorial Éditorial <i>Peter Schulthess & Lea-Sophie Richter</i>	5 7	Originalarbeiten Articles inédits	
Titelthema: Evaluation von Psychotherapieverläufen Thème principal: Évaluation de déroulements de psychothérapies		Umgang mit psychischen Erkrankungen Ein Vergleich zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund La gestion des maladies mentales Une comparaison entre les patients avec et sans antécédents de migration <i>Nane Ohanian</i>	69 75
Evaluation von Psychotherapieprozessen in der täglichen Praxis Évaluation de processus psychothérapeutiques dans la pratique quotidienne <i>Peter Schulthess</i>	11 17	Sexuelle Grenzverletzungen und -überschreitungen in Psychotherapien Eine Befragung unter österreichischen Psychotherapeut/innen und Folgetherapeut/innen betroffener Patient/innen Violations et transgressions des limites sexuelles dans le cadre de psychothérapies	77 87
Evaluation von daseinsanalytischen Therapien Bericht aus einem Seminar des Daseinsanalytischen Seminars DaS Évaluation de thérapies analytiques du dasein Rapport provenant d'un séminaire du séminaire analytique du dasein DaS <i>Alice Holzhey</i>	23 31	Une enquête réalisée sous des thérapeutes (h/f) autrichiens ayant pris la suite de patients (h/f) concerné(e)s <i>Magdalena Schwabegger & Christiane Eichenberg</i>	
Ich werde dich für immer lieben, auch wenn ich dich niemals geliebt habe Ti amerò sempre anche se non ti ho mai amato Je t'aimerai éternellement même si je ne t'ai jamais aimé <i>Elisa Tommasin</i>	33 41 49	Gewalt in Liebesbeziehungen von Jugendlichen Beobachtungen zu Teen Dating Violence in Zeiten der Pandemie Violenza nelle coppie di adolescenti Riflessioni sulla teen dating violence in tempi di pandemia Violence au sein des groupes d'adolescents Réflexions sur la violence dans les relations chez les adolescents par temps de pandémie <i>Lucia Beltramini</i>	89 95 99
Prozess- und Outcome-Evaluation mithilfe des Synergetischen Navigationssystems (SNS) Évaluation du processus et du résultat à l'aide du système de navigation synergétique (SNS) <i>Günter Schiepek</i>	51 63	Kinder und Jugendliche in der Pandemie Wie erleben sie die Veränderungen, die ihr und unser Leben durcheinandergebracht haben? Bambini e giovani nella pandemia Come stanno vivendo i cambiamenti che hanno travolto le loro e le nostre vite? Les enfants et les jeunes durant la pandémie Comment vivent-ils les changements qui ont submergé leur vie et la nôtre ? <i>Mara Foppoli</i>	101 105 109
Some contributions on psychotherapy process research published in the Italian journal <i>Psicoterapia e Scienze Umane</i> («Psychotherapy and the Human Sciences») Alcune pubblicazioni sulla ricerca sul processo della psicoterapia apparse sulla rivista <i>Psicoterapia e Scienze Umane</i> <i>Paolo Migone</i>	65	Buchbesprechung Christian Fuchs (2021). Der Körper, das Trauma und der Affekt. Theorie und Praxis der Polyvagaltheorie in der Psychotherapie <i>Peter Schulthess</i>	111

Know-how zur Psychosenpsychotherapie



Das Buch wirbt für einen biographisch verstehenden Zugang und zeigt auf, wie schematherapeutisch orientiertes Arbeiten im Rahmen eines integrativen, emotions- und bedürfnisorientierten Ansatzes Genesungsprozesse fördern kann.

Friederike Schmidt-Hoffmann
Integrative Psychosenpsychotherapie
240 Seiten, 35,00 €
ISBN 978-3-88414-855-6
eBook 27,99 €



Thomas Bock berichtet von kreativen Wegen des Zugangs zu jungen Ersterkrankten und zu langfristig Psychoseerfahrenen. Sein Credo: Gerade von eigensinnigen Patient*innen können wir viel lernen über die Bedeutung von Psychosen, die notwendigen strukturellen Veränderungen der Psychiatrie, über angemessene Beziehungskultur.

Thomas Bock
Psychose und Eigensinn
192 Seiten, 18,00 €
ISBN 978-3-96605-177-4
eBook 14,99 €

Editorial

Das Thema dieses Hefts hat einen aktuellen Anlass. Die routinemässige Evaluation von Psychotherapieverläufen in der täglichen Praxis wird politisch immer mehr zum Thema. Hat das Bundesamt für Gesundheit in der aktuellen Akkreditierungsverordnung als Kriterium für die Wieder-Akkreditierung von Weiterbildungsgängen festgehalten, dass diese ein Qualitätskonzept zur Evaluation derjenigen Therapien, die Lernende im Rahmen ihrer Weiterbildung durchzuführen, vorzulegen haben, so kam mit dem Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell zur Abrechnung der Psychotherapie zulasten der Krankenkassen auch die Diskussion auf, wie ein Qualitätskonzept der einzelnen Praxen aussehen soll. Dabei wird neben der Struktur- und Prozess- auch die sogenannte Ergebnisqualität zu evaluieren sein. Noch ist nicht klar, was für konkrete Anforderungen die Tarifpartner und das BAG wirklich aushandeln werden, dennoch tun PsychotherapeutInnen gut daran, sich mit den Möglichkeiten der Evaluation von Therapieverläufen zu befassen. Was für Instrumente eignen sich? In welchem Wissenschaftsverständnis soll evaluiert werden?

Psychotherapieevaluation fand bisher meist im Rahmen der Wirksamkeitsforschung statt, nicht in der täglichen Praxis, ausser in Kliniken und manchen Ambulatorien. Auch in der Forschung gibt es eine heftige Debatte über die Methodenfrage und geeignete Forschungsdesigns. Die aktuelle Psychotherapieforschung zeigt, dass es nicht die Methode ist, die den Erfolg ausmacht. Über alle Schulen betrachtet sind die Resultate ähnlich. Hingegen zeigt sich, dass es in allen Therapierichtungen TherapeutInnen gibt, die bessere, mittlere oder schlechtere Ergebnisse erzielen. Das führte dazu, dass heute in der Forschung vermehrt die Frage nach den Skills der TherapeutInnen und nach der Passung der Persönlichkeiten von TherapeutIn und PatientIn in den Fokus gerückt ist als die Methodenfrage. Insofern ist es nicht abwegig, wenn von Therapierenden erwartet wird, dass sie über ein Qualitätssicherungs- bzw. Qualitätsentwicklungsmodell verfügen, in dem die Ergebnisqualität mitberücksichtigt wird in der Form eines routinemässigen Monitorings der Therapieverläufe, sodass auch aus Fehlern gelernt werden kann.

In diesem Heft finden sich fünf Beiträge zum Titelthema, die verschiedene Möglichkeiten aufzeigen.

Peter Schulthess führt in seinem Beitrag in das Thema ein und publiziert in einem zweiten Teil eine Zusammenstellung einer Ad-hoc-Arbeitsgruppe, die Empfehlungen zu Händen der Weiterbildungsanbieter erarbeitet hat und eine Übersicht validierter Instrumente bietet. Die Arbeitsgruppe empfiehlt den Einsatz verschiedener Mittel: systematische Dokumentation des Prozesses, Supervision oder Qualitätszirkel und den Einsatz wenigstens eines Instruments und einer Form der gemeinsamen Erkundung und Evaluation des Prozesses, wo auch die Sicht der PatientInnen erfasst wird: Interview oder Symptombelastungsfragebogen.

Alice Holzhey kritisiert in ihrem Beitrag eine Verengung des Wissenschaftsverständnisses der universitären Psychologie, das sich ihrer Meinung nach zu sehr an einem naturwissenschaftlich-empirischen Modell orientiert. Sie plädiert dafür, dass die Mittel, mit denen Verläufe dokumentiert und evaluiert werden, der jeweiligen Therapierichtung angepasst sein sollen, und spricht der geisteswissenschaftlichen, philosophischen Wissenschaftstradition der Hermeneutik das Wort zu. Veränderung in Psychotherapien bloss auf der Ebene der Symptomveränderung zu belegen, ist für sie zu eingengt, da hier ihrer Meinung nach dem innerpsychischen Prozess zu wenig Rechnung getragen wird. In der Heidelberger Umstrukturierungsskala sieht sie einen tauglichen Ansatz, auch Veränderungen der seelischen Strukturen erkennen zu können.

Elisa Tommasin zeigt in ihrem Beitrag eine Falldarstellung, wie sie aus einer systematischen Dokumentation eines Therapieverlaufs erarbeitet werden konnte. Vorangestellt ist eine Beschreibung des Therapiemodells. Dann beschreibt sie den Anlass zur Therapie, gefolgt von Erläuterungen zum Verlauf (mit Bezug zum theoretischen Modell). Zum Abschluss findet die Selbsteinschätzung der Patientin zum Therapieverlauf und -ergebnis Eingang in die Falldarstellung. Das ist ein schönes Beispiel eines qualitativen Forschungsansatzes zur Evaluation von Therapieverläufen.

Günter Schiepek stellt mit dem Synergetischen Navigationssystem (SNS) ein ausgeklügeltes Modell eines Monitorings dar, das qualitative und computergestützte empirische Ansätze verbindet. Das computergestützte Monitoring mittels einer App, das PatientInnen zur Verfügung gestellt wird, erlaubt den Therapierenden, allfällige Fehlentwicklungen im Therapieprozess schnell zu erkennen und in der nächsten Therapiestunde zu thematisieren. Therapieziele und zu beobachtende Kriterien werden zu Therapiebeginn gemeinsam festgelegt.

Paolo Migone stellt Abstracts von interessanten Artikeln zum Thema «Therapieevaluation» aus der Zeitschrift *Psicoterapia e Scienze Umane* zusammen.

In der Rubrik «Originalbeiträge» folgen vier weitere Artikel.

Nane Ohanian gibt in ihrem Beitrag Einblick in eine deutsche Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, wie PatientInnen mit und ohne Migrationshintergrund unterschiedlich mit psychischer Erkrankung umgehen. Es zeichnet sich ab, dass PatientInnen mit Migrationshintergrund eher schambesetzt über ihre psychischen Erkrankungen kommunizieren, häufig aus kulturellen Gründen. Die Autorin macht eindrücklich deutlich, wie essenziell ein sowohl inter- als auch transkultureller psychopathologischer Ansatz zur Gewährleistung einer zufriedenstellenden psychosozialen Versorgung in der Behandlung von MigrantInnen ist.

Magdalena Schwabegger und Christiane Eichenberger präsentieren eine Studie aus Österreich über sexuelle

Grenzverletzungen und -überschreitungen in Psychotherapien. Etwa 10 % der PsychotherapeutInnen begehen sexuelle Grenzverletzungen oder -überschreitungen, was bei betroffenen PatientInnen grosses Leiden verursacht und Folgetherapien erheblich belasten und erschweren kann. Ziel der Studie war es, Folgen für die PatientInnen und den therapeutischen Umgang von FolgetherapeutInnen aufzuzeigen. Die Autorinnen schliessen mit der Empfehlung, dieses Thema in der Aus-, Weiter- und Fortbildung in Psychotherapie zu verankern, da sich zeigte, dass viele FolgetherapeutInnen ein Vorgehen wählten, das nicht den empfohlenen Regeln entspricht.

Lucia Beltramini schreibt zum Thema der Gewalt unter Jugendlichen und zu Beobachtungen zu Teen Dating Violence in Zeiten der Pandemie. Daten aus einer Erhebung vor der Pandemie zeigen, dass etwa 10 % der Jugendlichen in Paarbeziehungen Formen von psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erleben. Während der Lockdown-Phasen hat sich dies aufgrund des gesundheitlichen Notstands verstärkt. Die Schliessung von Schulen und Diensten während der Pandemie hat die Suche nach Hilfe erschwert. Die Autorin beschreibt, mit welcher Haltung betroffenen Jugendlichen begegnet werden kann.

Mara Foppolis Beitrag behandelt ebenfalls ein Thema mit Jugendlichen während der Pandemie. Sie berichtet, gestützt auf verschiedene Studien, über die psychischen Belastungen. Die Pandemie habe als Verstärker für

soziale Ungleichheit und der damit verbundenen Entwicklungsrisiken gewirkt. Sie beklagt den Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfsangeboten für Jugendliche und fordert einen niederschweligen Zugang zur psychosozialen Unterstützung und frühen Erkennung. Sie schlägt Kanäle wie Telefon, Chat, E-Mail, Social Media, Plattformen und Apps vor.

Zum Abschluss dieses Hefts findet sich von *Peter Schulthess* eine Besprechung des Buches von Christian Fuchs: *Der Körper, das Trauma und der Affekt. Theorie und Praxis der Polyvagaltheorie in der Psychotherapie* (2021).

Dieses Heft hat neben dem Heftthema einige Besonderheiten: Zum ersten Mal publizieren wir gleich drei Beiträge in italienischer Sprache mit deutscher Übersetzung. Das Thema von Therapien mit Kindern und Jugendlichen ist normalerweise auch nicht so stark vertreten, erschien uns aber äusserst relevant, da seit Pandemiebeginn die psychische Belastung der jungen Generation stark zugenommen hat und die Folgen dieser Entwicklung das psychosoziale Versorgungssystem an seine Grenzen bringen. Zudem gibt es eine Verbindungslinie zwischen verschiedenen Beiträgen zu sexueller Gewalt und Traumatisierung.

Wir wünschen eine anregende Lektüre.

Peter Schulthess & Lea-Sophie Richter

Éditorial

C'est pour une raison d'actualité que ce cahier aborde ce sujet. L'évaluation de routine de déroulements de psychothérapies dans la pratique quotidienne est un sujet qui prend une importance politique croissante. Comme l'Office fédéral de la santé publique a, dans la nouvelle ordonnance sur l'accréditation des filières de formation postgrade des professions de la psychologie, défini comme critère de réaccréditation de filières de formation postgrade que ces dernières doivent présenter un concept de qualité pour l'évaluation des thérapies que les étudiants appliquent dans le cadre de leur formation postgrade, ce passage du modèle de délégation au modèle de la prescription pour décompter la psychothérapie à la charge des caisses maladie a également suscité la discussion quant à l'aspect que doit prendre un concept de qualité de différentes pratiques. La qualité de la structure et du processus, ainsi que ce qu'on appelle la qualité du résultat devront être évaluées à cette occasion. S'il subsiste encore des incertitudes quant aux exigences concrètes dont les partenaires et OFSP finiront par convenir, il n'en reste pas moins que les psychothérapeutes seraient bien inspirés de réfléchir aux possibilités d'évaluer les déroulements de thérapies. Quels instruments se prêtent au mieux à cette opération ? Quelle approche scientifique doit servir de cadre à cette évaluation ?

L'évaluation psychothérapeutique a jusqu'ici surtout été pratiquée dans le cadre de la recherche de l'efficacité, pas dans la pratique quotidienne, à part dans des cliniques et quelques services ambulatoires. La recherche est elle aussi traversée de vifs débats relatifs à la question de la méthode et des configurations de recherche à adopter. La recherche actuelle en psychothérapie a montré que ce n'est pas la méthode qui décide du succès. Les résultats finaux sont similaires pour toutes les écoles. Il apparaît en revanche qu'il y a dans toutes les orientations thérapeutiques des thérapeutes qui obtiennent des résultats meilleurs, plus moyens ou plus mauvais. C'est la raison pour laquelle la question des aptitudes des thérapeutes et les liens qui se nouent entre les personnalités des thérapeutes et celles des patientes et des patients occupent de plus en plus le devant de la scène dans la recherche en reléguant celle de la méthode au second plan. Il n'est dans cette mesure pas absurde d'attendre de thérapeutes qu'ils disposent d'un modèle d'assurance qualité resp. de développement de qualité dans lequel la qualité du résultat est également prise en compte sous la forme d'une surveillance de routine des déroulements de thérapies, de façon à pouvoir également apprendre d'erreurs commises.

Ce cahier comprend cinq contributions au sujet du titre, qui exposent les différentes possibilités qui s'offrent à nous.

La contribution de *Peter Schulthess* introduit le sujet et publie dans une seconde partie le récapitulatif d'un groupe de travail ad hoc qui a élaboré des recommandations destinées aux fournisseurs de formations postgrade et un aperçu d'instruments validés. Le groupe de travail

recommande l'utilisation de différents moyens : documentation systématique du processus, supervision ou cercle de qualité, et utilisation d'au moins un instrument et d'une forme d'exploration commune avec évaluation du processus, qui enregistre également le point de vue des patientes et patients : interview ou questionnaire relatif aux symptômes ressentis.

Alice Holzhey critique dans sa contribution un rétrécissement de la compréhension scientifique de la psychologie universitaire, qui s'oriente bien trop à son avis d'après un modèle de science naturelle et empirique. Elle plaide en faveur d'une adaptation des moyens par lesquels les déroulements sont documentés et évalués à chaque orientation thérapeutique, et donne la parole à la tradition scientifique des sciences humaines et philosophiques de l'herméneutique. Se contenter de documenter les changements survenus dans le cadre de psychothérapies sur le seul plan de l'évolution des symptômes est à ses yeux trop étriqué, du fait qu'il est dans ce cas trop peu tenu compte du processus psychique intérieur. Elle voit dans l'échelle de restructuration d'Heidelberg une approche valable pour pouvoir aussi détecter des changements qui surviennent dans les structures psychiques.

Elisa Tommasin présente dans sa contribution une présentation de cas telle qu'elle pourrait être élaborée à partir de la documentation systématique d'un déroulement de thérapie. Elle commence par faire une description du modèle de thérapie. Puis elle décrit ce qui a été à l'origine de la thérapie, suivie d'explication relative au déroulement (en faisant référence au modèle théorique). Elle conclut sa présentation de cas par l'auto-évaluation par la patiente du déroulement et du résultat de la thérapie. Voilà un bel exemple d'approche de recherche qualitative pour évaluer les déroulements de thérapies.

Günter Schiepek présente, avec le système de navigation synergétique (SNS), un modèle sophistiqué de surveillance qui combine des approches empiriques qualitatives et assistées par ordinateur. La surveillance assistée par ordinateur au moyen d'une application qui est mise à la disposition des patientes et patients permet aux thérapeutes de reconnaître rapidement les éventuelles évolutions favorables et d'évoquer le sujet dans la prochaine heure de thérapie. Les objectifs de la thérapie et les critères à observer sont fixés en commun au début de la thérapie.

Paolo Migone présente des extraits d'articles intéressants relatifs au sujet de l'« évaluation de thérapie » collectés dans le magazine *Psicoterapia e Scienze Umane*.

Quatre autres articles suivent dans la rubrique « Contributions originales ».

Nane Ohanian donne dans sa contribution un aperçu des diverses manières dont des patientes et patients, avec et sans contexte migratoire, affrontent leurs maladies psychiques dans une clinique universitaire allemande spécialisée dans la psychiatrie, la psychothérapie et la psychosomatique. Il apparaît que des patientes et des pa-

tients provenant d'un contexte migratoire communiquent plutôt avec un sentiment de honte sur leurs maladies psychiques, souvent pour des raisons culturelles. L'auteur fait apparaître de façon impressionnante à quel point une approche psychopathologique à la fois interculturelle et transculturelle est essentielle pour garantir des soins psychosociaux satisfaisant dans le traitement de migrantes et de migrants.

Magdalena Schwabegger et Christiane Eichenberger présentent une étude provenant d'Autriche relative aux violations et aux transgressions des limites sexuelles dans le cadre de psychothérapies. Environ 10 % des psychothérapeutes commettent des violations et des transgressions des limites sexuelles, ce qui inflige de grandes souffrances aux patientes et patients concernés, qui pèsent énormément sur les thérapies suivantes et peuvent les compliquer. L'objectif de l'étude consistait à montrer les conséquences pour les patientes et patients et l'approche thérapeutique que doivent adopter les thérapeutes qui prennent la suite. Les auteures concluent avec la recommandation d'ancrer ce sujet dans la formation de base, la formation continue et la formation postgrade en psychothérapie, du fait qu'il est apparu que beaucoup de thérapeutes qui prennent la suite ont choisi une approche qui ne correspond pas aux règles recommandées.

Lucia Beltramini écrit sur le sujet de la violence entre jeunes et sur les observations que l'on peut faire à propos de la violence des rencontres adolescentes dans les temps de la pandémie. Les données collectées avant la pandémie montrent qu'environ 10 % des relations de couples vivent des formes de violence psychique, physique ou sexuelle. Pendant les phases de confinement, ceci s'est renforcé du fait de l'état d'urgence sanitaire. La fermeture d'écoles et

de services pendant la pandémie a rendu l'obtention d'aide plus difficile. L'auteure décrit l'attitude que l'on peut adopter pour aller à la rencontre d'adolescents concernés.

La contribution de *Mara Foppolis* traite également d'un sujet concernant les adolescents pendant la pandémie. Celle-ci parle, en s'appuyant sur différentes études, des stressés psychiques. La pandémie aurait eu un effet de renforcement des inégalités sociales et des risques de développement qui y sont liés. Elle déplore le manque d'offres d'aide psychiatrique et psychothérapeutique pour les adolescents et exige un accès facilité à l'aide psychosociale et une reconnaissance précoce. Elle propose des canaux tels que le téléphone, le chat, la messagerie électronique, les réseaux sociaux, les plateformes et les applications.

Ce cahier est conclu par une discussion lancée par *Peter Schulthess* sur le livre de Christian Fuchs intitulé : *Der Körper, das Trauma und der Affekt. Theorie und Praxis der Polyvagaltheorie in der Psychotherapie*¹ (2021).

Ce cahier présente, outre le sujet du cahier, un certain nombre de particularités : c'est la première fois que nous publions d'un seul coup trois contributions en italien avec leur traduction en allemand. Le sujet des thérapies avec les enfants et les adolescents n'est normalement pas aussi fortement représenté, mais nous est apparu extrêmement pertinent, du fait que le stress psychique de la jeune génération a fortement progressé depuis le début de la pandémie et que les conséquences de ce développement poussent le système de soins psychosociaux à ses limites. Un fil relie en outre les différentes contributions à la violence sexuelle et les traumatismes.

Nous vous souhaitons une lecture stimulante.

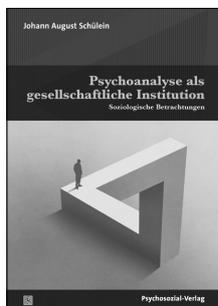
Peter Schulthess & Lea-Sophie Richter

¹ Le corps, le traumatisme et l'affect. Théorie et pratique de la théorie polyvagale en psychothérapie.

Titelthema:
Evaluation von Psychotherapieerläufen

Thème principal:
**Évaluation de déroulements
de psychothérapies**

Buchtipps Psychoanalyse



Johann August Schülein
Psychoanalyse als gesellschaftliche Institution
Soziologische Betrachtungen

366 Seiten
Broschur • € 34,90
ISBN 978-3-8379-3099-3

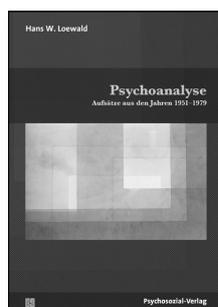
Johann August Schülein schärft das Profil einer Psychoanalyse, die stärker als soziale Institution greifbar werden kann. Ausgehend von ihrer Geschichte zeigt sich dabei ihre elementare Verankerung in den Sozialwissenschaften und ihre gesellschaftskritische Stoßrichtung.



Chris Jaenicke
Das Risiko der Verbundenheit
Intersubjektivitätstheorie in der Praxis

215 Seiten
Broschur • € 26,90
ISBN 978-3-8379-3095-5

Die Intersubjektivitätstheorie kann als eine der wichtigsten Weiterentwicklungen innerhalb der jüngeren Psychoanalyse gelten. Chris Jaenicke setzt sich mit den Wechselwirkungen in der therapeutischen Dyade auseinander und beschreibt die empathisch-introspektive Untersuchungsmethode als Alternative zur Neutralität.



Hans W. Loewald
Psychoanalyse
Aufsätze aus den Jahren 1951–1979

449 Seiten
Broschur • € 44,90
ISBN 978-3-8379-3127-3

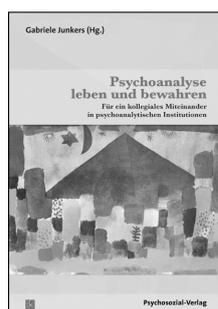
Die vorliegenden Aufsätze spannen einen Bogen von seiner Arbeit an Begriffen und Theorien zu Objektbeziehungen, psychischer Strukturbildung oder dem Zeiterleben bis hin zu Einblicken in den psychoanalytischen Prozess, der Wirkung der Psychoanalyse und dem therapeutischen Potenzial.



Dieter Funke
Das Ungewisse und der innere Raum
Eine religionspsychologische Annäherung

178 Seiten
Broschur • € 22,90
ISBN 978-3-8379-3115-0

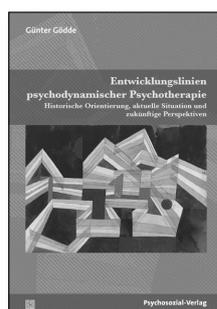
Dieter Funke zeigt, dass neben persönlichen und familiären Beziehungen auch die Frage nach dem größeren Sinn von Krisen einen Weg darstellt, um innere Sicherheit wiederzuerlangen.



Gabriele Junkers (Hg.)
Psychoanalyse leben und bewahren
Für ein kollegiales Miteinander in psychoanalytischen Institutionen

241 Seiten
Broschur • € 29,90
ISBN 978-3-8379-3136-5

Die AutorInnen beleuchten die institutionelle Dynamik in psychoanalytischen Organisationen und stellen aus unterschiedlichen Perspektiven dar, welche Möglichkeiten es für ein kollegiales Miteinander unter PsychoanalytikerInnen gibt.



Günter Gödde
Entwicklungslinien psychodynamischer Psychotherapie
Historische Orientierung, aktuelle Situation und zukünftige Perspektiven

332 Seiten
Broschur • € 36,90
ISBN 978-3-8379-3103-7

Die konfliktreichen Etappen der psychodynamischen Psychotherapie stellt Günter Gödde in Form eines umfassenden Panoramas ihrer Geschichte dar.



Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10 • 35390 Gießen • Tel. 0641-969978-18 • Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de • www.psychosozial-verlag.de

Evaluation von Psychotherapieprozessen in der täglichen Praxis

Peter Schulthess

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 11–16

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-11>

Zusammenfassung: In diesem Beitrag wird über aktuelle Anforderungen in der Schweiz zur Qualitätssicherung und Evaluation von Psychotherapien im Rahmen der Ausbildung in der privaten Praxis im Rahmen des künftigen Anordnungsmodelles berichtet. Im Anhang findet sich ein Dokument einer Ad-hoc-ExpertenInnengruppe mit einer Auswahl von möglichen Instrumenten und Überlegungen zu Minimal Standards.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung, Psychotherapieprozessevaluation, Ergebnissevaluation

Im Rahmen der Weiterbildungstätigkeit hat der Bund mit der revidierten Akkreditierungsverordnung vom 15. Dezember 2020 (AkkredV-PsyG) in Anhang 1 unter «Standard 2.3 – Eigene psychotherapeutische Tätigkeit» Folgendes festgelegt:

«Die verantwortliche Organisation stellt sicher, dass jede und jeder Weiterzubildende während der Weiterbildung [...] mindestens 10 supervidierte Psychotherapien von Menschen mit verschiedenen Störungs- und Krankheitsbildern abschliesst und deren Verlauf und Ergebnisse mit wissenschaftlich validierten Instrumenten dokumentiert und evaluiert werden.»

Im Rahmen der Reakkreditierung müssen die verantwortlichen Organisationen ein Konzept vorlegen, wie sie diese Therapieverläufe der Weiterbildungsteilnehmenden mit wissenschaftlich validierten Instrumenten vornehmen. Da das BAG dazu keine Kriterien vorgibt, liegt es an den verantwortlichen Organisationen, ein eigenes Konzept mit entsprechenden Instrumenten zu entwickeln. Dieses wird dann im Rahmen des Reakkreditierungsprozesses von den PrüfungsexpertInnen beurteilt, wobei diese sich an üblichen Kriterien im Wissenschaftsbetrieb orientieren werden.

Da dies eine unbefriedigende Unsicherheit hinterlässt, welche Standards denn da zur Anwendung kommen, hat sich eine informelle Arbeitsgruppe von Fachleuten unterschiedlicher Therapierichtungen und mit Forschungserfahrung (unter ihnen der Autor) gebildet und eine Rahmenempfehlung ausgearbeitet, die Minimal Kriterien zur Qualitätssicherung und Evaluation von Therapien im Rahmen der Weiterbildung enthält. Man darf annehmen, dass sich ExpertInnen, AAQ und BAG an diesen orientieren werden, da sie von fachkompetenter Seite erarbeitet und keine anderen Standards erlassen wurden. Das entsprechende Dokument wird im Rahmen dieses Artikels in ganzer Länge wiedergegeben, um es einem weiten Kreis bekannt zu machen.

Die vorgeschlagenen Instrumente eignen sich auch zur Qualitätssicherung und Evaluation von Therapien praktizierender TherapeutInnen in der alltäglichen Praxis. Das Mitte 2022 einzuführende Anordnungsmodell könnte es mit sich bringen, dass selbstständig durchgeführte Therapien zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit wissenschaftlich validierten Instrumenten als Qualitätsentwicklungsmassnahme evaluiert werden müssen. Jede Praxis wird ein entsprechendes Konzept vorlegen müssen im Rahmen des Antrages, über die OKP abrechnen zu dürfen. Noch sind die Kriterien dazu nicht bekannt, sondern wie auch das Tarifmodell noch im Prozess der Verhandlungen. Der Beschluss des Bundesrates zur Änderung der KVV und KLV vom 19. März 2021 per 1. Juli 2022 führt im Kommentar unter Punkt 2.2 (Umfang der Neuregelung) auf S. 5 aus:

«Zur Qualitätsentwicklung sind entsprechend der Änderung vom 21. Juni 2019 des KVG Massnahmen zu treffen. Dies umfasst insbesondere Qualitätsverträge, die die Aspekte der Qualitätsmessungen und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sowie das Erstellen eines Jahresberichts über den Stand der Qualitätsentwicklung zuhanden der Eidgenössischen Qualitätskommission und des Bundesrats beinhalten.»

Auch wenn dann vielleicht doch kein Einsatz von Outcome-Instrumenten verlangt wird, lohnt es sich für PsychotherapeutInnen, die über die OKP im Rahmen des Anordnungsmodelles abrechnen wollen, sich mit den Fragen der Qualitätssicherung und der Evaluation von Therapieverläufen zu befassen.

Psychotherapeutische Qualitätssicherung umfasst eine Reflexion der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Dabei kann Ergebnisqualität nicht einfach vorausgesetzt werden, auch wenn Struktur- und Prozessqualität stimmen. Manche Ausführungen, die im nachfolgend wiedergegebenen Dokument stehen, gelten auch für die

alltägliche psychotherapeutische Praxis. So braucht es auch eine spezifische Erfassung der Ergebnisqualität unter Einbezug der PatientInnen. Wichtig ist anzumerken, dass dabei nicht bloss quantitative Methoden zum Einsatz kommen sollen, sondern auch qualitative, da letztere erst eine sinnvolle Interpretation von quantitativen Ergebnissen ermöglichen.

Die Empfehlungen der Arbeitsgruppe haben nicht eine standardisierte Einengung in der Wahl der Mittel zur PatientInnenbefragung zum Ziel, sondern wollen eine Palette verfügbarer Mittel aufzeigen als Diskussionsgrundlage für die Weiterbildungsinstitute. Analog sind sie auch als Diskussionsgrundlage für die Ausarbeitung von Qualitätssicherungskonzepten in Praxen verwendbar.

Evaluation of psychotherapy processes in everyday practice

Abstract: This paper reports on current requirements in Switzerland for quality assurance and evaluation of psychotherapies in the context of training in private practice within the framework of the future prescription model. In the appendix you will find a document by an ad hoc expert group with a selection of possible tools and considerations for minimal standards.

Keywords: quality assurance, psychotherapy process evaluation, outcome evaluation

Valutazione dei processi psicoterapeutici nella pratica

Riassunto: In questo articolo vengono descritti i requisiti attualmente adottati in Svizzera in relazione al controllo di qualità e alla valutazione delle psicoterapie nel quadro della formazione presso studi privati sulla base del futuro modello della prescrizione medica. Allegato è possibile trovare un documento elaborato da un gruppo ad hoc di esperti in cui vengono proposti degli strumenti e delle riflessioni riguardanti gli standard minimi.

Parole chiave: controllo di qualità, valutazione dei processi psicoterapeutici, valutazione dei risultati

Der Autor

Peter Schulthess ist eidg. anerkannter Psychotherapeut, Vorstandsmitglied in der ASP und war Mitglied der Ad-hoc-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Hilfestellungen zur Evaluation von Therapieerläufen.

Kontakt

E-Mail: peter.schulthess@psychotherapie.ch

Hilfestellung zur systematischen PatientInnenbefragung von Studierenden in Psychotherapie-Weiterbildungen

Einleitung

Das hier formierte Ad-hoc-ExpertInnengremium wurde von Prof. Dr. Franz Caspar (Mitglied des PsyG-Ausschusses AAQ, aber nicht in dessen offizieller Funktion) initiiert. Fragestellung dieses Gremiums war, Psychotherapie-Weiterbildungen pragmatische Hilfestellungen für die PatientInnenbefragungen im Rahmen der Qualitätssicherung in der aktuellen Akkreditierungsrunde zu bieten. Sie sollte u. a. den Instituten einen Überblick über gängige Messmethoden und Messmittel bieten. Diese Hauptfragestellung wird im folgenden Dokument beantwortet. Die Hilfestellungen sind ausschliesslich als *Diskussionsgrundlage* gedacht und haben weder für die AkkreditierungsexpertInnen noch für die Weiterbildungsinstitute Weisungscharakter.

Die Verordnung des EDI über Umfang und Akkreditierung der Weiterbildungsgänge der Psychologieberufe hat mit Stand 15. Dezember 2020 einige Änderungen formuliert. Insbesondere steht bei Prüfbereich 2.3, eigene psychotherapeutische Tätigkeit, dass der Verlauf und die Ergebnisse der 10 supervidierten Psychotherapien mit wissenschaftlich validierten Instrumenten dokumentiert und evaluiert werden sollen. Die folgenden Ausführungen bieten einen Überblick über mögliche Instrumente und enthalten auch Empfehlungen für Instrumente und deren Einsatz. Grundsätzlich stehen psychometrisch solid validierte Instrumente zur Verfügung, die teilweise spezifisch für die Psychotherapie langjährig entwickelt wurden.

Unsere Empfehlungen beziehen sich insbesondere auf ambulante Psychotherapien. Zu berücksichtigen ist, dass viele der 10 supervidierten Fälle in Einrichtungen der psychosozialen oder der psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung behandelt werden. Diese Einrichtungen haben i. d. R. für ihre Zwecke eigene QS-Systeme; sie sind teilweise jedoch nicht spezifisch für *psychotherapeutische Ausbildungszwecke* konzipiert.

A Ziele von PatientInnenbefragungen im Ausbildungskontext und Pflichten der Ausbildungsinstitute

Qualitätssicherung im Ausbildungskontext kann eine sehr breite Palette verschiedener Tools wie Supervision, Videoaufzeichnung, Selbsterfahrung, Intervision etc. umfassen. Qualitätssicherung im Ausbildungskontext hat das Ziel, den Auszubildenden ein möglichst gutes Lernumfeld zu gewährleisten. Die Aufgabe von Ausbildungsinstitutionen besteht darin, ihren Auszubilden-

den einen systematisierten Rahmen zur Reflexion von Lernfortschritten und damit verbundenen Erfolgen und Misserfolgen anzubieten. Psychotherapeutische Qualitätssicherung umfasst eine Reflexion der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Dabei kann Ergebnisqualität nicht einfach vorausgesetzt werden, auch wenn Struktur- und Prozessqualität stimmen.¹ Es braucht eine spezifische Erfassung der Ergebnisqualität, wie dies neu im Prüfbereich 2.3 vorgegeben wird. Messmittel, wie sie für die Psychotherapieforschung entwickelt wurden, können auch für die Qualitätssicherung z. B. im Ausbildungskontext eingesetzt werden.

Der Sichtweise der PatientInnen sollte dabei eine wichtige Rolle zugestanden werden. Deren Sichtweise kann nicht ausschliesslich durch den indirekten Bericht der Auszubildenden vermittelt werden. In der Qualitätssicherung von Psychotherapie hat sich deshalb etabliert, diese Sichtweise nicht nur indirekt zu erschliessen, sondern auch direkt zu erfragen. Der systematische Einbezug der PatientInnenperspektiven soll von jedem Ausbildungsinstitut im Sinne einer pragmatischen und konstruktiven Qualitätssicherung ausgearbeitet und systematisiert werden. Den verschiedenen therapeutischen Kontexten von Auszubildenden (verschiedene PatientInnenpopulationen, institutionelle Rahmenbedingungen) soll dabei Rechnung getragen werden. Qualitätssicherung soll in verschiedensten therapeutischen Kontexten pragmatisch und als therapeutisch hilfreich ausgearbeitet sein.²

Chancen und Risiken

Qualitätssicherung im Ausbildungskontext bedarf einer offenen Feedbackkultur. Neben der klassischen Supervision und Selbsterfahrung sind sorgfältig sys-

1 Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3, Pt. 2), 166–203 [wiederabgedruckt 2005: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>].

2 Gemäss den aktuellen Empfehlungen der WHO (2020) sind sowohl Symptome, psychologisches sowie soziales Wohlbefinden als Endpunkte zu erfassen [https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/185310/Health-2020-and-the-case-Fact-Sheet-Ger-final.pdf?ua=1]. Für die Erfassung dieser drei Aspekte stehen für die Psychotherapie diverse langjährig getestete und bewährte Messmittel zu Verfügung [Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L.G. (Hrsg.). (2021). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 7. Aufl. New York: Wiley]. Stationäre Kliniken werden insbesondere die von der ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) vorgeschlagenen Instrumente einsetzen. Dies sind für die Erwachsenenpsychiatrie der HoNOS und der BSCL, für die Kinder- und Jugendpsychiatrie der HoNOSCA und der HoNOSCA-SR. In vielen KJPDs wird ausserdem der SDQ eingesetzt.

tematisierte Rückmeldungen aus weiteren Perspektiven, insbesondere aus PatientInnenperspektive, in einem vertraulichen Rahmen wichtig – sowohl im Sinne des PatientInnenwohls wie auch des Lernfortschrittes der Auszubildenden. Qualitätssicherung soll zeit- und kosteneffizient sein und für alle Beteiligten grundsätzlich als konstruktiv und hilfreich wahrgenommen werden. Auszubildende, ihre PatientInnen sowie die Ausbildungsinstitutionen haben grundsätzlich ein Recht auf Qualitätssicherung im Sinne einer Reflexion und Überprüfung der therapeutischen Prozess- und Ergebnisqualität. Regelmässige psychotherapeutische Supervision und Intervention sind zu gewährleisten. In einem medizinisch-therapeutischen Rahmen haben alle Beteiligten des Weiteren ein grundsätzliches Recht auf Vertraulichkeit und Persönlichkeitsschutz. Bei der Qualitätssicherung darf und soll eine gewisse Flexibilität bestehen. Sie soll die systematische Reflexion des Prozesses und Therapieergebnisses fördern.

Die Empfehlungen der Arbeitsgruppe haben nicht eine standardisierte Einengung in der Wahl der Mittel zur PatientInnenbefragung zum Ziel, sondern wollen eine Palette verfügbarer Mittel aufzeigen als Diskussionsgrundlage für die Weiterbildungsinstitute. Für die klinischen Jahre im Weiterbildungskontext sollen die externen Institutionen grundsätzlich eine fokussierte psychotherapeutische Qualitätssicherung für Ausbildungsfälle gewährleisten. Insbesondere sind bspw. psychotherapeutische Qualitätssicherungsinstrumente wie Videoaufzeichnungen für Ausbildungsteilnehmende zu ermöglichen.

B PatientInnenbefragung: Liste bewährter psychometrischer Instrumente (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

1 Eingang- & Ergebnisdiagnostik

Es bestehen grundsätzlich drei psychometrische Methoden zur Erfassung von Eingangs- und Ergebnisdiagnostik; dies sind Prä-Post (indirekte) Erfolgsmessung (1.1./1.2), retrospektive (direkte) Erfolgsmessung (1.3) sowie kriteriumsorientierte Erfolgsmessung (1.4).

1.1 Prä-Post (indirekte) Erfolgsmessung – Selbsteinschätzungen

Erwachsene:

- 1.1a Allgemeine Symptommasse: *BSCL³*, ...
- 1.1b Symptomspezifische Masse: *BDI-2*, *BAI*, *PSWQ*, *AKV*, *SOMS-7*, *EDI-2*, *PDS*, *HTQ*, *PCL-5*, *GAD-7*, *PHQ-9*, *PHQ-15*, ...

³ Open Access; hier und nachfolgend kursiv gesetzt. Eine Liste nützlicher Links zu OA-Fragebogen ist dem Dokument beigelegt.

- 1.1c Psychologisches Wohlbefinden: *BFW*, *EURO-HIS*, ...
- 1.1d Soziales Wohlbefinden: *IIP*, ...
- 1.1e-h Integrative Masse: *FEP-2*, *OQ-45*, *SRS*, *OPD-Struk*, ...
- 1.1i Eignungs- und Fähigkeitsdiagnostik: *WIRF*, *RES*, *RS-11*
- 1.1j Bilder/Icons: *SAM*, *Kunin Skala*, ...
- 1.1k Klinische Interviews: *DIPS*, ...

Kinder und Jugendliche:

- 1.1l Allgemeine Symptommasse: *SDQ*, *CBCL/YSR/TRF*, ...
 - 1.1m Symptomspezifische Masse (Auswahl): *DISYPS*, *SPAIK*, *CTQ*, *ETI*, *DIKJ*, *PHOKI*, *BSL*, *CY-BOCS*, *EDI-2*, *Conners-3*, ...
 - 1.1n Integrative Masse: *HoNOSCA-SR*, *Feel-KJ*, *AIDA*, *JTCL*, projektive Verfahren, Familiendiagnostik (*FIT*, *FAST*, *EBI*), *WISC-IV*, ...
 - 1.1o Klinische Interviews: *K-DIPS*, *K-SADS*, ...
- 1.2 *Prä-Post Erfolgsmessung – Einschätzung durch Angehörige und Behandelnde*

Erwachsene:

- 1.2a Fremdeinschätzungen: grundsätzlich alle zuvor genannten, *REF*, ...
- 1.2b Partnerschaftszufriedenheit: *FPD*, ...
- 1.2c *HoNOS*, ...

Kinder und Jugendliche:

- 1.2d (alle zuvor genannten plus) *HoNOSCA*, ...
- 1.3 *Retrospektive (direkte) Erfolgsmessung*
- 1.3a Veränderungen in Lebensbereichen: *BVB-2000*, *VLB*, ...
 - 1.3b PatientInnenzufriedenheit: *Seligman-CR*, ...
 - 1.3c Angehörigenzufriedenheit: *BVB-2000*, ...
 - 1.3d Nebenwirkungen: *INEP*, *NUGE 24*, ...
- 1.4 *Kriteriumsorientierte Erfolgsmessung*
- 1.4a Therapieziele: *Goal attainment scaling*, *PRISM*, ...
- 2 *Prozessmessungsinstrumente*
- 2.1 *Selbsteinschätzungen*
- 2.1a Sprachliche: *BSTB*, *ORS/SRS*, *STEPT*, *WAI*, *HAQ*, ...
 - 2.1b Bilder/K & J: *Bi-BSTB*, *CORS/CSRS*, ...
 - 2.1c Icons: *SAM*, *Kunin Skala*, ...
- 2.2 *Supervisorische Instrumente*
- 2.2a Direkte Therapiedokumente: Video, Audioaufnahmen, standardisierte Therapiedokumentation

2.2b Supervisorische Einschätzungen: halbstrukturiertes Interview, supervisorischer Leitfaden, kollaboratives Reflexionstool, supervisorisches Leitbild

3 Differenzierte Qualitätssicherungstools

3.1 Diverse; z. B. Urs Braun, Schweiz (PsyQOS), Scott Miller, USA (FIS), Günter Schiepek, Österreich (SNS ccsys.de)

C PatientInnenbefragung: Empfehlungen

1 Empfehlungen für 10 dokumentierte Fälle

Die Empfehlungen sind als Minimalstandards gedacht.

1.1 Eingangs und Ergebnisdiagnostik

- Mindestens 1 Selbsteinschätzungsbogen aus 1.1; empfohlen ist integrative Masse
- Zusätzlich mindestens ein Instrument aus 1.2–1.4

Itemzahl: mindestens 45 bei Erwachsenen, 25 bei K & J; Messung mindestens zu Therapiebeginn und zu Therapieende

1.2 Prozessmessung

- Mindestens Durchführung einer regelmässigen systematisierten Prozessdokumentation (2.1 und/oder 2.2)
- Die Prozessmessung soll *während* der Therapie erhoben werden und in die Therapien einfließen.
- Falls Instrumente von 2.1 zum Einsatz kommen, wird eine regelmässige Anwendung empfohlen (bspw. alle 5 Therapiesitzungen). Des Weiteren wird der regelmässige Einsatz eines zusätzlichen kurzen Messinstruments aus 1.1 während der Therapie empfohlen.

2 Empfehlungen für Standardmessung für alle Ausbildungsfälle

- Es wird empfohlen, dass nicht nur die 10 im Rahmen der Weiterbildung dokumentierten Fälle, sondern alle Fälle die zuvor erwähnten Standards erfüllen. Allenfalls kann eine etwas kürzere Dokumentation zum Einsatz kommen.

D Ausblicke und Empfehlungen für mögliche nächste Schritte

- Qualitätssicherung ist einerseits für die Verlaufsdokumentation von Ausbildungsfällen gedacht. Die Qualitätssicherung innerhalb einer Therapieweiterbildung soll andererseits

helfen, die Ausbildung regelmässig zu reflektieren.

- Die Anonymität aller TeilnehmerInnen ist zu gewährleisten.
- Bei der Qualitätssicherung geht es grundsätzlich darum, die eigenen Erwartungen der TherapeutenInnen mit den Erfahrungen der PatientInnen abzugleichen. Es geht darum, aus diesen Rückmeldungen für alle Fälle, d. h. für die gut laufenden jedoch auch bzw. gerade auch für die weniger gut laufenden Therapien neue Ideen und Perspektiven abzuleiten und zu nutzen.
- Unsere Empfehlungen sind inhaltlich nicht sehr spezifisch und nicht abschliessend. Es liegt an den Weiterbildungsinstituten, eine Diskussion für ihre spezifische Qualitätssicherung anzuregen und auszuarbeiten.
- Den Settings, d. h., Einzel-, Paar-, Familien-, Gruppentherapien ist Rechnung zu tragen.
- Für forschungsnahe Institute, die schon sowieso eine detailliertere Qualitätssicherung einsetzen, sehen wir mit unseren Empfehlungen keinen (zwingenden) Anlass, diese etablierten Systeme zu reduzieren.
- Im Kinder- und Jugendbereich sind multiperspektivische Assessments besonders relevant.
- Manche der erwähnten Fragebogen sind kostenpflichtig. Wir empfehlen den verantwortlichen Organisationen sich über die Testzentrale (<https://www.hogrefe.com/ch/unternehmen/testzentrale>) zu erkundigen, wie Sammellizenzen erworben werden können.
- Qualitätssicherung darf durchaus eine spielerische Art und Weise der Auseinandersetzung fördern.
- Grundsätzlich hätte eine Standardisierung über verschiedene Zentren hinweg sowohl Vor- als auch Nachteile. Bei den hier vorgelegten Empfehlungen soll primär die Auseinandersetzung mit der Qualitätssicherung in den Weiterbildungen gefördert werden.
- Qualitätssicherung umfasst mehr als den Einsatz der zuvor dargestellten Fragebogen. (Supervisorische) Ausbildungsverantwortung ist insbesondere im Umgang mit Schwierigkeiten im Rahmen von Handlungsgrundsätzen/-anweisungen zu definieren: z. B. Umgang mit Schwierigkeiten von PatientInnen (z. B. Suizidalität, akute Krisen, Therapieabbruch, Nachsorge, Verletzung der Schweigepflicht gegenüber Dritten, Umgang mit angesprochenen Delikten und strafrechtlich relevanten Informationen), Umgang mit Schwierigkeiten von Auszubildenden (z. B. Arbeitsüberlastung, nicht erfüllte Pflichten wie regelmässiges Fehlen in Kurstagen oder mangelnde

Falldokumentation, mangelnde Bereitschaft oder Fähigkeit sich mit eigenen Grenzen und eigenen therapeutischen Fehlentscheidungen auseinanderzusetzen) sowie Umgang in der Kommunikation von SupervisorInnen und SelbsterfahrungstherapeutInnen.

Für Rückfragen und weiterführende Fragestellungen stellen sich die Unterzeichnenden sehr gern zu Verfügung.

Ad-hoc-ExpertInnengremium «Qualitätssicherung in Psychotherapie-Weiterbildungen»:
 Prof. Dr. phil. Christoph Flückiger
 (christoph.flueckiger@psychologie.uzh.ch),
 Dr. phil. Célia Steinlin (stnl@zhaw.ch),
 Peter Schulthess lic. phil.
 (peter.schulthess@psychotherapie.ch),
 Dr. phil. Carola Smolenski (smolenski@sunrise.ch),
 Prof. Dr. Agnes von Wyl (voww@zhaw.ch)

1. August 2021

Hilfreiche Links zu den Open Access-Fragebogen

BSCL: https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/120611_Info-Instrument_BSCL_DT_v2.pdf | *frz.:* https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/120611_Info-Instrument_BSCL_FR_v2.pdf | *ital.:* Psichiatria per adulti – ANQ

FEP-2: https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/PSY/tripsyberichte/2008_35_3.pdf | *keine Übersetzung*

WIRF: <https://docplayer.org/170048558-Wittener-ressourcenfragebogen-wirf.html> | *keine Übersetzung*

RES/RES: <http://www.troesken.eu/RES.pdf>, <https://allgemeinepsychotherapie.de/inventory.html> | *keine Übersetzung*

SAM: https://www.kompetenzzentrum-usability.digital/kos/WNetz?art=File.download&cid=3023&name=20201108_SAM.pdf

Kunin-Skala: <https://arbeitszufriedenheit.net/arbeitsbeschreibungs-bogen-abb>

Trauma u. a. HTQ, CTQ: https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/PSY/tripsyberichte/2005_32_2.pdf

PCL-5: <https://zep-hh.de/service/diagnostik>

PHQ-D (inkl. **GAD-7**, **PHQ-9**, **PHQ-15**): <https://de.wikipedia.org/wiki/PHQ-D>

DIPS: <https://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/dips-interv/klipsy/download/DIPS%20Open%20Access.pdf>

Persönlichkeitsstörungen: https://www.aftcc.org/sites/default/files/documents/manuel_de_passation_de_lentretien_scid-ii_1_.pdf

SDQ: <https://psydix.org/psychologische-testverfahren/sdq-d> | *Alle weiteren Sprachen sind unter www.sdqinfo.org zu finden.*

HoNOSCA: HoNOSCA-D: HoNOSCA-D | ZHAW Angewandte Psychologie | *frz.:* Psychiatrie d'enfants et d'adolescents – ANQ | *ital.:* Psichiatria infantile e adolescenziale – ANQ

HoNOSCA-SR: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/08/ANQ_PSY_KJP_HoNOSCA-SR_Fragebogen_ab-2020.pdf | *frz.:* https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_PSY_PEA_HoNOSCA-SR-Questionnaire_2020.pdf | *ital.:* Psichiatria infantile e adolescenziale – ANQ

HoNOS: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/10/ANQ_Psy_EP_HoNOS-Ratingbogen_konzentriert.pdf | *frz.:* https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20140128_HoNOS_konzentrierter-Ratingbogen_FR.pdf | *ital.:* Psichiatria per adulti – ANQ | *frz. 65+:* https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20120830_f_HoNOS_glossaire65plus_FR_v-ANQ.pdf

BVB 2000: https://www.dgvt-bv.de/fileadmin/user_upload/DGVT-BV/Dokumente/Bochumer_Veraenderungsbogen_Informationen_Auswertung_01_14.pdf | *keine Übersetzung*

Seligman-CR: z. B. https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/2246/vts_7681_11025.pdf (S. 116–125)

Goal attainment scaling: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/evalua_tools/leitfaden_gas_endversion.pdf | *frz.:* <http://fr.scale-library.com/pdf/Echelle%20GAS%20-%20Utilisation.pdf>

BSTB: https://www.researchgate.net/publication/230844127_Der_Berner_Patienten-_und_Therapeutenstundenbogen_2000 | *frz.:* Open Access via Erstautor | *ital.:* Open Access via Erstautor

ORS/SRS: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781119221562.app3> | *keine frz. Übersetzung*

Évaluation de processus psychothérapeutiques dans la pratique quotidienne

Peter Schulthess

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 17–22

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-17>

Résumé : Cette contribution expose les exigences actuelles qui sont posées en Suisse relativement à l'assurance qualité et à l'évaluation de psychothérapies dans le cadre de la formation au sein de la pratique privée dans le cadre de futur modèle de la prescription. On trouvera en annexe le document d'un groupe intérieur d'experts présentant une sélection d'instruments possibles et de réflexions relatives à des standards minimaux.

Mots clés : assurance qualité, évaluation de processus psychothérapeutiques, évaluation des résultats

Dans le cadre de l'activité de formation postgrade, la Fédération a, avec l'Ordonnance sur l'accréditation des filières de formation postgrade des professions de la psychologie révisée du 15 décembre 2020 (AccredO-LPsy), fixé les points suivants dans l'annexe 1 sous « Standard 2.3 – Activité psychothérapeutique individuelle » :

« L'organisation responsable garantit que chaque étudiant effectue durant sa formation postgrade au moins 10 psychothérapies sous supervision avec des personnes présentant divers troubles et pathologies et que l'évolution et les résultats de ces thérapies sont documentés et évalués au moyen d'instruments scientifiquement validés. »

Dans le cadre de la réaccréditation, les organisations responsables doivent présenter un concept sur la manière dont ils réalisent les déroulements de thérapies des participants à la formation postgrade avec des instruments validés au plan scientifique. Comme l'OFSP ne préconise aucun critère, c'est aux organisations responsables d'élaborer leur propre concept avec des instruments correspondants. Celui-ci est alors évalué dans le cadre du processus de réaccréditation par des expertes et experts de contrôle, sachant que ces dernières et ces derniers s'orienteront d'après les critères usuels s'appliquant dans le monde scientifique.

Comme ceci laisse subsister une incertitude quant aux standards qui seront alors appliqués, un groupe de travail informel de spécialistes provenant de différentes orientations thérapeutiques et ayant des expériences dans la recherche (dont l'auteur) s'est formé et a élaboré une recommandation cadre qui définit les critères minimaux relatifs à l'assurance qualité et à l'évaluation de thérapies dans le cadre de la formation postgrade. On peut supposer que les expertes et les experts, l'AAQ et l'OFSP s'orienteront d'après ces derniers, du fait qu'ils ont été élaborés par des spécialistes et qu'aucun autre standard n'a été promulgué. Le document correspondant est reproduit

en intégralité dans le cadre de cet article afin de le faire connaître à un vaste cercle.

Les instruments proposés conviennent également à l'assurance qualité et à l'évaluation de thérapies de thérapeutes pratiquants dans la pratique quotidienne. Le modèle de la prescription devant être introduit à la mi-2022 pourrait entraîner le fait que les thérapies réalisées de façon autonome à la charge de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) doivent être évaluées avec des instruments validés au plan scientifique en tant que mesure de développement de qualité. Chaque pratique devra, dans le cadre de la demande, présenter un concept en conséquence pour pouvoir décompter via l'AOS. Les critères n'en sont pas encore connus, mais sont encore en cours de traitement, tout comme le modèle tarifaire. La décision du Conseil fédéral de modifier l'OAMAL et l'OPAS du 19 mars 2021 à compter du 1^{er} juillet 2022 expose dans le commentaire sous le point 2.2 (étendue de la nouvelle règle) à la p. 5 :

« Pour développer la qualité, des mesures doivent être prises conformément à l'amendement du 21 juin 2019 de la LAMal. Ceci comprend notamment des contrats de qualité qui décrivent les aspects des mesures de qualité et des mesures de développement de la qualité au sens d'un processus d'amélioration en continu, ainsi que la rédaction d'un rapport annuel sur le stade du développement de qualité destiné à la Commission fédérale pour la qualité et au Conseil fédéral. »

Même dans les cas où aucune utilisation d'instruments de résultat n'est exigée, les psychothérapeutes qui veulent décompter via l'AOS dans le cadre du modèle de la prescription sont bien inspirés de se poser les questions de l'assurance qualité et de l'évaluation de déroulements de thérapies.

L'assurance qualité psychothérapeutique comprend une réflexion sur la qualité de la structure, du processus et du résultat. La qualité du résultat ne peut ici pas

simplement être présumée, même si la qualité de la structure et du processus est correcte. Certains propos qui se retrouvent dans le document reproduit ci-après valent également pour la pratique psychothérapeutique quotidienne. On a ainsi également besoin d'un enregistrement spécifique de la qualité du résultat en impliquant les patientes et patients. Il est important de noter qu'il ne s'agit pas ici d'appliquer simplement des méthodes quantitatives, mais également des méthodes qualitatives, du fait que seules ces dernières permettent une interprétation sensée de résultats quantitatifs.

Les recommandations du groupe de travail n'ont pas pour but de restreindre de façon standardisée le choix des moyens de questionnement des patientes et des patients, mais sont destinées à montrer une palette de moyens

disponibles à titre de base de discussion pour les instituts de formation postgrade. Ils peuvent également servir de façon analogue de base de discussion pour l'élaboration de concepts d'assurance de qualité dans les cabinets.

L'auteur

Peter Schulthess est psychothérapeute reconnu par la fédération, membre du Comité de l'ASP et a été membre du groupe de travail ad hoc chargé d'élaborer des assistances à l'évaluation de déroulements de thérapies.

Contact

E-Mail : peter.schulthess@psychotherapie.ch

Aide à l'enquête systématique sur les patients auprès des étudiants des cours de formation en psychothérapie

Introduction

Le comité d'experts ad-hoc formé ici a été initié par le Prof. Dr. Franz Caspar (membre du comité PsyG AAQ, mais pas dans sa fonction officielle). La question de ce comité était d'offrir un soutien pragmatique à la formation continue en psychothérapie pour les enquêtes auprès des patients dans le cadre de l'assurance qualité du cycle d'accréditation actuel. Il devrait notamment fournir aux instituts un aperçu des méthodes et des outils de mesure communs. Cette question principale trouve sa réponse dans le document suivant. Ces conseils sont uniquement destinés à servir de base de discussion et n'ont aucun caractère directif pour les experts en accréditation ou les instituts de formation.

L'ordonnance du DFI sur l'étendue et l'accréditation des cours de formation continue dans les professions de la psychologie a formulé quelques changements à partir du 15 décembre 2020. En particulier, le domaine de test 2.3, activité psychothérapeutique propre, stipule que le déroulement et les résultats des 10 psychothérapies supervisées doivent être documentés et évalués à l'aide d'instruments scientifiquement validés. Les explications suivantes donnent un aperçu des instruments possibles et contiennent également des recommandations concernant les instruments et leur utilisation. En principe, il existe des instruments solidement validés sur le plan psychométrique, dont certains ont été développés spécifiquement pour la psychothérapie depuis de nombreuses années.

Nos recommandations concernent en particulier les psychothérapies ambulatoires. Il faut tenir compte du fait qu'un grand nombre des 10 cas supervisés sont traités dans des établissements de soins psychosociaux ou psychothérapeutiques-psychiatriques. Ces établissements disposent généralement de leurs propres systèmes d'AQ pour leurs propres besoins ; cependant, certains d'entre eux ne sont pas spécifiquement conçus pour la formation psychothérapeutique.

A Objectifs des enquêtes auprès des patients dans le contexte de la formation et obligations des institutions de formation

L'assurance qualité dans le contexte de la formation peut inclure un très large éventail d'outils différents tels que la supervision, l'enregistrement vidéo, l'auto-évaluation, l'intervision, etc. L'assurance qualité dans le contexte de la formation vise à garantir le meilleur environnement d'apprentissage possible pour les stagiaires. La tâche des institutions de formation

est d'offrir à leurs stagiaires un cadre systématisé pour réfléchir aux progrès de l'apprentissage et aux succès et échecs qui y sont liés. L'assurance qualité psychothérapeutique comprend une réflexion sur la qualité des structures, des processus et des résultats. La qualité des résultats ne peut pas être simplement supposée, même si la qualité des structures et des processus est correcte.¹ Un enregistrement spécifique de la qualité des résultats est nécessaire, comme cela est maintenant spécifié dans le domaine de test 2.3. Les outils de mesure tels que ceux développés pour la recherche en psychothérapie peuvent également être utilisés pour l'assurance qualité, par exemple dans le cadre de la formation.

Il convient d'accorder une place importante au point de vue des patients. Leur point de vue ne peut être transmis exclusivement par le rapport indirect des stagiaires. Dans l'assurance qualité de la psychothérapie, il s'est donc établi de ne pas seulement exploiter indirectement cette perspective, mais aussi de la demander directement. L'inclusion systématique du point de vue des patients devrait être développée et systématisée par chaque institut de formation dans le sens d'une assurance qualité pragmatique et constructive. Les différents contextes thérapeutiques des stagiaires (différentes populations de patients, conditions cadres institutionnelles) doivent être pris en compte. L'assurance qualité doit être développée de manière pragmatique et utile dans différents contextes thérapeutiques.²

Opportunités et risques

L'assurance qualité dans le contexte de la formation exige une culture ouverte du retour d'information. En plus de la supervision classique et de la conscience de soi, un retour d'information soigneusement systéma-

1 Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3, Pt. 2), 166–203 [réimprimé 2005 : <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>].

2 Selon les recommandations actuelles de l'OMS (2020), les symptômes, le bien-être psychologique et social doivent être enregistrés comme paramètres [https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/185310/Health-2020-and-the-case-Fact-Sheet-Ger-final.pdf?ua=1]. Pour l'évaluation de ces trois aspects, divers outils de mesure testés et éprouvés depuis de nombreuses années sont disponibles pour la psychothérapie [Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L.G. (Eds.). (2021). *Manuel de psychothérapie et de changement de comportement de Bergin et Garfield*. 7e éd. New York: Wiley]. Les établissements hospitaliers utiliseront notamment les instruments proposés par l'ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques). Il s'agit du HoNOS et du BSCL pour la psychiatrie adulte, et du HoNOSCA et du HoNOSCA-SR pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Dans de nombreux KJPD, le SDQ est également utilisé.

tisé provenant d'autres perspectives, en particulier de la perspective du patient, dans un cadre confidentiel, est important – tant pour le bien-être du patient que pour les progrès de l'apprentissage du stagiaire. L'assurance qualité doit être efficace en termes de temps et de coûts et être perçue comme constructive et utile pour toutes les parties concernées. Les stagiaires, leurs patients et les établissements de formation ont un droit fondamental à l'assurance qualité, au sens de la réflexion et de l'examen du processus thérapeutique et de la qualité des résultats. Une supervision et une intervention psychothérapeutiques régulières doivent être garanties. Dans un cadre médico-thérapeutique, tous les participants ont également un droit fondamental à la confidentialité et à la protection de la personnalité. Une certaine flexibilité dans l'assurance qualité peut et doit exister. Il vise à promouvoir une réflexion systématique sur le processus et le résultat de la thérapie.

Les recommandations du groupe de travail ne visent pas une restriction standardisée dans le choix des moyens d'interrogation des patients, mais veulent montrer une gamme de moyens disponibles comme base de discussion pour les instituts de formation.

Pour les années cliniques dans le cadre de la formation continue, les institutions externes doivent en principe assurer une assurance qualité psychothérapeutique ciblée pour les cas de formation. En particulier, les instruments d'assurance qualité psychothérapeutique tels que les enregistrements vidéo devraient être mis à la disposition des participants à la formation.

B Enquête auprès des patients : Liste d'instruments psychométriques testés et éprouvés (sans prétention à l'exhaustivité)

1 Diagnostic des entrées et des résultats

Il existe fondamentalement trois méthodes psychométriques pour le diagnostic des entrées et des résultats, à savoir la mesure des résultats avant et après (indirecte) (1.1./1.2), la mesure des résultats rétrospective (directe) (1.3) et la mesure des résultats basée sur des critères (1.4).

1.1 *Mesure des résultats avant et après (indirecte) – auto-évaluations*

Les adultes :

- 1.1a Mesure des symptômes généraux : *BSCL*³, ...
- 1.1b Mesures spécifiques des symptômes : *BDI-2*, *BAI*, *PSWQ*, *AKV*, *SOMS-7*, *EDI-2*, *PDS*, *HTQ*, *PCL-5*, *GAD-7*, *PHQ-9*, *PHQ-15*, ...

³ Accès libre ; ici et ci-après en italique. Une liste de liens utiles vers des questionnaires en libre accès est jointe au document.

- 1.1c Le bien-être psychologique : *BFW*, *EUROHIS*, ...
- 1.1d Le bien-être social : *IIP*, ...
- 1.1e-h Masse intégrative : *FEP-2*, *OQ-45*, *SRS*, *OPD-Struk*, ...
- 1.1i Diagnostic des aptitudes et des capacités : *WIRF*, *RES*, *RS-11*
- 1.1j Images/icônes : *SAM*, *échelle de Kunin*, ...
- 1.1k Entretiens cliniques : *DIPS*, ...

Enfants et adolescents :

- 1.1l Mesures des symptômes généraux : *SDQ*, *CBCL/YSR/TRF*, ...
- 1.1m Mesures spécifiques des symptômes (sélection) : *DISYPS*, *SPAIK*, *CTQ*, *ETI*, *DIKJ*, *PHOKI*, *BSL*, *CY-BOCS*, *EDI-2*, *Conners-3*, ...
- 1.1n Mesures intégratives : *HoNOSCA-SR*, *Feel-KJ*, *AIDA*, *JTCL*, procédures projectives, diagnostics familiaux (*FIT*, *FAST*, *EBI*), *WISC-IV*, ...
- 1.1o Entretiens cliniques : *K-DIPS*, *K-SADS*, ...
- 1.2 *Mesure des résultats avant et après le traitement – évaluation par les proches et les prestataires de traitement*

Les adultes :

- 1.2a Les évaluations externes : En gros, tout ce qui précède, *REF*, ...
- 1.2b Satisfaction du partenariat : *FPD*, ...
- 1.2c *HoNOS*, ...

Enfants et adolescents :

- 1.2d (tous les éléments ci-dessus plus) *HoNOSCA*, ...
- 1.3 *Mesure rétrospective (directe) des résultats*
- 1.3a Changements dans les domaines de la vie : *BVB-2000*, *VLB*, ...
- 1.3b Satisfaction des patients : *Seligman-CR*, ...
- 1.3c Satisfaction des familles : *BVB-2000*, ...
- 1.3d Effets secondaires : *INEP*, *NUGE 24*, ...
- 1.4 *Mesure des résultats orientée critères*
- 1.4a Objectifs thérapeutiques : *Goal attainment scaling*, *PRISM*, ...

2 *Mesure du processus-instruments*

2.1 *Auto-évaluations*

- 2.1a Linguistique : *BSTB*, *ORS/SRS*, *STEPT*, *WAI*, *HAQ*, ...
- 2.1b Images/E&A : *Bi-BSTB*, *CORS/CSRS*, ...
- 2.1c Icônes : *SAM*, *échelle de Kunin*, ...

2.2 *Outils de supervision*

- 2.2a Documents thérapeutiques directs : vidéo, enregistrements audio, documentation thérapeutique standardisée

2.2b Évaluations de la supervision : Entretien semi-structuré, guide du superviseur, outil de réflexion collaborative, déclaration de mission du superviseur.

3 *Des outils d'assurance qualité différenciés*

3.1 Divers ; par exemple, Urs Braun, Suisse (PsyQOS), Scott Miller, USA (FIS), Günter Schiepek, Autriche (SNS ccsys.de)

C Enquête auprès des patients : Recommandations

1 *Recommandations pour 10 cas documentés*

Les recommandations sont conçues comme des normes minimales.

1.1 *Diagnostic initial et diagnostic des résultats*

- Au moins 1 questionnaire d'auto-évaluation du point 1.1 ; des mesures intégratives sont recommandées
- En plus, au moins un instrument de 1.2–1.4

Nombre d'items : au moins 45 pour les adultes, 25 pour les enfants et les adolescents ; mesure au moins au début et à la fin de la thérapie

1.2 *Mesure du processus*

- Au moins une documentation systématique régulière du processus (2.1 et/ou 2.2).
- La mesure du processus doit être collectée pendant la thérapie et être intégrée dans les thérapies.
- Si les instruments du point 2.1 sont utilisés, une application régulière est recommandée (par exemple, toutes les 5 séances de thérapie). En outre, l'utilisation régulière d'un instrument de mesure court supplémentaire de 1.1 est recommandée pendant la thérapie.

2 *Recommandations pour une mesure standard pour tous les cas de formation*

- Il est recommandé que non seulement les 10 cas documentés pendant la formation, mais tous les cas répondent aux normes mentionnées ci-dessus. Si nécessaire, une documentation légèrement plus courte peut être utilisée.

D Perspectives et recommandations pour les prochaines étapes éventuelles

- D'une part, l'assurance qualité est destinée à la documentation des progrès des cas de formation. D'autre part, l'assurance qualité dans le

cadre d'une formation thérapeutique doit permettre de réfléchir régulièrement à la formation.

- L'anonymat de tous les participants doit être garanti.
- L'assurance qualité consiste essentiellement à comparer les attentes des thérapeutes avec les expériences des patients. L'objectif est de tirer et d'utiliser de nouvelles idées et perspectives de ce retour d'information pour tous les cas, c'est-à-dire pour les thérapies qui se déroulent bien, mais aussi ou surtout pour celles qui se déroulent moins bien.
- Nos recommandations ne sont pas très précises en termes de contenu et ne sont pas concluantes. Il appartient aux instituts de formation d'initier et d'élaborer une discussion pour leur assurance qualité spécifique.
- Il faut tenir compte des contextes, c'est-à-dire des thérapies individuelles, de couple, de famille et de groupe.
- Pour les instituts orientés vers la recherche, qui utilisent déjà une assurance qualité plus détaillée, nous ne voyons aucune raison (impérative) de réduire ces systèmes établis avec nos recommandations.
- Dans le domaine des enfants et des adolescents, les évaluations multi-perspectives sont particulièrement pertinentes.
- Certains des questionnaires mentionnés sont payants. Nous recommandons aux organisations responsables de se renseigner auprès du centre d'examen (<https://www.hogrefe.com/ch/unternehmen/testzentrale>) pour savoir comment acquérir des licences collectives.
- L'assurance qualité pourrait bien encourager un mode d'engagement ludique.
- En principe, la standardisation entre différents centres présenterait à la fois des avantages et des inconvénients. Les recommandations présentées ici sont principalement destinées à encourager l'engagement dans l'assurance qualité en matière de DPC.
- L'assurance qualité ne se limite pas à l'utilisation des questionnaires présentés ci-dessus. La responsabilité de la formation (supervision) doit être définie en particulier dans le traitement des difficultés dans le cadre des principes d'action/instructions : par exemple, le traitement des difficultés des patients (ex. (p.ex. suicidalité, crises aiguës, interruption de la thérapie, posture, violation de la confidentialité vis-à-vis de tiers, traitement des délits et des informations pertinentes au regard du droit pénal), le traitement des difficultés des stagiaires (p.ex. surcharge de travail, manquement aux obligations comme l'absence régulière aux jours de

cours ou le manque de documentation des cas, refus ou incapacité de faire face à ses propres limites et à ses propres décisions thérapeutiques erronées), ainsi que le traitement de la communication entre les superviseurs et les thérapeutes de la conscience de soi.

Le soussigné se tient à votre disposition pour répondre à vos questions et vous fournir des informations complémentaires.

Comité d'experts ad-hoc « Assurance qualité dans les formations postgrade en psychothérapie » :
 Prof. Dr. phil. Christoph Flückiger
 (christoph.flueckiger@psychologie.uzh.ch),
 Dr. phil. Célia Steinlin (stnl@zhaw.ch),
 Peter Schulthess lic. phil.
 (peter.schulthess@psychotherapie.ch),
 Dr. phil. Carola Smolenski (smolenski@sunrise.ch),
 Prof. Dr. Agnes von Wyl (vonw@zhaw.ch)

1er août 2021

Liens utiles vers l'accès libre

BSCL: https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/120611_Info-Instrument_BSCL_DT_v2.pdf | *frz.:* https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/120611_Info-Instrument_BSCL_FR_v2.pdf | *ital.:* *Psichiatria per adulti – ANQ*

FEP-2: https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/PSY/tripsyberichte/2008_35_3.pdf | *keine Übersetzung*

WIRF: <https://docplayer.org/170048558-Wittener-ressourcenfragebogen-wirf.html> | *keine Übersetzung*

RES/RES: <http://www.troesken.eu/RES.pdf>, <https://allgemeinepsychotherapie.de/inventory.html> | *keine Übersetzung*

SAM: https://www.kompetenzzentrum-usability.digital/kos/WNetz?art=File.download&cid=3023&name=20201108_SAM.pdf

Kunin-Skala: <https://arbeitszufriedenheit.net/arbeitsbeschreibungs-bogen-abb>

Trauma u. a. HTQ, CTQ: https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/PSY/tripsyberichte/2005_32_2.pdf

PCL-5: <https://zep-hh.de/service/diagnostik>

PHQ-D (inkl. **GAD-7**, **PHQ-9**, **PHQ-15**): <https://de.wikipedia.org/wiki/PHQ-D>

DIPS: <https://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/dips-interv/klipsy/download/DIPS%20Open%20Access.pdf>

Persönlichkeitsstörungen: https://www.aftcc.org/sites/default/files/documents/manuel_de_passation_de_lentretien_scid-ii_1_.pdf

SDQ: <https://psydix.org/psychologische-testverfahren/sdq-d> | *Alle weiteren Sprachen sind unter www.sdqinfo.org zu finden.*

HoNOSCA: HoNOSCA-D: HoNOSCA-D | ZHAW Angewandte Psychologie | *frz.:* *Psichiatria d'enfants et d'adolescents – ANQ* | *ital.:* *Psichiatria infantile e adolescenziale – ANQ*

HoNOSCA-SR: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/08/ANQ_PSY_KJP_HoNOSCA-SR_Fragebogen_ab-2020.pdf | *frz.:* https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_PSY_PEA_HoNOSCA-SR-Questionnaire_2020.pdf | *ital.:* *Psichiatria infantile e adolescenziale – ANQ*

HoNOS: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/10/ANQ_Psy_EP_HoNOS-Ratingbogen_konzentriert.pdf | *frz.:* https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20140128_HoNOS_konzentrierter-Ratingbogen_FR.pdf | *ital.:* *Psichiatria per adulti – ANQ* | *frz. 65+:* https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20120830_f_HoNOS_glossaire65plus_FR_v-ANQ.pdf

BVB 2000: https://www.dgvt-bv.de/fileadmin/user_upload/DGVT-BV/Dokumente/Bochumer_Veraenderungsbogen_Informationen_Auswertung_01_14.pdf | *keine Übersetzung*

Seligman-CR: z. B. https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/2246/vts_7681_11025.pdf (S. 116–125)

Goal attainment scaling: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/evalua_tools/leitfaden_gas_endversion.pdf | *frz.:* <http://fr.scale-library.com/pdf/Echelle%20GAS%20-%20Utilisation.pdf>

BSTB: https://www.researchgate.net/publication/230844127_Der_Berner_Patienten-_und_Therapeutenstundenbogen_2000 | *frz.:* *Open Access via Erstautor* | *ital.:* *Open Access via Erstautor*

ORS/SRS: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781119221562.app3> | *keine frz. Übersetzung*

Evaluation von daseinsanalytischen Therapien

Bericht aus einem Seminar des Daseinsanalytischen Seminars DaS

Alice Holzhey

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 23–30

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-23>

Zusammenfassung: Das BAG erhebt für die zweite Akkreditierungsrunde auch die Forderung nach Evaluierung der von den Kandidaten in den verschiedenen psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitutionen durchgeführten Therapien, um auf diese Weise die Wirksamkeit der dort vermittelten psychotherapeutischen Methoden zu prüfen. Dagegen ist nichts einzuwenden. Als problematisch erweist sich die Forderung dann, wenn dazu Instrumente vorgeschrieben werden, die Wissenschaftskriterien erfüllen, die nur im Bereich der naturwissenschaftlichen Forschung Geltung beanspruchen können. Im zu referierenden Seminar wollten wir herausfinden, ob es bewährte Instrumente gibt, die wir zum Zweck einer Evaluation von daseinsanalytischen Therapien zumindest partiell übernehmen könnten. Wir vertieften uns zuerst in das Duo von BSCL und HoNOS als *rein symptomorientierte* Fragebogen, weil diese in den psychotherapeutischen Kliniken der Schweiz bereits seit 2011 standardmässig angewendet werden, um die Wirksamkeit der dort durchgeführten Psychotherapien zu evaluieren. Deren Lektüre war für uns informativ und machte uns zugleich perplex. Hingegen beeindruckte uns positiv die HUS, weil sie die verschiedenen Stadien eines psychoanalytisch-hermeneutischen Psychotherapie-Prozesses abbildet und insofern auch der daseinsanalytischen Psychotherapie *kongruent* ist. Würden wir diese Skala aber telquel übernehmen, bliebe das spezifisch Daseinsanalytische draussen. Wir wandten uns deshalb abschliessend der Frage zu, wie die Stufen der HUS sowie die erforderlichen Foki umformuliert werden könnten/müssten, damit in ihnen auch die *existenzphilosophische Dimension* zum Ausdruck kommt, die in der am DaS gelehrt und praktizierten «Daseinsanalyse» den psychoanalytischen Ansatz ergänzt und vertieft.

Schlüsselwörter: zweite Akkreditierung, psychoanalytische Psychotherapie, Daseinsanalyse, Existenzphilosophie, Evaluationsinstrumente, sachliche Kongruenz, wissenschaftliche Validierung

Unter obigem Titel führten am 30. Oktober 2021 Alice Holzhey und Gisela Thoma im Rahmen des Daseinsanalytischen Seminars DaS ein ganztägiges Seminar durch. Das Seminarkonzept stand anfänglich im Zusammenhang der intern noch auf Hochtouren laufenden Debatte für oder gegen eine zweite Akkreditierung. Der diesbezügliche Entscheid drängte, da für das DaS die Frist für die Zusendung der Unterlagen ans BAG bereits im November 2021 ablief. Als dann unser Seminar auf den Herbst verschoben werden musste, war der diesbezügliche Entscheid der Seminarleitung bereits in negativem Sinne gefallen. Wir sahen darin aber keinen hinreichenden Grund, um deswegen unser Seminar abzublasen. Wir fühlten uns im Gegenteil sogar freier in dessen Gestaltung.

Mit welcher Problematik wir uns dabei genau befassen wollten, verrät allerdings erst der Untertitel der Seminarankündigung: *Wie müss(t)en die Instrumente beschaffen sein, mit denen eine Evaluation durchgeführt wird?* Diese Frage hat es deshalb in sich, weil man sie *zweifach* auffassen und entsprechend auch zwei Antworten darauf geben kann. Der im «müss(t)en» angedeutete Konjunktiv weist bereits auf jenes Problem hin, das sich bestimmten psychotherapeutischen Richtungen dann stellen kann, wenn sie beiden

Antworten genügen wollen. Mit der Diskussion dieses Problems startete unser Seminar, denn es war uns bewusst, dass damit die heute weitherum geltende Auffassung infrage gestellt wurde, wonach seit Beginn der 1990er Jahre die früheren Streitereien zwischen den psychotherapeutischen Schulen Schnee von gestern seien. Damals wurde gemäss dieser Auffassung ein Paradigmenwechsel auf dem Gebiet der Psychotherapie eingeläutet, den Klaus Grawe mit seinem 1994 publizierten Buch auf den eingängigen Slogan *Von der Konfession zur Profession* gebracht hatte. Dieser Wechsel war letztlich ein *Wechsel der Perspektive*: Statt eine psychotherapeutische Richtung aufgrund des ihr immanenten Menschenbildes, des jeweiligen Therapieziels und der diesem Ziel entsprechend verwendeten Therapiemethoden zu beurteilen, sollte ab jetzt nur noch ihre – mit wissenschaftlich validen Methoden nachgewiesene – *Wirksamkeit* zählen. Dank dieses Perspektivenwechsels schien sich die Antwort auf die Frage, welche Psychotherapien als «professionell» einzustufen seien, von selbst zu ergeben: Es sind jene, die mit wissenschaftlich validen Evaluationsinstrumenten eine möglichst grosse, möglichst effiziente, möglichst nebenwirkungsarme und überdies möglichst kostengünstige Wirksamkeit nachzuweisen vermögen.

Wissenschaftliche Validität vs. Angemessenheit der Evaluationsinstrumente

Die eine Antwort auf die Frage, *wie* die Evaluationsinstrumente beschaffen sein muss(t)en, erhält man dann, wenn man das *Wie* auf die *wissenschaftliche Validität der Instrumente* bezieht, die zur Evaluation eingesetzt werden. Sie lautet dann: Diese muss(t)en so beschaffen sein, dass die durch diese Evaluation gewonnenen Resultate selbst *«wissenschaftlich valide»* sind. In dieser Antwort drückt sich der besagte Paradigmenwechsel aus. Wir Daseinsanalytiker¹ sehen das Problem nicht darin, dass die Gewinnung der Resultate auf wissenschaftlichem Weg zu erfolgen hat, sondern darin, dass sich der Wissenschaftsbegriff in Psychologie und Psychiatrie ebenfalls seit den 1990er Jahren extrem verengt hat und auf eine *«Objektivität»* in naturwissenschaftlichem Sinne abzielt, *die letztlich nur mittels quantitativer Methoden zu erreichen ist.*

Die andere Antwort erhält man, wenn man das *Wie* auf den jeweiligen *Anwendungsbereich* von Evaluationsinstrumenten bezieht. Dann wird zwangsläufig der totgesagte Disput um die Eigenart unterschiedlicher Psychotherapien wieder lebendig. Denn jetzt stellt sich die Frage, *woran* sich eine positive Wirkung auf dem Gebiet seelischen Leidens ablesen lässt. Kann man sich für die Beantwortung dieser Frage an der somatischen Schulmedizin orientieren? Wir Daseinsanalytiker meinen Nein, weil rein somatisches Leiden einerseits, psychosomatisches sowie rein psychisches Leiden andererseits sich keinesfalls gleichsetzen lassen. Das wusste man früher noch, doch seit alles unter demselben Oberbegriff *«Krankheit»* läuft, scheint eine Parallelisierung plötzlich angemessen: Wer krank ist, sei es somatisch oder psychisch, verdient eine seiner Krankheit angemessene Behandlung, um wieder gesund zu werden. Und zeigt sich die Gesundung nicht beiderorts – jedenfalls für den Patienten – darin, dass die Krankheitssymptome verschwunden sind?

Das mag plausibel tönen, solange man nicht genauer hinschaut, und man schaut seit dem besagten Paradigmenwechsel unter anderem auch deswegen nicht mehr genauer hin, weil er verbunden ist mit der Übernahme des *medizinisch-psychiatrischen Denkansatzes*, der von den beiden Leitbegriffen *«Gesundheit»* (respektive Normalität, Ungestörtheit, Wohlbefinden) und *«Krankheit»* als *Privation von Gesundheit* geleitet ist – nicht anders als in der somatischen Medizin. Damit wird unterstellt, es gehe auch in der Psychotherapie um die Beseitigung der *«Krankheit»* und ihrer *«Symptome»* im Dienst der Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Was hier fehlt, ist die Frage, ob man somatische und psychische Symptome wirklich einander gleichsetzen kann oder ob psychische Symptome eine ganz andere Qualität haben als somatische. Solange diese Frage unterschlagen wird, kann man sich problemlos darauf einigen, worauf die Evaluation von Psychotherapien fokussieren darf, ja muss,

um deren Wirksamkeit festzustellen: auf nichts anderes als darauf, ob die anfänglich bestandenen Krankheitssymptome weiterhin bestehen, sich gar verstärkt oder sich, wie angestrebt, abgeschwächt (gemildert) haben, wenn sie nicht sogar ganz verschwunden sind. Denn ist es nicht evident, dass eine positive Wirkung sich im zunehmenden Verschwinden der Symptome anzeigt, derentwillen sich der Patient krank gefühlt hat? Ist man sich darin einig, folgt daraus auch schon, dass die *Evaluationsinstrumente*, die zum Einsatz kommen, alle *demselben Schema* gehorchen dürfen, ja sollen. Es braucht dann nicht verschieden *geartete* Evaluationsinstrumente, die dann unweigerlich auch *je andersartige Resultate* liefern würden, sondern nur gleichgeartete, was auch die Nachprüfung ihrer wissenschaftlichen Validität enorm erleichtert.

Wenn sich aber hinter dieser plausibel klingenden Einigung ein schwerwiegendes Vorurteil verbergen würde, das durch die allzu unbedachte Gleichsetzung von somatischem und seelischem Leiden bedingt wäre? Macht diesbezüglich nicht schon der auffällige Unterschied in der somatischen und psychopathologischen Diagnostik misstrauisch? Wie soll man verstehen, dass der somatisch kranke Patient (ausser im hohen Alter oder im terminalen Stadium) meist gleichzeitig nur an *einer* Krankheit leidet, derentwillen er vom Arzt derzeit behandelt wird, während der seelisch Leidende nach medizinischem Gesichtspunkt selten nur eine Diagnose hat, sondern meist gleich mehrere, weshalb die sogenannte *«Komorbidität»* beinahe zur Regel geworden ist. Das aber hat mit der qualitativen Andersartigkeit psychischer Symptome zu tun, die weit variabler sind und sich selten *«brav»* unter den Hut eines einzigen Krankheitsbildes bringen lassen.

Nimmt man hingegen das zweite *Wie* hinzu, dann sollen die Evaluationsinstrumente jene *«Wirkung»* messen, auf die mit einer bestimmten Psychotherapiemethode abgezielt wird. Gehört es nicht gerade zum *wissenschaftlichen Ethos*, qualitativ Verschiedenartiges nicht über denselben Leisten schlagen zu dürfen? Diesem Ethos gemäss ist es auch unzulässig, psychotherapeutische Methoden, die aufgrund eines *hermeneutischen* Konzepts von seelischem Leiden gar nicht auf eine möglichst effiziente Eliminierung der Symptome abzielen können, ihrer Andersartigkeit zum Trotz mit Instrumenten zu evaluieren, die von ihrer Eigenart her einzig dafür geeignet sind, eine *«Wirkung»* auf der Symptomebene zu messen.

Vom unterschiedlichen Schwierigkeitsgrad symptomorientierter und psychoanalytisch-hermeneutischer Evaluationsmethoden

In der hier referierten Anfangsdiskussion wurde uns bewusst, dass die am DaS gelehrt Daseinsanalyse nur dann angemessen zu evaluieren ist, wenn dafür Instrumente verwendet werden, die *auch* dem Erfordernis der *inhaltlichen Adäquatheit an die daseinsanalytische Psychotherapie* gerecht werden. Hätte sich diese Bedingung auch unter den neuen, stärker auf Wissenschaftlichkeit setzenden Richtlinien des BAG verwirklichen lassen? Im

¹ Zwecks besserer Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet.

Seminar kamen uns diesbezügliche Zweifel erneut, obwohl aus den Richtlinien kein direkter Hinderungsgrund herauszulesen ist. Denn das BAG schreibt in der Tat nicht vor, *welche* Instrumente für die Evaluation anzuwenden sind, und es lässt auch explizit Platz für die Anwendung «qualitativer» Methoden; es fordert lediglich, es seien *auch* quantitative Methoden mitzubersichtigen.

Der Haken ist nur, dass bei der Wahl qualitativer Methoden die zugeteilten «Experten» darüber entscheiden, ob diese auch hinreichend «wissenschaftlich valide» sind respektive, welchem Wissenschaftsbegriff sie bei ihrem Urteil folgen. Und unklar bleibt überdies, welches Gewicht den qualitativen Evaluationsmethoden respektive den mit ihnen gewonnenen Resultaten im Rahmen der Akkreditierung überhaupt zugemessen werden kann, braucht es dafür doch weit mehr «Expertentum» als für die Beurteilung der mittels quantitativen Methoden gewonnenen Resultate, wo vermeintlich «objektive Zahlen» ein eigenes Urteilsvermögen der Experten erübrigen.

Da für uns die Würfel eh schon gefallen waren, schien es uns auch überflüssig, noch länger darüber zu werweisen. Ich will hier auch nicht den Eindruck vermitteln, unsere Befürchtung hinsichtlich der künftigen Evaluationspraxis des BAG sei der einzige Grund gewesen, auf eine zweite Akkreditierung unsererseits zu verzichten, auch wenn zutrifft, dass der Seminarleitung bei ihrem Entscheid der Brief der Psychologieprofessoren ans BAG als grosse Bedrohung im Nacken sass. Es kamen auch finanzielle und personelle Gründe hinzu, die den Verzicht auf einen zweiten Versuch ebenfalls ratsam erscheinen liessen.

Brief der Professoren der klinischen Psychologie ans BAG vom August 2019

Der besagte Brief der Psychologieprofessoren ans BAG wird in dessen neuen «Richtlinien» erwähnt, weshalb wir ihn zur Lektüre vom BAG angefordert hatten. Er kam am Seminar deshalb erneut zur Sprache, weil in ihm ganz deutlich der Wille der Professorenschaft zum Ausdruck kommt, auf die zweite Akkreditierung Einfluss nehmen zu wollen, und zwar angeblich aufgrund ihrer tiefen Besorgnis über die zukünftige Qualität der ambulanten psychologischen Psychotherapie in der Schweiz. Dieser Brief trägt zwar nur die Unterschrift von *Meinrad Perrez* aus Fribourg und *Birgit Watzke* aus Zürich; in einem separaten Brief haben jedoch 22 weitere Psychologieprofessoren aus sämtlichen Schweizer Universitäten mitunterzeichnet.

Die Macht eines solchen Briefes ist, so schien es uns, nicht zu unterschätzen, vor allem dann, wenn darin der Vorwurf erhoben wird, bei der ersten Akkreditierungsrunde, die 2016 begann, sei Artikel 5 des Psychologieberufegesetzes (PsyG) «*nicht zentral bewertet*» worden, weshalb «eine Reihe von psychotherapeutischen Ansätzen akkreditiert» worden seien, die «weder theoretisch noch empirisch auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen im Fachgebiet der Psychologie basieren» würden. Wir vom DaS konnten gar nicht anders, als uns «mit-

gemeint» zu finden in diesem Satz. Zudem stellt dieser eine Satz schon klar, dass die Uniprofessorenschaft in klinischer Psychologie eine «längerfristige Sicherung der hohen Qualität der psychotherapeutischen Versorgung» *gleichsetzt* mit der «Sicherstellung», «dass die Patienten eine Behandlung erhalten, *die auf wissenschaftlicher Grundlage beruht*». Was das heisst, wird erst klar, wenn man mitbedenkt, dass seit der Emeritierung der Psychoanalytikerin *Brigitte Boote* in Zürich im Jahr 2014 sämtliche Lehrstühle an psychologischen Instituten aller Universitäten der Schweiz von Vertretern von KT und KVT besetzt sind, hängen doch die Vertreter dieser Psychotherapierichtung einem extrem verkürzten, eng an die Naturwissenschaften angelehnten Wissenschaftsbegriff an, was zur Folge hat, dass «wissenschaftliche Psychologie» mit «empirischer Forschung» und «empirische Forschung» idealiter mit Forschung mittels «quantitativer Methoden» gleichgesetzt wird.

Uns hatte auch beunruhigt, dass sich in diesem Brief die Professorenschaft anbietet, «bei der Entwicklung eines tragfähigen Evaluationskonzepts» mitzuarbeiten. Dass es nur gerade um die Entwicklung *eines* (!) Evaluationskonzeptes gehen soll, das bei *allen* Psychotherapierichtungen zur Anwendung zu kommen hat, wird hier stillschweigend vorausgesetzt und damit auch schon behauptet, dass eine *einheitliche Bewertung* der Wirksamkeit *aller zu akkreditierenden Psychotherapierichtungen* möglich sei.

Der Geist der heutigen universitären Psychologie am Beispiel der Uni Zürich

Der Zufall wollte es, dass kurz nach unserem Seminar *Julian Hofmann* im Rahmen der Gesellschaft für hermeneutische Anthropologie und Daseinsanalyse (GAD) einen Vortrag hielt, der hauptsächlich dem herrschenden Wissenschaftsverständnis im Fachbereich der klinischen Psychologie an der Uni Zürich gewidmet war.² Ich erwähne ihn hier, weil er unsere Befürchtungen, die der «Brief der Professoren» ans BAG geweckt hatte, durch konkrete Belege aus dem Alltag des Zürcher Instituts bestätigte.

Hofmanns Vortrag basiert auf den öffentlichen Studieninformationen, den Verzeichnissen der am Institut durchgeführten Forschungen sowie auf eigenen Erfahrungen, die er selbst bis zum vergangenen Sommer als Student der klinischen Psychologie an diesem Institut gesammelt hat. Er weist zu Beginn ironisch darauf hin, dass er seither den Titel *MSc (Master of Science)* trägt, obwohl die «Psychologie» an der Uni Zürich der philosophischen Fakultät zugehört, die ansonsten in allen anderen Fachbereichen den Titel *MA (Master of Arts)* vergibt. Darin zeigt sich bereits, dass sich an diesem Institut seit der Emeritierung von *Brigitte Boothe* alles um einen möglichst hohen Grad von «Wissenschaftlichkeit» dreht, der sich möglichst eng an den Wissenschaftsbegriff der Naturwissenschaften anlehnt. Entsprechend enthält

² Wer diesen Vortrag im Ganzen lesen möchte, melde sich direkt bei *Julian Hofmann* (julian.hofmann@uzh.ch).

der Lehrstoff für Studierende hauptsächlich Berichte über empirische Forschungsergebnisse einerseits, Explikationen und Rechtfertigungen der an diesem Institut ausschliesslich als «wissenschaftlich» sanktionierten Forschungsmethoden andererseits. Der riesige Research-Output des Instituts gehorcht entsprechend ganz und gar der vom Institut deklarierten Devise: «Ohne Statistik wäre keine wissenschaftliche Forschung möglich.» Alternative methodische Zugänge werden am Ideal quantitativer Methoden gemessen und entsprechend als Rückfall hinter die erreichten hohen Standards von Wissenschaftlichkeit gewertet und entsprechend verachtet. Psychoanalytische Forschungszugänge sind deshalb tabu. Doch dass sogar theoretische Arbeiten, in denen relevante Begriffe oder methodische Vorannahmen des eigenen Psychologieverständnisses reflektiert werden, an diesem Institut nicht geduldet werden, ist kaum zu glauben. Der Referent hat dies allerdings am eigenen Leib erfahren, scheiterte doch seine Absicht, unter der Betreuung von Prof. Paul Hoff eine theoretische Masterarbeit zu schreiben, an der Vorgabe, wonach in jeder Masterarbeit empirische Daten ausgewertet werden müssten!

Julian Hofmann plädiert in seinem Vortrag nicht für ein Fallenlassen der quantitativen Methoden, sondern für eine überfällige *Pluralisierung der Methoden*, um die «Komplexität des Psychischen» nicht einfach einem bestimmten Methodenideal zu opfern.

Die drei Seminarteile im Überblick

Unser Seminar am 30. Oktober 2021 war in drei Teile gegliedert, die zu einer für uns befriedigenden Antwort auf die Frage hinführen sollten, wie Evaluationsinstrumente beschaffen sein müssen, die unserem *daseinsanalytischen Therapieverständnis angemessen* sind/wären. In Teil I vertieften wir uns in die Evaluationsinstrumente BSCL und HoNOS, nicht weil wir glaubten, sie könnten für uns infrage kommen, sondern weil sie heute in der Schweiz bereits breit genutzt werden. Es handelt sich dabei um zwei Fragebogen, die zusammen die Wirksamkeit einer Psychotherapie anhand der Veränderung der anfänglich bestehenden Leidenssymptome einschätzen. In Teil II wandten wir uns der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) zu. Es handelt sich um ein spezifisch «psychoanalytisches» Evaluationsinstrument, das für uns deshalb hochrelevant ist, weil die am DaS gelehrte Daseinsanalyse sich ebenfalls als eine «psychoanalytische Richtung» definiert, wenn auch auf einem existenzphilosophischen Menschenbild basierend.³ Erst in Teil III kam dann das spezifisch Daseinsanalytische zu seinem Recht, indem wir die Frage stellten, wie die HUS allenfalls umformuliert werden könnte, um auch die existenzphilosophische Dimension von daseinsanalytischen Psychotherapien mitzubedenken.

³ Interessenten können die Unterlagen für Teil I und II, die die Teilnehmer vorgängig zugeschickt erhielten, beziehen unter: gisela_thoma@bluewin.ch.

I Die symptomorientierten Fragebogen BSCL und HoNOS

Gisela Thoma übernahm die Vorstellung von BSCL (Brief Symptom Checklist) und HoNOS (Health of the Nation Outcomes Scales), hat sie doch mit diesen Evaluationsinstrumenten im Rahmen ihrer therapeutischen Arbeit an einer psychotherapeutischen Klinik bereits sehr viel Erfahrung gesammelt.

Das Duo von BSCL, die die Selbsteinschätzung des Patienten abfragt, und HoNOS, die die Einschätzung durch den Therapeuten wiedergibt, wird bereits seit 2011 in der Erwachsenenpsychiatrie schweizweit in allen psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken eingesetzt. Die Kliniken kommen damit einer Forderung nach, die sie gemäss dem «Nationalen Qualitätsvertrag» zu erfüllen haben. Diese beiden Instrumente sind also in den Kliniken bereits fest etabliert. Legt nicht gerade dieser Umstand es nahe, dieselben Instrumente auch für eine «wissenschaftlich fundierte» Evaluation *ambulanter Psychotherapien* allgemein verbindlich zu erklären?

Während der Diskussion dieser beiden Fragebogen wuchs die Perplexität der Seminarteilnehmer. So wurde gefragt, wie es möglich ist, dass Fragebogen als «wissenschaftlich valide» gelten, die rein subjektive Aussagen von betroffenen Menschen mit nicht weiter zu hinterfragenden, weil objektiven Fakten gleichsetzen, aus denen die Wirksamkeit einer Therapie gefolgert wird – als ob die befragten Patienten wie Maschinen funktionieren würden, die so programmiert sind, dass sie gar nicht anders können, als automatisch die für sie zutreffende Antwort anzukreuzen. Die Möglichkeit subjektiver Unehrlichkeit sowie der Überforderung mancher Patienten angesichts angesprochener Themen wird nicht in Betracht gezogen; ebenso wenig die besondere Situation der Therapeuten, die beim Ausfüllen des für sie bestimmten Fragebogens unweigerlich unter einem gewissen Erfolgsdruck stehen, weil sie entweder den eigenen guten Ruf in der Klinik nicht gefährden wollen oder sich für den Erfolgsausweis der Klinik mitverantwortlich fühlen.

Gisela Thoma wies uns zudem auf zwei wunde Punkte dieser beiden zusammengehörenden Evaluationsinstrumente hin, die ihr bei ihrer Klinikarbeit immer wieder zu denken geben. Da gibt es zum einen Patienten, die weniger aus eigenem Antrieb denn auf Druck der Umgebung in die Klinik eintreten und darum anfangs noch gar nicht bereit sind, allzu viel von sich preiszugeben, um dann, wenn sie zum (psychoanalytisch orientierten) Therapeuten ein gewisses Vertrauen gefasst haben, immer offener zu werden und sogar den Mut zu gewinnen, erstmals ihre bisher verleugneten negativen Emotionen zuzulassen und zu ihnen zu stehen. Daraus kann sich ein *negativer Befund* bei der Evaluation zur Zeit des Austritts aus der Klinik ergeben, weil das unerwartete Auftauchen von «negativen» Emotionen sich nur durch die in der Therapie entstandene stärkere Symptombelastung ankreuzen lässt, was die Therapie zwangsläufig zu einem «Misserfolg» stempelt. Hier wird überdeutlich, dass eine solche Therapie nur mittels eines Evaluationsinstruments angemessen

eingeschätzt werden könnte, das auf den hier in Gang gekommenen *seelischen Veränderungsprozess* fokussiert, von dem anzunehmen ist, dass er *nachhaltiger* sein wird als jede momentane Symptomminderung.

Eine umgekehrte Fehlvaluation mit BSCL und HoNOS findet hingegen dann statt, wenn die Symptome auch für den Therapeuten wundersam schnell verschwinden. Gisela Thoma deutet solche zu schnell eintretenden Erfolge damit, dass sich Patienten im geschützten Rahmen einer Klinik, in der sie auch von anderen Patienten meist mit Wohlwollen aufgenommen werden, wohler und sicherer fühlen als an ihrem Wohnort und in ihrer Wohnung, weshalb gerade starke Symptomausprägungen wie z. B. Essanfälle bald einmal verschwinden, ohne dass daraus auf eine nachhaltige Besserung geschlossen werden dürfte. Die Gefahr ist gross, dass, sobald die Patienten wieder ins gewohnte, oft schwierige Umfeld zurückgekehrt sind, sich der alte Leidensdruck und damit auch die alten Symptome wieder zurückmelden, sodass eine neue Behandlung oder gar ein Wiedereintritt in die Klinik angezeigt erscheint. Da die nachträgliche Wiederverschlechterung aber nicht mehr in die Evaluation eingeht, weil in aller Regel keine katamnestischen Erhebungen vorgesehen sind, bringen diese Patienten wenigstens den Kliniken den dringend nötigen Erfolgsausweis.

In diesem Zusammenhang hat uns im Seminar auch die informelle Nachricht beschäftigt, wonach das Jung-Institut in Küsnacht sich bereits dazu entschlossen habe, für die zweite Akkreditierungsrunde zwecks Evaluation der Wirksamkeit von nach Jung'scher Methode durchgeführten Psychotherapien durch ihre Weiterbildungskandidaten die Instrumente BSCL und HoNOS zu verwenden. Uns war klar, dass eben das für uns nicht infrage gekommen wäre. Wir überlegten uns mögliche Folgen, wenn eine solcherart wesensfremde Evaluation zum integralen Teil der ersten von Weiterbildungskandidaten durchgeführten Therapien wird; ebenso fragten wir uns, ob nicht auch die «Identität» eines Weiterbildungsinstituts Schaden nimmt, stellt doch die Übernahme solch wesensfremder Evaluationsinstrumente eine Verleugnung in diesem Falle der Eigenart Jung'scher Psychotherapie dar. Oder, so fragten wir uns auch selbstkritisch: Sind wir vielleicht allzu «puristisch», tut vielleicht das Jung-Institut sogar gut daran, dem biblischen Motto zu folgen: *Gebt dem Kaiser was des Kaisers ist?*

II Die HUS: Ein auf psychoanalytische Psychotherapien zugeschnittenes Evaluationsinstrument

«Meine Damen und Herren! Eines Tages machte man die Entdeckung, daß die Leidenssymptome gewisser Nervöser einen Sinn haben. Daraufhin wurde das psychoanalytische Heilverfahren begründet» (Freud, GW XI, S. 79).

Die Erinnerung an diesen auch für das Therapieverständnis des DaS wegleitenden Satz Freuds führte zu Teil II und damit zur Beschäftigung mit der HUS. Auch

in diese führte uns wiederum Gisela Thoma ein, hat sie doch am Lehrstuhl von Brigitte Boothe klinische Psychologie studiert und war nachher noch bei ihr als Assistentin tätig. Das Freud-Zitat soll auch die Leser dieses Seminarberichts daran erinnern, dass die Psychoanalyse ein Konzept «seelischen Leidens» vertritt, das auf eben dieser «Entdeckung» beruht und deshalb mit dem medizinischen Konzept seelischen Leidens als einem «Leiden an einer (oder mehreren) seelischen Krankheit(en)» unvereinbar ist. Während Symptome, ob somatischer oder psychischer Provenienz, in medizinischer und damit auch in psychiatrischer Perspektive grundsätzlich als *krankhafte Abweichungen* vom Normalgesunden definiert sind, sind psychische und psychosomatische Symptome in psychoanalytischer Perspektive Manifestationen eines seelischen Leidens, die einen *unbewussten «Sinn»* in sich tragen.

Nur wer als Psychotherapeut medizinisch-psychiatrisch denkt, kann darauf abzielen, die manifesten Krankheits-symptome möglichst effektiv zu bekämpfen; wer hingegen psychoanalytisch denkt, muss einem gegenteiligen therapeutischen Ansatz folgen, der den Patienten dazu bringt, sich seinen Symptomen zuzuwenden und sie ernst zu nehmen, statt sie nur loswerden zu wollen. Jetzt ist die Therapie keine Behandlung mehr, die medizinischen Prinzipien folgt, sondern wird zu einem *gemeinsamen analytisch-aufdeckenden Verstehensprozess*, in den sich auch der Therapeut, wenn auch auf andere Art und Weise als der Patient, einzulassen hat, um dem für beide vorerst unbekanntem «Sinn» der scheinbar unsinnigen Symptome auf die Spur zu kommen.

Gisela Thoma ist es gelungen, den Anwesenden die HUS als jenes Evaluationsinstrument vorzustellen, das von vornherein für jene Therapien entwickelt worden ist, die als *gemeinsamer analytischer Verstehensprozess* von Patient und Therapeut konzipiert sind. Diese Skala eignet sich also so wenig für die Evaluation von VT, KVT und in ähnlicher Form auf Symptombekämpfung ausgerichteten Therapieformen, wie sich BSCL und HoNOS psychoanalytisch-hermeneutischen Therapien überstülpen lassen.

Die Skala, die hier aus Platzgründen nicht abgebildet werden kann, stellt *idealtypisch* sieben Stufen eines sich kontinuierlich *vertiefenden Prozesses der Selbstreflexion* des Patienten dar. Hier geht es also um die Erfassung eines *Wandels im Verhältnis zu sich selbst*, der dank eines psychoanalytischen Therapieprozesses möglich wird. Dass jede nächste Stufe idealtypisch dem psychoanalytischen Ziel näherbringt, heisst nun aber gerade nicht, dass die Symptome in jeder nächstfolgenden Stufe auch schwächer werden. Gerade weil dieser sich vertiefende Verstehensprozess weniger rationaler als *emotionaler Art* ist, wechseln Stufen, in denen sich der Patient aufgewühlt fühlt und bisher unbekannte Gefühle kennen und ertragen lernen muss, mit Stufen ab, in denen das Neue eher konsolidiert wird.

Wie fremd muss es in den Ohren von symptomorientierten Therapeuten tönen, wenn sie hören, dass Freud die therapeutische Psychoanalyse als eine «*Erziehung*

zur Wahrheit gegen sich selbst» bezeichnet hat (ebd., S. 451). Was hat denn «Wahrheit» mit dem Ziel von «Leidensminderung» und zunehmendem «Wohlbefinden» zu tun? Das ist in psychoanalytischer Sicht deshalb nicht voneinander zu trennen, weil seelisches Leiden auf Selbsttäuschung beruht. Darum wäre es ein riesiges Missverständnis, zu unterstellen, die Psychoanalyse bezwecke «Einsicht» anstelle der Befreiung aus der Einengung durch psychische Leidenssymptome. Nur der Weg dazu muss, wenn es denn zutrifft, dass psychische Leidenssymptome einen verborgenen Sinn in sich tragen, ein ganz anderer sein. Der Sinn hat bei Freud per se den Charakter eines «ewigen Kindheitswunsches», der völlig unzeitgemäss immer noch nach Erfüllung strebt. Ist der Patient nach vielen Widerständen bereit, die Unerfüllbarkeit dieses Wunsches auch emotional einzusehen, dann wird er auch bereit sein, ihn loszulassen. Entsprechend verliert das Symptom seine Funktion als unerkannter Wunschträger und wird überflüssig.

Wer sich in die HUS vertieft, merkt bald, dass die sieben Stufen des seelischen Veränderungsprozess nichts anderes als die Schritte hin zu einer zunehmenden Ehrlichkeit sich selbst gegenüber beschreiben, die eine zunehmende Bereitschaft beinhalten, sich von dem eigenen tiefen Hang zur Selbsttäuschung zu lösen und die Realität, mag sie auch oft bitter sein, als solche anzuerkennen. Die wichtigsten diesbezüglichen Schritte sind als unterschiedliche Stufen der HUS differenziert gefasst und auch interpretiert. Weil der Patient diesen analytisch-hermeneutischen Prozess aber *nicht allein* zu gehen hat, sondern *zusammen mit dem Therapeuten*, gibt die HUS immer auch an, *welche Funktion und Rolle dem Therapeuten in den einzelnen Stufen des Selbstveränderungsprozesses zukommt*. Dies macht nochmals auf eine Besonderheit der HUS aufmerksam: dass nämlich auch das mehr oder weniger adäquate Verhalten des Therapeuten mitevaluiert wird.

Nicht zu unterschätzen ist auch der Unterschied in der Bedeutung, die der Patient als *je diese individuelle Person* in den beiden konträren Therapieansätzen hat. Während in einer symptomorientierten Psychotherapie der Patient, nicht anders als in einer somatischen Therapie, nur *als Symptomträger* von Interesse ist, ist er in einer psychoanalytischen Psychotherapie von vornherein als *diese individuelle Person* relevant, mit seiner eigenen Geschichte, seinen eigenen Stärken und Schwächen, und insbesondere mit seinem eigenen Leiden, das durch und durch mit ihm als dieser Person zu tun hat. Entsprechend erfährt man aus symptombezogenen Fragebogen nichts über die Persönlichkeit der Patienten, in der mittels HUS durchgeführten Evaluation hingegen steht er mit seinen Wünschen und Ängsten im Zentrum.

Doch beim Vergleich der symptomorientierten Fragebogen von BSCL und HoNOS mit der auf den psychoanalytischen Therapieprozess ausgerichteten HUS wird uns plötzlich auch deutlich, wie grundverschieden das *Weiterbildungscurriculum* für angehende Psychotherapeuten unweigerlich gestaltet sein muss, je nachdem, ob diese das Angebot einer symptom-orientiert-me-

dizinischen oder aber einer psychoanalytisch-hermeneutischen Weiterbildung wählen. Geht es in der einen Weiterbildung hauptsächlich um Wissensvermittlung über verschiedene Störungsbilder und die entsprechend anzuwendenden (rein technisch lehr- und lernbaren) Behandlungsmethoden, ist in einer psychoanalytischen Weiterbildung der angehende Therapeut immer auch als *Person* gefragt. Denn offensichtlich reicht für einen psychoanalytischen Psychotherapeuten blosse «Sachkompetenz» nicht aus. Darum kann das Ziel auch nicht darin bestehen, ihn zum professionellen «Experten» weiterzubilden. Als psychoanalytischer Therapeut muss er *fähig* und *bereit* sein, sich zuerst einmal *zuhörend* und dann auch *empathisch verstehend* auf die psychischen Probleme des Patienten einzustellen, und zwar nicht nur dann, wenn sich die Therapie in ruhigen Gewässern vorwärtsbewegt, sondern auch dann, wenn sich Ängste des Patienten in Anklagen oder auch wütenden Angriffen gegen den Therapeuten manifestieren. Dazu befähigt ihn vor allem eine eigene «Lehranalyse» – vorausgesetzt, er ist bereit, sich auf einen solchen Prozess wirklich einzulassen. Persönlichen Gewinn kann der Kandidat aber auch aus allen Vorlesungen und Seminaren ziehen, weil sowohl in Fallbesprechungen wie in theoretischen Überlegungen unweigerlich grundlegende menschlich-existenzielle Probleme angesprochen werden, die ihn ebenfalls betreffen.

III Lässt sich die HUS so umformulieren, dass sie auch für die daseinsanalytische Psychotherapie zum «kongruenten» Evaluationsinstrument werden kann?

Diese Frage nun unter meiner Leitung anzugehen, statt auf die vor zehn Jahren im DaS erarbeiteten «Evaluationsfragebogen» zurückzugreifen, bildete den dritten und letzten Teil des Seminars. Der Wunsch, die HUS auch für die Evaluation daseinsanalytischer Psychotherapie beizubehalten, entstand aus der Erkenntnis heraus, dass diese einen vergleichsweise riesigen Vorteil gegenüber unserem eigenen Evaluationsinstrument aufweist – den Vorteil nämlich, aus einem *Therapieprozessmodell* zu bestehen, das den anzustrebenden *innerseelischen Veränderungsprozess des Patienten* im Ganzen abbildet. Auf die HUS sind wir deshalb – so unser Fazit – angewiesen.

Doch mit diesem Fazit sahen wir uns vor die für uns zentrale Frage gestellt, ob die HUS, deren Psychopathologie *psychodynamisch* konzipiert ist, so *umformuliert* werden könnte, dass sie auch einer daseinsanalytischen Therapie gerecht würde, die auf einem *existenzphilosophisch vertieften* Verständnis seelischen Leidens beruht. Statt diese Möglichkeit abstrakt zu diskutieren, verteilte ich als konkretes Beispiel einen ersten, noch ganz vorläufigen Entwurf. Dieser enthielt auf der linken Seitenhälfte originale Formulierungen der einzelnen Stufen der HUS, auf der rechten in horizontaler Entsprechung meine noch ganz unausgegorenen Vorschläge möglicher Umformulierungen. Erfreulich war für mich das grosse Interesse

an diesem Versuch wie auch die intensive Diskussion, die sich daraus ergab.⁴

Was bis jetzt von mir unerwähnt blieb, sind die sogenannten «Foki», die für jede Evaluierung mit der HUS *vorgängig* zu bestimmen sind. Wir haben die Vorschläge von möglichen Foki, die die HUS liefert, zwar in Teil II diskutiert, doch habe ich mich dafür nicht erwärmen können, und zwar deshalb, weil die Foki, die die HUS selbst anbietet, der OPD (Operationalisierte psychodynamische Diagnostik) entnommen sind. Die OPD krankt meines Erachtens am Problem, dass ihr ein um *die historische Dimension verkürztes psychoanalytisches Konzept seelischen Leidens* zugrunde gelegt wurde, dem stattdessen eine sogenannte «strukturelle» Dimension hinzugefügt wurde, die zu sehr einem medizinischen (statt hermeneutischen) Denken verpflichtet ist. Beides kommt in den von der OPD vorgeschlagenen Foki zum Ausdruck. Diese Foki werden darum Freuds genetisch-hermeneutischer Definition von Neurose als einem «Leiden an Reminiszenzen» nicht gerecht.

Darum ziehen wir es vor, eigene daseinsanalytische Foki zu formulieren, statt uns auch hier an die von der HUS mitgegebenen Vorschläge anzulehnen und diese existenzphilosophisch zu vertiefen. Dieser Aufgabe konnten wir uns allerdings in diesem Seminar aus Zeitgründen nicht mehr widmen. Den Anwesenden war immerhin klar, dass spätestens an diesem Punkt die Bedeutung der existenzialen «Angst» für unser psychopathologisches wie auch psychotherapeutisches Konzept zum Tragen kommen muss. Es handelt sich bei der Angst um jene von Kierkegaard neu entdeckte Emotion, die in keinem Lehrbuch der Psychologie oder Psychiatrie vorkommt, weil es sich bei dieser Angst im Unterschied zu «Furcht» und «Furchtsamkeit» um eine genuin *philosophische Erfahrung* handelt, die einen Menschen emotional damit konfrontiert, *was es heisst, ein Mensch zu sein*. Exakt darum ist für das daseinsanalytische Verständnis seelischen Leidens die Angst so wichtig. Nicht alle Menschen werden von der Angst eingeholt. Nur wer besonders «durchlässig» («hellhörig») ist, wird von ihr gepackt, und nur wer von ihr gepackt wird, ist *disponiert zu «seelischem Leiden»*. Darum werden daseinsanalytische Foki unweigerlich um das Thema der Angst kreisen müssen.

Unser Seminar endete mit dem Vorsatz, in einem nächsten Seminar hier anzuknüpfen und für die noch anstehende Aufgabe einer Umformulierung der HUS auch konkrete Therapiebeispiele der Seminarteilnehmer zu nutzen.

Evaluation of Daseinsanalytic (existential analytical) therapies

Report from a seminar of the Daseinsanalytic Seminar DaS

Abstract: For the second round of accreditation, the Federal Office of Public Health (FOPH) also calls for evaluation of the therapies carried out by candidates in the various psychotherapeutic training institutions, in order to test in this way the effectiveness of the psychotherapeutic methods taught there. We find nothing wrong with this approach. However, the requirement proves to be problematic when tools are prescribed for this purpose that fulfill scientific criteria that can only claim validity in the field of scientific research. In the seminar to be presented, we wanted to find out whether there are proven tools that we could at least partially adopt for the purpose of evaluating Daseinsanalytic therapies. We first studied the duo of BSCL and HoNOS as *purely symptom-oriented* questionnaires, as these have already been used as a standard in psychotherapeutic clinics in Switzerland since 2011 to evaluate the effectiveness of the psychotherapies conducted there. Reading them was informative and at the same time perplexing for us. However, we were positively impressed by the HUS, since it depicts the different stages of a psychoanalytic-hermeneutic psychotherapy process and in this respect is also *congruent* with Daseinsanalytic psychotherapy. However, if we were to adopt this scale as is, everything specifically Daseinsanalytic would be excluded. We therefore finally examined the question of how the stages of the HUS and the necessary foci could/should be reformulated so that they also express the *existential-philosophical dimension* which complements and deepens the psychoanalytic approach in «Daseinsanalysis» as taught and practiced at the DaS.

Keywords: second accreditation, psychoanalytic psychotherapy, Daseinsanalysis, existential philosophy, evaluation tools, factual congruence, scientific validation

Valutazione delle terapie antropoanalitiche Relazione relativa a un seminario di antropoanalitica Seminario DaS

Riassunto: L'UFSP richiede anche per la seconda fase di accreditamento una valutazione delle terapie eseguite dai candidati nei diversi istituti di perfezionamento in ambito psicoterapeutico con l'obiettivo di verificare in tal modo l'efficacia delle metodologie psicoterapeutiche insegnate in tali istituti. In merito non vi è alcuna obiezione da sollevare. Questa richiesta diventa invece particolarmente problematica quando vengono prescritti degli strumenti che soddisfano criteri scientifici validi solo nell'ambito della ricerca delle scienze naturali. Durante il seminario oggetto della relazione si è cercato di analizzare se ci fossero strumenti comprovati da adottare almeno parzialmente per valutare le terapie antropoanalitiche. I primi strumenti analizzati sono stati i questionari BSCL e HoNOS in qualità di supporti *orientati a rilevare solo la sintomatologia*, in quanto sono stati adottati entrambi già dal 2011 nelle cliniche di psicoterapia in Svizzera come questionari standard per valutare l'efficacia delle psicoterapie ivi adottate. Leggere tali questionari è stato informativo, ma ha suscitato al contempo delle perplessità. Al contrario, la scala HUS ha dato risultati particolarmente positivi poiché ripercorre i diversi stadi del processo di psicoterapia ermeneutica psicoanalitico ed è anche *congruente* con la psicoterapia antropo-

⁴ Interessenten schicke ich diesen noch ganz vorläufigen Entwurf gern zu, da er zumindest zeigt, wie ich mir in etwa eine solche Umformulierung vorstellen könnte (alice.holzhey@bluewin.ch). Eine vertiefte Information über die diesem Entwurf zugrunde liegende Psychopathologie findet man in den letzten beiden Buchpublikationen von 2014 (Wien) und 2020 (Basel).

poanalitica. Se tuttavia venisse utilizzata tale scala così com'è, si escluderebbe la specificità dell'approccio antropoanalitico. Per questo motivo al termine dell'analisi è stato preso in esame l'aspetto che riguarda le modalità finalizzate a poter/dover rimodulare le fasi della scala HUS nonché i relativi punti salienti, affinché anche la *dimensione filosofico – esistenziale* che integra e approfondisce l'approccio psicoanalitico nell'antropoanalisi possa trovare adeguato spazio.

Parole chiave: secondo accreditamento, psicoterapia psicoanalitica, antropoanalisi, filosofia esistenziale, strumenti valutativi, congruenza effettiva, validazione scientifica

Die Autorin

Dr. *Alice Holzhey* ist eidg. anerkannte Psychotherapeutin und Co-Leiterin des Daseinsanalytischen Seminars Zürich (DaS). Sie praktiziert seit 1976 in eigener Praxis in Zürich und wirkt zudem als Dozentin und Supervisorin. Sie hat zahlreiche Publikationen zur Daseinsanalyse verfasst. Seit 1991 ist sie Präsidentin der Gesellschaft für hermeneutische Anthropologie und Daseinsanalyse (GAD).

Kontakt

E-Mail: alice.holzhey@bluewin.ch

Évaluation de thérapies analytiques du dasein

Rapport provenant d'un séminaire du séminaire analytique du dasein DaS

Alice Holzhey

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 31–32

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-31>

Mots clés : deuxième accréditation, psychothérapie psychanalytique, Daseinsanalyse, philosophie existentielle, instruments d'évaluation, cohérence factuelle, validation scientifique

Alice Holzhey et Gisela Thoma ont organisé le 30 octobre 2021 un séminaire d'un jour entier sous cet intitulé. La décision du DaS de renoncer à une seconde accréditation par la Fédération avait déjà été prise à ce moment-là.

La question directrice qui s'est posée pendant toute cette journée était : *Comment devraient être conçus les instruments avec lesquels une évaluation est réalisée ?* Cette question est volontairement formulée de façon aussi ouverte pour que deux réponses puissent y être apportées, qui ne sont pas compatibles. Car soit on rapporte le *Comment* à la « validité scientifique » des instruments, soit on rapporte le *Comment* aux différentes directions existant au sein du domaine de la psychothérapie auquel elles s'appliquent. Les deux réponses ont déterminé notre séminaire : nous avons au début discuté de la crainte fondée que l'OFSP ne mise dans ses nouvelles directives pour la seconde accréditation unilatéralement sur la « validité scientifique » d'instruments d'évaluation en se soumettant à cette occasion à cette notion scientifique raccourcie des sciences naturelles que les professeurs de la psychologie universitaire ont vanté comme l'unique notion scientifique encore défendable dans la lettre qu'ils ont adressée le 23 août 2019 à l'OFSP en exigeant simultanément qu'elle soit généralement contraignante pour la seconde accréditation, parce qu'une « préservation à long terme de la qualité des soins psychothérapeutiques en Suisse » ne pouvaient être garantie que de cette manière.

I Questionnaire orienté vers les symptômes en tant qu'instruments d'évaluation. C'est notamment dans le contexte de cette lettre de cette « lettre de menace » à l'OFSP que nous nous sommes penchés dans la partie I du séminaire sur les deux questionnaires liés BSCL (Brief Symptom Checklist) et HoNOS (Health of the Nations Outcomes Scales), qui faisaient partie des documents précédemment envoyés. Dans les cliniques psychiatriques et psychothérapeutiques dans lesquelles ces derniers sont (doivent) aujourd'hui être utilisés dans toute la Suisse pour l'évaluation, le patient et le thérapeute doivent l'un et l'autre remplir un questionnaire au début et à la fin de la thérapie. Il est rapidement apparu clairement à nos yeux que de tels questionnaires conviennent seulement pour l'évaluation de psychothérapies qui fonctionnent

elles-mêmes également de façon orientée d'après les systèmes, comme c'est le cas pour la TC et la TCC. En revanche, si l'efficacité d'une psychothérapie psychanalytique est « étudiée » au moyen de ces instruments, il peut apparaître comme un échec, ce qui indique de fait un changement intrapsychique important chez le patient.

C'est avec une certaine ironie que nous avons pris connaissance du fait que justement un instrument d'évaluation qualifié de « scientifique » au sens de la psychologie et de la psychiatrie universitaire s'en remette, comme unique source de données, à un questionnaire qui ne contient que des indications personnelles et donc purement subjectives, et doivent par conséquent se fier complètement à la bonne volonté, à la capacité et à la disposition à fournir des renseignements honnêtes des personnes interrogées.

II La HUS : un instrument d'évaluation adapté à la psychothérapie psychanalytique. La HUS (échelle de restructuration de Heidelberg) nous a permis de prendre connaissance d'une « échelle des étapes » qui sert à estimer l'efficacité d'un processus thérapeutique psychanalytique. Il est devenu simultanément clair à nos yeux que cet instrument d'évaluation se fonde sur une tout autre compréhension de la psychothérapie que le questionnaire de symptômes de la BSCL et de la HoNOS : s'il s'agissait là d'enregistrer les changements survenus au niveau des symptômes, il s'agit ici d'enregistrer les changements survenus dans le psychisme interne dans la *relation à soi-même*. Ce qui enregistré ici, c'est *l'ouverture respective, l'honnêteté et le retour vers soi-même* : depuis le confort propre initial presque total du fait de mécanismes d'abnégation jusqu'à une occupation de plus en plus ouverte d'événements douloureux voire imprégnés de sentiments de culpabilité et de honte refoulés remontant à l'enfance et dont on doit supposer qu'ils reposent sur des symptômes de souffrance manifestes. Quiconque s'engage dans un tel processus n'est à la fin plus « le même » comme au début de ce processus, tandis qu'une psychothérapie orientée d'après les systèmes en psychothérapie a pour seul but de redevenir celui ou celle qu'on était au départ ou serait devenu(e) sans les symptômes pathologiques.

Les étapes les plus importantes qui se succèdent de façon typiquement idéale dans le processus de changement sont décrits dans les sept niveaux de cette échelle. Mais parce que le patient ne *parcourt pas ce processus seul*, mais *en compagnie du thérapeute*, la HUS ne peut rien faire d'autre que de toujours indiquer également ce dont le thérapeute fait simultanément l'expérience, et la fonction et le rôle qui reviennent aux différents niveaux du processus d'auto-modification.

Nous avons été impressionnés de voir à quel point la seule lecture comparative de ces deux instruments d'évaluation permet de conclure au caractère fondamentalement différent de curricula de formation postgrade qui conduisent au thérapeute du comportement ou au thérapeute psychanalyste. Pendant que le futur thérapeute du comportement doit principalement se voir enseigner le savoir qu'il doit, en tant qu'expert en thérapie, appliquer en fonction des troubles spécifiques, une formation de thérapeute psychanalyste se présente tout autrement, puisque celle-ci doit également impliquer toute sa personne, afin de le mettre en capacité de participer avec une empathie et une compréhension croissante au processus de changement psychanalytique de son patient, sans pour autant perdre sa liberté intérieure.

III De quelle manière peut-on reformuler la HUS pour devenir elle aussi un instrument d'évaluation « cohérent » pour la psychothérapie du Dasein ? Le lecteur aura déjà reconnu l'instrument d'évaluation auquel nous vouions notre sympathie dans ce séminaire. C'est ainsi que nous avons pour conclure la question de savoir si nous pourrions même adopter la HUS telle quelle. Mais ceci est contredit par la particularité d'une psychothérapie analytique du Dasein, qui repose sur une image de l'être humain fondée sur une philosophie existentielle qui approfondit également notre concept largement psychanalytique de la souffrance psychique en termes de philosophie existentielle.¹

Mais est-ce que la HUS peut seulement être reformulée de façon à pouvoir également exprimer cette compréhension philosophique approfondie de la souffrance psychique ? Au lieu d'en débattre de façon abstraite, j'ai proposé un premier projet encore tout à fait provisoire : celui-ci consistait à reproduire à gauche sur le papier les formulations existant jusqu'ici des sept niveaux de la HUS, et à droite en correspondance horizontale mes propositions correspondantes de reformulation possible des sept niveaux. Je me suis réjoui du grand intérêt que cette tentative a suscité, tout comme l'intense discussion qui en a résulté.

Il nous reste toutefois encore une autre tâche à accomplir, à savoir celle de formuler les *focus d'analyse du Dasein* spécifiques. Nous n'avons cependant pas pu l'aborder dans ce séminaire pour des raisons de temps. C'est la raison pour laquelle notre séminaire s'est conclu avec l'intention de se consacrer à cette tâche dans un prochain séminaire et d'exploiter à cet effet des exemples de thérapies concrètes des participants au séminaire.

L'auteur

La Dr. *Alice Holzhey* est psychothérapeute reconnue par la Fédération et co-directrice du séminaire d'analyse du Dasein de Zurich (DaS). Elle pratique depuis 1976 dans son propre cabinet à Zurich et exerce en outre en tant que professeur et superviseuse. Elle a rédigé de nombreuses publications relatives à la Daseinsanalyse. Depuis 1991, elle est présidente de la Gesellschaft für hermeneutische Anthropologie und Daseinsanalyse (GAD).

Contact

E-Mail : alice.holzhey@bluewin.ch

¹ À ce sujet en français : A. Holzhey-Kunz : Introduction à la Daseinsanalyse. Un regard existentiel sur la souffrance psychique et sa thérapie. Préface de Thomas Fuchs, traduit par Laurence Defago : *Le Cercle Herméneutique*. Librairie Philosophique Vrin, Paris 2016.

Ich werde dich für immer lieben, auch wenn ich dich niemals geliebt habe

Elisa Tommasin

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 33–40

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-33>

Zusammenfassung: Der Text beschreibt die Durchführung einer noch andauernden psychodynamischen-psychogenerativen Psychotherapie, die im Oktober 2018 mit einem heute 18-jährigen Mädchen (hier Kora genannt) begonnen wurde, das vom derzeitigen Ehemann der Mutter sexuell missbraucht wurde. Kora beginnt ihre Therapie in einem posttraumatischen Zustand. Der gesamte erste Teil der Therapie dreht sich um die Wiederherstellung des Zugangs zur affektiven und emotionalen Welt: Sie hat keine Verbindung zu Gefühlen und Affekten, sie ist eine junge Frau, bei der die Ausscheidung durch Ausagieren erfolgt, die unüberlegt handelt. Im Laufe der Sitzungen schafft sie es, Zugang zu ihrer affektiven Welt zu erlangen und Erinnerungen und Empfindungen hervorzuholen, die mit dem Missbrauch, mit ihrer Vergangenheit und mit ihrem aktuellen Leben verbunden sind. Ihre Denkfähigkeit taucht auf der psychotherapeutischen Bühne auf und die Arbeit dreht sich um die Einbindung dieser Neuaktivierung. Dieser Text stellt Koras therapeutischen Verlauf dar, unterteilt durch drei Schlüsselmomente von wesentlicher Bedeutung, die durch die Schilderung von drei Träumen unterstrichen werden; gelesen und gedeutet im Licht einer besonderen Ausarbeitung des psychoanalytischen Modells nach Bion, das als *Generative Psychologie* (Marcoli, 1997) bezeichnet wird. Bei diesem Modell versetzt sich der Psychotherapeut in die Position eines symbolischen Repräsentanten des inneren Elternpaares: Diese psychische Funktion zielt auf das Umsorgen des Geistes – durch Begrenzung und Schutz – ab. Der einsetzende Prozess der Internalisierung der therapeutischen Figur als Repräsentantin des Elternpaares ermöglicht Kora den Zugang zu einem generativen Denken, indem sie sich Fragen stellt, die sie vertiefen kann, und indem sie sich in ihrem täglichen Leben selbst aktiviert, um Ergebnisse zu erreichen und die Erfüllung ihrer Wünsche zu verfolgen.

Schlüsselwörter: generative Psychologie, inneres Elternpaar, Traumdeutung, Psychotherapie für Heranwachsende, sexueller Missbrauch, dynamische Psychotherapie

Das Theoretisieren des inneren Elternpaares (IEP) ist einer der Stützpfiler des psychogenerativen Modells (Marcoli, 1997, 2005; Marcoli & Branca, 2014); das Modell bietet die Deutungskordinaten für die hier dargestellte Psychotherapie mit Kora. Das wichtigste Ziel dieser Methode besteht darin, das IEP des Mädchens zu reparieren und ihr die Fähigkeit zu geben, das IEP kontinuierlich zu konstruieren, zu dekonstruieren und erneut zu rekonstruieren. Dies erfolgt durch die Identifikation mit dem Therapeuten¹, da dieser das innere Elternpaar repräsentiert.

Das psychogenerative Modell entsteht innerhalb eines psychoanalytischen konstruktivistischen Paradigmas (Viderman, 1982), unter Bezugnahme auf die ursächlichen bionischen, kleinianischen und freudianischen Mythen. Dieses Setting hat sich entwickelt, um den heutigen psychopathologischen Bedürfnissen entgegenzutreten, die ihr paradigmatisches Modell in Grenzfällen finden. Die Borderline-Problematik wird vor allem unter dem Gesichtspunkt des Denkens betrachtet, da der wesentliche Mangel dieser Patienten auf einer mangelnden Darstellung des Wunsches beruht: «Wunschgedanken können nur

da existieren, wo es einen Gedanken gibt» (Green, 1991 [1974], S. 71). Und hier kommt Bion ins Spiel: Ein Gedanke entwickelt sich nicht spontan, sondern als Antwort auf die Frustration, die durch eine Begrenzung entsteht. Die Begrenzung erschafft gemäss Definition Frustration und die generiert einen Gedanken: In diesem Sinne ist die Funktion des Therapeuten als Repräsentant des inneren Elternpaares IEP von grundlegender Bedeutung.

Das IEP ist eine Funktion des Geistes, die sich um den Geist selbst kümmert; es ist jener innere Teil der Person, der sich um die Person selbst kümmert, sie schützt, sie begrenzt und den Wunsch in Richtung Reifung lenkt. Der Ödipuskomplex als symbolisierte und symbolisierende Struktur ist die Grundlage für die Entscheidung des Therapeuten, sich als Repräsentant des Vaters, der Mutter und des Elternpaares anzubieten. Der freudianische Ödipus wird während der psychogenerativen Arbeit kontinuierlich konstruiert und rekonstruiert: Denn ein Teil des Patienten widersetzt sich – gefangen von Neid und Eifersucht – hartnäckig dem Ausschluss vom Genuss des IEP. Und hier kommt der kleinianische Aspekt dieser generativen Sichtweise ins Spiel: Die Fähigkeit zur Reparatur und Rekonstruktion des IEP ist nämlich nur dank der von der Autorin theoretisierten «destruktiven-rekonstruierenden» Akte des gesamten Objekts möglich

¹ Wo generell von Psychotherapie die Rede ist, wird das generische Maskulinum verwendet. Wo das Geschlecht eindeutig ist (Falldarstellung), wird die weibliche Form verwendet.

(der Übergang von einer paranoid-schizoiden zu einer depressiven Position).

Der Psychotherapeut muss sich bemühen, ein fürsorgliches und einladendes IEP zu repräsentieren, das gleichzeitig auch begrenzend und normativ ist: Ein Elternpaar, das das Kind aus seiner erotischen Verbindung ausschliesst, nicht mit sadistischen und bestrafenden Merkmalen, sondern um es ihm zu ermöglichen, selbst Genuss zu erzeugen und zu empfinden, indem es seine Wünsche in der Realität konkretisiert und verfolgt. Denn ein ausreichend gesundes IEP ermöglicht eine angemessene Fähigkeit, diese Begrenzung zu akzeptieren und zu verarbeiten, genauso wie ein gutes Verhältnis mit der Realität und der Objektbezogenheit. Diese Beziehung ist von grundlegender Bedeutung, da die reale Erfüllung des Wunsches dafür auch in der realen Welt stattfinden muss, in der man mit Kraft handelt, und nicht in der Traumwelt, die sich durch eine illusorische Allmacht auszeichnet. Denn im Geist existieren zwei antagonistische Arten der Repräsentanz: eine, die mit dem Narzissmus verbunden ist, traumähnlich und in der Lage, durch ein magisches und allmächtiges Abdriften begrenzende Hindernisse zu überwinden; und dann die andere Art, die mit dem Denken verbunden ist, als Fähigkeit, der Realität entgegenzutreten, indem die durch Begrenzungen entstehende Frustration bewältigt wird und indem ein Gedanke aktiviert wird, der auf die konkrete und operative Erfüllung des Wunsches gerichtet ist.

Die Identifizierung mit einem Therapeuten, der als gebieterisches, verantwortliches und schützendes Elternpaar Grenzen setzt und sich selbst begrenzt, ermöglicht es dem Patienten, diese Fähigkeit zu introjizieren: der Umgang mit dieser Begrenzung, mit dem Ausschluss aus der erotischen Beziehung der Eltern, die Handhabung und das Ertragen der dadurch entstehenden Frustration; auf diese Art und Weise kann das eigene Denken und die eigene Kraft aktiviert werden, durch die Suche und das Finden von Erfüllung und Freude in der Realität und in dem Anderen, ausserhalb des Verhältnisses zu den Eltern.

Diese Arbeit kann durch das Setzen eines Fokus auf die Übertragung, auf die «Hic-et-nunc»-Beziehung zwischen Patient und Therapeut, in einer kontinuierlichen Arbeit zur Erschaffung immer tieferer und generativer Bedeutungen durchgeführt werden. Der Fokus auf die Beziehung ist von grundlegender Bedeutung, denn das Besprechen und Verarbeiten der Beziehung mit dem Therapeuten/IEP ermöglicht es, die inneren Beziehungen zwischen den eigenen Teilen wiederherzustellen: Der Therapeut (die Beziehung) ist das Instrument, mit dem die intrapsychische Dynamik des Patienten und seine Objektbeziehungen abgeändert und wiederhergestellt werden können.

Diese Methode kann in einer konstruktivistischen Perspektive umgesetzt werden: Die Bedeutung jedes psychischen Ereignisses, insbesondere des Traums, wird nie ein für alle Mal auf- und entdeckt werden, sondern wird immer konstruiert und rekonstruiert. Die Erzählungen des Patienten, sowohl der Träume als auch der Realität, müssen immer im Licht der Übertragung gelesen werden, da der Therapeut einen Teil des Patienten selbst darstellt. Ge-

rade der Traum ist eines der grundlegenden Instrumente des psychogenerativen Therapeuten, das dem Patienten hilft, die Fähigkeit zur kontinuierlichen Zerstörung und Reparatur seines IEP zu entwickeln. Die Bedeutung der Traumwelt des Patienten muss zusammen mit dem Therapeuten aufgebaut werden, wobei eine gemeinsame Sprache zu entwickeln ist (eine ausgewählte Tatsache), die eine Ordnung in die verwirrende Traumwelt bringt. Aus diesem Blickwinkel wird der «nur geträumte Traum» nicht nur als Überbringer einer noch verborgenen und noch zu entdeckenden Bedeutung wahrgenommen – nach der Entschlüsselungslogik des klassischen freudianischen Modells –, sondern ist auch das Rohmaterial, dessen Bedeutung im Rahmen der therapeutischen Beziehung konstruiert werden muss. Er hat also mehrere Bedeutungen und die interpretative Konstruktion beschränkt sie auf eine Reihe möglicher Bedeutungen (wenn auch nicht in unbegrenzter Anzahl). Weniger als um die Entdeckung der verborgenen Bedeutung des Traums, handelt es sich darum, die Transformationen zu fördern, die in den zukünftigen Träumen gefunden werden können: Diese teleologische Ausrichtung schlägt sich in dem Ziel nieder, das IEP und die Fähigkeit zur Reparatur, Zerstörung und Rekonstruktion desselben aufzubauen. Die Verfolgung dieses Ziels startet mit klaren und begründeten Postulaten, die als Koordinaten fungieren, die die vielfältigen (aber nicht unbegrenzten) Deutungskonstruktionen des Traums leiten. Insbesondere bietet sich der Therapeut von Anfang an als Repräsentant des IEP an, während der Patient die Rolle des Kindes einnimmt: Ausgehend vom Traum des Patienten, der wie eine Art Theaterszene betrachtet wird, deutet der Therapeut die Rolle des Elternpaars und sucht in dem enthaltenen Manifest des Traums, wo dieses Paar auftritt und wie es dargestellt wird. In Übereinstimmung mit dem Ödipus-Modell kann der Therapeut keine Rollen spielen, die ihn in die Position des Kindes, Partners und Geschwisters oder in die Position des Träumers selbst zwingen würden. Die im manifesten Traum vorkommenden Elternfiguren können vielfältig und unterschiedlich sein, aber auch gar nicht enthalten oder nur teilweise oder auf deformierte Art dargestellt sein: Die Theatralik der Deutung wird so zu einem besonderen und grundlegenden Element des generativen Modells. Es unterliegt der Kreativität und der «Rêverie» des Therapeuten, wo und wie er sich in den Traum einfügt (nachdem er überprüft hat, ob dort Platz für ihn ist), und er kann auch entscheiden, die Rolle, die der Patient ihm zuzuweisen versucht, abzulehnen oder auch anzunehmen, aber dabei den Verlauf und die Verflechtungen des Traumgeschehens zu verändern und eine alternative Version dieser Rolle vorzuschlagen (falls der Patient versucht, dem Therapeuten/IEP eine aggressive oder verführerische, misshandelnde oder zweideutige Funktion zu geben, die das Gott-Ich² des Träumers nicht begrenzt).

Der rote Faden des gesamten psychogenerativen We-

2 Der Antagonist des IEP: der allmächtige und narzisstische Kern der Persönlichkeit. Es ist die Tendenz, mit sich selbst ein Paar zu bilden und dabei den Ausschluss und die Realität zu umgehen.

ges steht im Zusammenhang mit der Identifizierung der Hindernisse – die zu einem Grossteil auf das Handeln des Gott-Ichs und sein magisches und allmächtiges Denken zurückzuführen sind – die sich der Fähigkeit zu denken und zu lieben nach dem genitalen Modell, metaphorisiert durch das IEP, entgegenstellt.

Auf diesen theoretischen Grundlagen basiert die hier vorgestellte psychotherapeutische Arbeit mit Kora. Kora ist 15 Jahre alt, drittes Kind einer nicht präsenten, strengen und eher gefühllosen Mutter und eines distanzierten, unzuverlässigen und dem Alkohol zugewandten Vaters. Sie wuchs auf mit wenig Zuwendung und Dialog in einer isolierten Familie, die sich durch mangelnde Fürsorge und Schutz auszeichnete. Auch jetzt lebt Kora in tiefer Einsamkeit und versteckt sich hinter der Vorstellung, selbstständig und reif zu sein.

Die Psychotherapie beginnt, nachdem der sexuelle Missbrauch durch den aktuellen Ehemann der Mutter zur Anzeige kam: Es war Fidel (Freund, Liebespartner, Feind, in einem ständigen Hin und Her), der sie in diesem Prozess unterstützt hat; die Mutter hatte, als einzige Reaktion auf Koras Offenbarung, den Ehemann aufgefordert, dies nicht mehr zu machen. Der Mann wurde festgenommen und anschliessend zu einer fünfjährigen Haftstrafe verurteilt.

Besonders in den ersten Monaten zeigt Kora eine starke emotionale Distanz, eine Abstumpfung der Gefühle, das Auftauchen von Gedanken, die mit dem Missbrauch zusammenhängen, Momente der Dissoziation und der Loslösung von der Realität, eine zum Teil instabile Erinnerung und eine zumindest ambivalente Bindung. Auf struktureller Ebene wird die Funktionsweise des Geistes durch die Ausscheidung dominiert: Der Schmerz und das Leiden müssen meistens über den Körper und das Verhalten ausgeschieden werden. Der Zugang zur Mentalisierung und zu einem transformativen Denken ist schwierig; die Abwehrmechanismen sind archaisch (Abspaltung, projektive Identifikation, Verleugnung, Ausagieren, Abwertung/Idealisierung); die Ambivalenz bei der Objektbindung ist ausgeprägt (sie neigt dazu, das Objekt, an das sie sich bindet, abzuwerten, wenn sie sich bedrängt fühlt, während sie auf jede erdenkliche Art und Weise Nähe einfordert, sobald sie ein Verlassenwerden oder Distanz befürchtet). Kora scheint einen «halben Partner», eine Beziehung ohne Gegenseitigkeit zu suchen: Sie scheint von der Logik der Verzweiflung angetrieben zu sein (Green). Das Bedürfnis, das Kora antreibt, scheint der Schmerz zu sein: Sie sucht böse Objekte, die sie bestrafen, in einer kontinuierlichen Abwärtsspirale der Schuld und der Abwertung. In ihrer psychischen Welt kann Kora nicht wertgeschätzt und der Liebe würdig sein, da sie dies nicht verdient und nicht gut genug ist, um es zuzulassen. Die mentale Funktionsweise wird also durch einen posttraumatischen und dissoziativen Aufbau dominiert, mit vielen Besonderheiten, die typisch für die Funktionsweise von Borderline-Strukturen sind.

In einem solchen Rahmen liegen die leitenden therapeutischen Ziele darin, erneut die Fähigkeit zu aktivieren, Gedanken zu generieren und zu Ende zu denken (Bion),

das IEP zu reparieren und Koras Fähigkeit zu verfeinern, es immer wieder zerstören und rekonstruieren zu können. Diese therapeutische Entwicklung kann durch die Analyse der Erzählung der drei Träume erahnt und gedeutet werden, die drei Schlüsselmomente und Wendemarken in der Beziehungs- und psychischen Welt Koras darzustellen scheinen. Die erste Therapiephase nimmt ungefähr die ersten zehn Arbeitswochen in Anspruch: Das Kennenlernen, der Aufbau eines therapeutischen Bündnisses und der Beginn des Prozesses. Die zweite Phase ist hingegen länger und dauert fast ein Jahr; das gleiche gilt für die dritte Phase.

Kora kommt in das Beratungszimmer und auf meine erste Frage antwortet sie: «Ich bin hier, weil der Ehemann meiner Mutter mich im Intimbereich angefasst hat.» Dieser Satz wird mit einer solchen Distanz und Kälte wiedergegeben, als wäre es der Titel eines Films, der zwar angesehen wurde, aber auch ohne Weiteres wieder vergessen werden kann. Die Abflachung der Welt der Gefühle und der mangelnde Zugriff auf die Affekte bleiben während des gesamten anfänglichen Therapiezeitraums unverändert. Der Rückgriff auf Abspaltung und Dissoziation sind offensichtlich und erheblichen Ausmasses.

Kora scheint die Gefühle, die mit der Erinnerung an den Missbrauch verbunden sind, aktiv verscheuchen zu wollen, indem sie es vermeidet, darüber zu sprechen und die damit verbundenen Emotionen zu spüren: In einer Sitzung sagt sie, sie habe bereits vergeben, denn «man kann nicht im Hass leben» und ihre Mutter hat ihr beigebracht, dass man alles verzeihen kann (bei dieser Gelegenheit kommt auch die Erzählung über den Grossvater mütterlicherseits zutage, der, nachdem er ein Mädchen vergewaltigt hat, um Entschuldigung gebeten hat, und dem anschliessend von der Mutter verziehen wurde). Diese scheinbare Vergebung scheint aber eher ein Versuch zu sein, den Missbrauch, sowohl den aktuellen als auch den generationenübergreifenden, auszuschliessen und auf diese Weise zu versuchen, die Vorfälle zu vergessen und nicht zu denken. Aus Koras Worten scheint eine Anstrengung durchzuscheinen, mit der sie versucht, aus den Ereignissen etwas zu machen, das nicht viel Gewicht hat und frei von Emotionen ist: Etwas, das man überwinden und in kurzer Zeit archivieren kann, sodass es vom Horizont des eigenen Bewusstseins eliminiert werden kann. Fast wie ein rationeller Versuch, die Emotionen vom Ereignis zu trennen und diesen Aspekt von ihrer Identität zu dissoziieren (den traumatisierten Teil und das Trauma zu eliminieren), indem aktiv versucht wird zu vergessen, anstatt bis in die Tiefe daran zu denken und es zu transformieren. Denn Kora neigt in dieser ersten Therapiephase sehr zum Ausagieren, zum physischen Ausscheiden, oft mit einem sexuellen Hintergrund. In diesen ersten Monaten erlebt Kora eine zwanghafte Sexualität, als etwas, das man in der Beziehung benutzen kann, und dass es ihr ermöglicht, der Logik der Verzweiflung zu folgen, und nicht als ein intimer und gefühlvoller Austausch, der dazu dient, Genuss zu geben und zu erhalten. Durch die Sexualität drückt sie ihr Bedürfnis nach Bestrafung

und narzisstischer Abwertung aus: Einer ihrer inneren Teile sucht nach Schmerz, braucht das Leiden. Es gibt keinen Zugang zur Dimension des Vergnügens und des Austausches, die Beziehungen sind unvermeidlich prä-genital geprägt: Der andere ist das Objekt, oder Kora selbst ist das Objekt des anderen. Das Resultat ist immer der Schmerz und bestätigt den eigenen Unwert.

Teilweise scheint es so, als habe Kora keinen Schlüssel, um die anderen auf affektiver-, beziehungstechnischer und sexueller Ebene zu verstehen, also was zulässig ist und was nicht. Das Hauptziel des psychischen Aufbaus des Mädchens ist derzeit, zum Zwecke der Verteidigung, nichts zu spüren, keine Emotionen zu fühlen, sich nicht zu hinterfragen, keine Theorie des Geistes zu entwickeln.

Dieser erste Teil der Therapie ist gekennzeichnet durch kontinuierliche Verspätungen von Kora: Wir sind noch in der Anfangsphase, haben wenig Zugriff auf den transformativen Gedanken, daher sind es ihre Handlungen, die oft stattdessen «sprechen». In den ersten drei Monaten lässt Kora niemals eine Sitzung aus, kommt aber fast nie pünktlich zu den Sitzungen und manchmal sogar bis zu 45 Minuten nach der vereinbarten Zeit. Aus diesem Grund setze ich die Treffen mit Kora nach den ersten Sitzungen in einer Zeit fest, die solche enormen Verzögerungen ermöglichen, ohne dass ihr Therapiezeit verloren geht. Im Nachhinein scheint diese erste Phase die Phase der symbiotischen Beziehung zwischen Mutter und Säugling abzubilden und zu wiederholen, der typischen Illusion dieses Augenblicks (Winnicott): Eine ausreichend gute Mutter ist immer da, bedingungslos, und bietet dem Baby eine fast vollständige Anwesenheit. Anschliessend begleite ich Kora aus ihrem Bereich der symbiotischen Illusion heraus, zu einem Zeitpunkt, an dem ich fühle, dass sie die Frustration und die Begrenzung erdulden kann: Ich vereinbare eine Sitzung sofort danach, und sofort vor einer Sitzung (und mache dabei sehr deutlich, dass eine Verspätung unvermeidlich auch die Therapiezeit der Sitzung verkürzen würde). Zu jenem Treffen kommt Kora sogar zu früh: der Bedarf nach Kontrolle und Ausdruck eines gewissen Anteils Aggressivität (verursacht durch die Zerstörung der symbiotischen Illusion). Kora wird das Mädchen, das vor ihr dran ist, aus der Praxis gehen sehen. Sie wird mich ihre Enttäuschung und ihr Gefühl des Ausgeschlossenenseins spüren lassen und mir gegenübertragend das Gefühl geben, dass ich an etwas Schuld trage. In dieser Lage beginne ich mit der theatralischen Interpretation des IEP: Die Mutter kann nicht gänzlich und jahrelang für die Tochter anwesend sein, es gibt eine gesunde Abwesenheit, die der Anwesenheit des Vaters geschuldet ist, dem die Mutter Aufmerksamkeit schenken können muss. Die notwendige Ausgrenzung der Tochter aus dem Verhältnis zwischen Mutter und Vater (dem trennenden Dritten) ermöglicht es, den Weg zur Beziehung zu ebnen. Seitdem gab es keine Verspätungen mehr und in der darauffolgenden Woche wird Kora mir mitteilen, dass sie immer zehn Minuten vor der vereinbarten Uhrzeit kommen wird: «Wenn du mal früher Zeit hast, dann bin ich schon hier.» Und in der gleichen Sitzung erzählt Kora mir von ihrem ersten Traum: «*Ich*

sass am Tisch, mit Fidel und vielen anderen Leuten, an die ich mich nicht erinnere. Ich konnte nicht atmen. Ich muss aufstehen und rausgehen, weg von diesem Tisch. Fidel folgt mir und umarmt mich. Ich beruhige mich und atme.»

Diese erste Erzählung des Traums kennzeichnet zwei Ereignisse von besonderer Bedeutung. Das erste ist die Geste des Vertrauens und des Bündnisses zwischen mir und Kora: Denn das Mädchen gibt mir dadurch, dass es mir ihren Traum erzählt, Zugang zu seiner inneren Welt, zu seiner Privatsphäre, und zeigt mir, dass ein Teil von ihm bereit ist, sich auf diesem Weg von mir begleiten zu lassen.

Das andere Ereignis, auf das dieser Traum hinweist, ist das Fehlen von Luft, was wir auch als Bedürfnis und Bewusstsein um die Frustration deuten können, um den Gedanken aktivieren zu können. Nach Bion gibt es keinen Gedanken ohne Frustration: Nur gegenüber einem Mangel muss das Subjekt seinen Denkapparat in Gang setzen, um Gedanken zu denken und um ihr auf diese Art und Weise auf angemessene Weise zu begegnen. Ein klassisches Beispiel für die Veranschaulichung dieser Theorie ist eben die Luft: Solange es Sauerstoff gibt und ein stabiler und regelmässiger Zugriff darauf möglich ist, verschwendet man keinen Gedanken an Sauerstoff. Sobald man hingegen aufgrund eines Sauerstoffmangels nicht mehr atmen kann, kann man nur noch genau daran denken.

Mit dieser ersten Erzählung eines Traums scheint Kora zur Therapeutin sowohl über ihr Bedürfnis zu sprechen, dass jemand ihr Platz zum Atmen gibt, als auch von jemandem, der ihr den Atem raubt: metaphorisch gesehen also davon, einen Verbündeten zu finden, der ihr hilft, den Gedanken zu aktivieren, um anzufangen, nicht immer nur auf das Ausscheiden, auf das Ausagieren, auf die Abspaltung zurückgreifen zu müssen. Und dort, wo es eine Abspaltung gibt, ist die Anwesenheit von zwei Elementen, die sich gegenseitig Platz zum Atmen geben, die neue Luft erschaffen, unverzichtbar.

Ebenfalls bemerkenswert ist die Unmöglichkeit, im Traum von Kora einen elterlichen Platz zu finden: Denn im Traum kommen nur nicht identifizierte Personen vor (die Verwirrung und Luftmangel verursachen) und die Figur von Fidel (der als Freund des Mädchens nicht von der Therapeutin interpretiert werden kann). Dieser erste Traum scheint zu unterstreichen, dass der Luftmangel dem Fehlen eines stabilen und konstruierten IEP entsprechen kann; und ohne IEP ist es nicht möglich, zu atmen/zu denken.

Die Empfehlung, die Kora erhält, ist also teleologischer Art. Von diesem Moment an soll sie nach vorn schauen, beobachten, wie sich die Träume und die inneren Repräsentanzen entwickeln, wie und wann der Therapeut/IEP erscheint und seine kontinuierliche Konstruktion und Dekonstruktion beginnt.

Anfänglich, auch in der zweiten Phase, steht die innere Welt Koras weiterhin unter dem Joch der erlebten traumatischen Erfahrung: Das Mädchen behauptet, in Bezug

auf den begonnenen Prozess, auf die Erinnerungen an den Missbrauch, auf die in der Therapie erneut erzählten und gehörten Ereignisse, nichts zu empfinden. Nach Verkündigung des Urteils informiert mich Kora, dass sie überhaupt nicht an der Angelegenheit interessiert ist, dass sie in diesem Zusammenhang nichts empfindet und dass sie davon nichts mehr wissen will.

Sie erzählt mir jedoch, sehr müde und ausgelaugt zu sein, schlecht zu schlafen und hin und wieder plötzlich grundlos und untröstlich weinen zu müssen. Die Abspaltung der Effekte als Verteidigung vor der traumatischen Erinnerung scheint vorherrschend zu sein. Auch die Tendenz zur Ausscheidung zum Zwecke der Verteidigung ist dominierend: Es folgen zahlreiche Erzählungen von Feiern, Alkoholmissbrauch, Rennen bis zur Atemlosigkeit, um nicht denken zu müssen. Die psychische Funktionsweise wird vom Ausscheiden dominiert: Das Erleben von Depression und Leere kann nicht angesprochen und angedacht werden. Parallel dazu ist auch die Sexualität weiterhin zwanghaft, ohne affektive Bedeutung und ohne Vergnügen, sie wird defensiv erlebt, wie etwas ganz Banales und Oberflächliches. Kora erzählt, dass sie «machen lässt», dass sie nicht in der Lage ist, Grenzen zu setzen oder sich selbst zu begrenzen, dass sie die Sachen einfach so macht, «ich denke erst nachher daran, ob ich wollte oder nicht». Die Begierde erscheint nicht definiert und konstruiert, sie erscheint instabil und steht oft im Dienste eines masochistischen Bedürfnisses nach Bestrafung. Kora stellt sich in den Dienst des anderen, wie ein Objekt der Begierde des anderen, ohne daran zu denken, dass der sexuelle und Beziehungsbereich auch für sie ein Vergnügen sein könnte und müsste (es gibt keine Perspektive des Austauschs).

Kora kann die Leere – dieser Zustand, der unvermeidbar ist, damit man einen Wunsch spüren und konstruieren kann (Bion) – nicht dulden und aushalten: Sie weiss nicht, was sie will und sie weiss nicht, was ihr gefällt, sie unterliegt passiv den Bedürfnissen des anderen, lässt sich von ihm definieren («ich habe mich gezwungen, mit ihm Sex zu haben, auch wenn es mich angeekelt hat») und kann sich nur im Wunsch des anderen spiegeln.

Nach und nach und mit Fortschreiten der Sitzungen beginnt Kora dennoch langsam, von ihrer Position abzurücken und es taucht zum ersten Mal ein Gefühl auf, das zu einem Schlüssel von grundlegender Bedeutung zu ihrer Gefühlswelt und für den Beginn einer Veränderung wird: der Ekel. Der Ekel wird das Erlebnis, das Ordnung in die psychische Welt bringen wird: Er kennzeichnet eine Vertiefung des Gedankens, das Aufkommen eines emotionalen Zeichens, das den Entwurf eines Wunsches klären kann (was gefällt und was nicht) und der es ihr ermöglichen kann, sich zu regulieren.

Alles beginnt nach einem besonders intensiven Wochenende, an dem sie sich besonders intensiv ausagiert hat: Nachdem sie in der Sitzung von den Ereignissen erzählt hat und nach der darauffolgenden therapeutischen Neu-Erzählung der Ereignisse, steht Kora nach Ablauf der Zeit auf und sagt: «Ich ekel mich an, es war ekelhaft.» Ab diesem Moment kommt der Ekel als aus-

gewählte Tatsache und Regulator in ihre innere Welt, bis er ihr erlaubt, den Missbrauch mit einer neuen Bedeutung zu belegen (après-coup; Green) und Ordnung in die Emotionen, die Gedanken und die Verhaltensweisen zu bringen. Kora erzählt, eine ganze Nacht durchgeweint zu haben: Am Anfang, wie üblich, kommen die Tränen ohne offensichtlichen Grund und völlig abgetrennt von jeglichem Affekt; anschliessend kommen während des Weinens Erinnerungen hoch: Zum ersten Mal erzeugen sie bei ihr ein Gefühl von «Brechreiz und Ekel», eine tiefe Abscheu gegenüber allem, was ihr angetan wurde und was sie durchgemacht hat. Das Weinen wird anschliessend traurig, schmerzhaft und wütend: Das Leiden scheint auch in der Sitzung durch, während sie erzählt.

Der erlittene Missbrauch, die Passivität und das zwanghafte Ausagieren beginnen zu etwas Ichdystonem zu werden, zu Erfahrungen, die nicht zu ihr gehören: Kora benutzt den Ekel als Organisator der Erfahrung, in einem Akt der Reife setzt sie zum ersten Mal Grenzen.

Die Kraft und die Bedeutung dieses Schritts werden durch den zweiten erzählten Traum noch verstärkt: «*Ich bin zu Hause bei Fidel, seine Mutter, sein Vater und eine Frau, die ich nicht kenne, sind auch da. Ich gehe mit Fidel auf sein Zimmer: Erst sind wir nur Freunde, wir lachen und albern herum, dann aber küsse ich ihn und er zieht sich zurück. Wir werden wieder Freunde, wir lachen und albern herum, dann aber küsst er mich und es endet damit, dass wir Sex haben. Die unbekannte Frau kommt ins Zimmer und raucht einen Joint mit uns. Die Mama von Fidel kommt herein und beschimpft mich und schreih mich an, sie hasst mich wirklich. Wir gehen alle aus dem Haus, weil ich nach Hause muss, es regnet stark, wir gehen alle zum Bahnhof und verabschieden uns. Es ist ein wirklicher Abschied.*»

Denn in diesem Traum erscheint die Figur der Mutter: Ohne sich von der Traumlogik täuschen zu lassen, die die mütterliche Rolle negativ darstellen möchte, ist es von grundlegender Bedeutung festzustellen, wie diese Elternfigur (abgesehen davon, dass sie präsent ist) die Szene betritt, um eine Grenze zu setzen, um eine täuschende und nicht generative Befriedigung zu unterbrechen. Die Erzählung dieses Traums markiert den Beginn einer Internalisierung und einer möglichen Reparatur des IEP: noch fragil und angebunden (nur an einen Elternteil), aber dennoch endlich präsent und Grenzen setzend. Die Mutter aus dem Traum tritt als Antagonistin des autoerotischen Gefüges auf, sie steht der masturbierenden Vereinigung mit dem Traum-Fidel ablehnend und feindlich gegenüber: Dies ist positiv, gerade weil der autoerotische Aufbau die realen Beziehungen und die Suche nach der Befriedigung durch eine Beziehung beeinflussen kann. In diesem Traum kann man den Entwurf einer Grenze gegen die Autoerotik feststellen und gleichzeitig beginnt in dem realen Leben eine kongruente Emotion zu erscheinen (der Ekel für den autoerotischen Aufbau in der Realität, für eine Sexualität die ausagiert wird, ohne eine echte Objektbeziehung des Austauschs zu suchen).

Das Einsetzen einer Internalisierung der Figur des Therapeuten/IEP (zusammen mit dem Ekel als emotionales

Zeichen) initiiert auch die Klärung und Begrenzung der eher affektiven-relationalen Aspekte: Die Beziehungen von Kora, die auf einer mangelnden Gegenseitigkeit und auf Konfusion zwischen erotischem und elterlichem Aufbau basieren, beginnen ichdyston zu werden und unter die Ägide des Missfallens gestellt zu werden. In diesem Sinne kann die Verabschiedung vom Haus Fidels und die Rückkehr zum eigenen Haus nach der von der Mutter im Traum gesetzten Grenze als ein wichtiger Akt der Reife angesehen werden, der auf der Traumebene unterstreicht, was auf realer Ebene geschieht. In der Erzählung ist Fidel der Repräsentant der perversen Ordnung, d.h. einer Ordnung, in der kein Unterschied zwischen Geschlechtern und Generationen gemacht wird, also ohne jegliche Art von Grenze. Fidel ist das Symbol des Gott-Ichs, der Autogeneration, des absoluten Narzissmus: Die innere Mutter, die sie schlecht behandelt, ist der Teil von Kora, der beginnt, Ekel zu empfinden, der mit einer Grenze interveniert, der Regeln setzt und das Verhältnis mit der Wirklichkeit erhält.

Die Fortschritte von Kora, zwischen Progression und Regression, halten an; genauso wie ihr Dilemma zwischen dem narzisstischen autoerotischen Aufbau und dem genitalen Verhältnis mit der Realität.

Im Hintergrund schwebt immer die Beziehung zu Fidel: Die beiden durchlaufen zusammen Momente der Wut und heftige Streitereien, die sich mit Versöhnung abwechseln. Endlich kann es sich Kora erlauben, negative Gefühle gegenüber Fidel zu spüren und zu empfinden: Sie sagt, sie hasst ihn und dass sie ihn dafür, dass er sie betrogen hat, schlagen möchte. Nach der Wut kommt dann die Traurigkeit: Kora beschreibt, dass sie lange weint und eine tiefe Melancholie spürt, was jedoch auch einen positiven Aspekt hat, da das Erleiden von Schmerz letztendlich auch bedeutet, an Schmerz denken zu können. In diesem Rahmen kann festgestellt werden, dass sich eine stärkere Internalisierung der kleinianischen depressiven Position abzeichnet, die es ermöglicht, das Objekt nicht mehr als gänzlich gut oder böse zu erleben, sondern als ambivalentes Objekt, das sowohl gut als auch schlecht ist. Neben dem Ekel taucht so der Schmerz als Signal und als schützendes Gefühl auf, beide Empfindungen ermöglichen es, Situationen zu vermeiden, die diese Empfindungen hervorrufen, wenn sie erlebt und antizipiert werden.

Koras Sexualität beginnt nach und nach zu etwas anderem zu werden, das nicht mehr banal und von wenig Gewicht ist: Zum ersten Mal schafft Kora es, während des Sex Vergnügen zu empfinden und spürt, dass diese zusammen mit Fidel erlebte Dimension etwas Positives und Besonderes ist: «Vorher war Sex nur eine Methode, um nicht an die Probleme zu denken.»

Die Abnahme des Ausagierens wird immer deutlicher, Kora scheint immer mehr in der Lage zu sein, erst einen Gedanken zu entwickeln und dann zu handeln. Das Mädchen findet in meiner konkreten Präsenz eine Hilfe: Kora beginnt, mir Nachrichten zu schicken oder mich in Notfallsituationen oder wenn sie Kummer hat um Telefonate zu bitten. Anstatt zu agieren, Alkohol zu missbrauchen

oder sich sexuell abzulenken, sucht sie mich, und ich lasse mich finden. Durch diesen telefonischen Austausch ist es ihr möglich, ihre Angst sofort einzudämmen, sich der Notwendigkeit eines sofortigen Ausscheidens zu stellen und die umgehend folgende Sitzung abzuwarten, ohne sich selbstverletzend zu verhalten. Auf Grundlage dieser therapeutischen Entscheidung bestätigt sich die Absicht, Kora weiterhin durch den Prozess der Internalisierung einer anderen Vorstellung von Mutter zu führen: fürsorglich und schützend, präsent und als konkrete Unterstützung, da sie ein äusseres Objekt ist. Die Therapeutin anzutreffen und mit ihr sprechen zu können, ermöglicht es ihr, eine präsenze mütterliche Repräsentantin zu erleben, die an sie und für sie denkt. Ihr zu helfen, das Kabel zum Aufladen des Handys zu finden und dieses Instrument zu ersetzen, wenn es kaputt ist; ihr einen Frauenarzt zu empfehlen und ihr die Verwendung der Pille zu erklären; ihren Anwalt anzurufen, damit dieser mich informiert; das alles sind Akte des Sprechens. Sie fördern eine Identifizierung mit meinem fürsorglichen mütterlichen Teil, sodass sie nach und nach diese schützende und ausreichend gute mütterliche Figur verinnerlichen kann; also eine nicht idealisierte und nicht perfekte mütterliche Figur, die die Merkmale des gesamten Objekts (das sowohl gute als auch schlechte Teile hat) in sich vereint. Diese ambivalente mütterliche Figur, sowohl gut als auch schlecht, kann, wie zuvor beschrieben, dank der wiedergefundenen Möglichkeit Koras, auf die depressive Position zugreifen zu können, verinnerlicht werden. Denn es kommt eine tiefsitzende Wut gegenüber der realen Mutter zum Vorschein, die vorher niemals gespürt und ausgedrückt wurde.

Während den Sitzungen beginnt Kora, einen tiefsitzenden Groll gegenüber den Eltern zu erleben und in Worte zu fassen (insbesondere gegenüber der Figur der Mutter): «Ich hasse sie, weil das, was passiert ist, alles ihre Schuld ist», damit bezieht sie sich sowohl auf den Missbrauch durch den Ehemann als auch auf einen Vorfall, als sie acht Jahre alt war. Kora erzählt, dass es ihr schwerfällt, mit der Mutter zu sprechen, dass sie von ihr sehr genervt ist und dass sie verstanden hat, dass sie nie schützend und fürsorglich war. Dies ist möglich, weil Kora eine innere Repräsentanz einer anderen mütterlichen Figur konstruiert, die sie mit der äusseren Mutter vergleichen kann. Das Mädchen ist dabei, ein fürsorgliches inneres Objekt zu konstruieren, das sie mit dem äusseren Objekt vergleichen kann, gegenüber dem sie Hass empfindet, weil sie spürt, dass es nicht dem Modell entspricht, das langsam in ihrer inneren Welt entsteht. Darüber hinaus ermöglicht ihr diese Identifizierung mit dem schützenden und fürsorglichen Objekt, anzufangen, zu fühlen, dass auch sie ein Recht darauf hat, auf geordnete und beständige Weise geliebt zu werden. Von extremer Bedeutung wird es daher sein, es zu schaffen, keine Vorstellung einer perfekten mütterlichen Figur anzubieten, die im Vergleich mit der realen äusseren Mutter (die als solche nicht perfekt und enttäuschend ist) immer Gewinnerin sein wird, wodurch die reale Mutter ein völlig abgewertetes Objekt wäre. Nur auf diese Art und Weise kann Kora sich auf eine vollständige und ganze Elternfigur stützen, sowohl

gut als auch böse, die sie lieben oder hassen kann, ohne Angst vor Konsequenzen haben zu müssen; ohne in ein Muster zu verfallen, bei dem eine Seite idealisiert und die andere abgewertet wird.

Auch der dritte erzählte Traum enthält Indizien für diese innere Konstruktion: *«Ich bin mit meiner Mutter zu Hause und bringe das Kind von Gianni zur Welt (auch wenn ich mit Fidel zusammen bin). Ich leide nicht, denn sie haben mir eine Spritze gegeben, meine Mutter ist an meiner Seite und ich kann unbeschwert niederkommen. Sobald das Kind auf der Welt ist, verliebe ich mich in es: Es ist wunderschön, ich bin sofort mit ihm verbunden, ich bin sehr glücklich. Als ich aufwache, überkommt mich die Verzweiflung, denn ich verstehe, dass es dieses wunderbare Kind nicht gibt, ich habe es nicht wirklich bekommen.»*

Das Neugeborene kann einen neuen Teil der Träumerin darstellen: Ein neugeborener Teil, der durch die Erzählung an die Therapeutin herangetragen wird, die als Repräsentantin des IEP aufgefordert wird, sich zu kümmern und sich um das neue Kind/den neuen Wunsch von Kora zu sorgen. Das Kind, das im Traum zur Welt kommt, könnte also einen neuen Teil darstellen, der wachsen und umsorgt sein muss: Ausserdem kommt im Traum eine liebevolle und unterstützende mütterliche Figur zum Vorschein, die einen Teil von ihr darzustellen scheint und einen anderen umsorgt (der Entwurf einer Konstruktion und Internalisierung des IEP als innerer Teil, der auch diese Funktion hat). Dieser innere Akt hat eine entsprechende Parallele auch in der Aussenwelt: Denn Kora problematisiert ihren Wunsch, andere Trainer haben zu wollen. Denn das aktuelle Trainerpaar kümmert sich nicht, wie es sollte, und Kora spürt, dass sie höheren Nutzen und Unterstützung von Trainern bekommen könnte, die besser in der Lage sind, sie zu unterstützen und anzuspornen. Sie möchte jemanden, der sich auf sportlicher Ebene um sie kümmert und um sie sorgt, und schafft es, nachdem sie lange Zeit in der Therapie darüber nachgedacht hat) mit den direkt Betroffenen zu reden, und zeigt damit, dass sie wirklich begonnen hat, sich aktiv selbst zu schützen.

Letztlich ist die grosse Enttäuschung beim Aufwachen hervorzuheben: Kora erzählt, dass sie so grosse Liebe für das Neugeborene im Traum empfunden hat, dass die Tatsache, dass sie es in der Realität nicht in ihren Armen gefunden hat, sie zerstört hat. Einen ganzen Tag lang kann sie nur an den Kinderwunsch denken, sie betrachtet Fotos von Kindern, denkt kontinuierlich wieder an die im Traum empfundenen Gefühle. Das zugrunde liegende Dilemma besteht zwischen dem Wunsch, auf eine narzisstische Art und Weise (die völlig befriedigend ist, da sie illusorisch und grenzenlos ist) in ihrer inneren Welt zu leben, und dem Beginn, in der Realität tätig zu werden, mit den Enttäuschungen, die das zwangsläufig mit sich bringen wird. Jetzt, da der Apparat zum Denken von Gedanken entsperrt zu sein scheint, ist die grundlegende Thematik, das Gleichgewicht zwischen der narzisstischen Tendenz der Selbstbefriedigung und sich zu arrangieren und das Aufeinandertreffen mit der Realität und dem

Anderen, dieser Quelle möglicher Enttäuschungen (denn in der Realität gibt es keine idealen Objekte). Eine erste tendenziell positive Seite ist die Tatsache, dass die Obsession, ein Kind haben zu wollen, nach wenigen Stunden verschwindet: Kora schafft es, allein zu verstehen, dass Wunsch und Realität zwei unterschiedliche Sachen sind, ohne zur Handlung zu schreiten.

Nach einer dreijährigen Psychotherapie und tausenden von Gedanken, die ich mir über unseren Weg gemacht habe, ist der Moment gekommen, auch die Meinung von Kora selbst zu hören. In einer der Sitzungen wird das Mädchen gebeten, die Situation zu bewerten: Welche Bedeutung hat die Therapie für sie, welche Erinnerungen hat sie im Zusammenhang damit, was sind die herausragenden Momente und was erwartet sie für die Zukunft?

Die wichtigste Wende lag für Kora darin, zu verstehen, dass sie in Passivität lebte: *«Du hast mich aufgeweckt, auch in Bezug auf Jungs, mit allem.»* Bei unserem ersten Treffen spürte Kora gar nichts, sie hat keine Emotionen und hat nicht auf ihre innere Welt gehört: *«Ich konnte an gar nichts denken; ich hab so getan, in jeglicher Hinsicht und bei allem.»* Jetzt weiss sie, dass sie eine Gefühlswelt hat, sie hört darauf und sie spürt sich und sie versucht, so weit wie möglich in Einklang mit ihr zu leben, sodass sie sich auch authentischer fühlen kann.

Sie ist zufrieden mit dem, was bisher erreicht wurde, doch sie spürt und weiss, dass sie den therapeutischen Prozess noch benötigt: Sie sagt, dass sie es schaffen möchte, dass es ihr noch besser geht, und dass sie eine gewisse Stabilität erreicht.

Der Satz, der auf die Internalisierung der Therapeutin/IEP hinweist, kommt am Ende des Treffens: *«Ich habe verstanden, dass Psychotherapie nicht bedeutet, Antworten zu erhalten, sondern die Fragen zu vertiefen.»*

Dieser Satz stellt meine Gedanken und meine therapeutischen Ziele dar, ohne dass ich dies jemals offen ausgesprochen habe: Die Gedanken bis zum Ende zu denken, immer weiter in die Tiefe zu gehen, bedeutet, sich weiterhin Fragen zu stellen, um immer neue Antworten zu finden³. In diesem Sinne scheint Kora zu bestätigen, verstanden zu haben, dass die Bedeutung der Therapie darin liegt, generativ zu werden, neue Inhalte, Gedanken, Verbindungen zu generieren, in einem kontinuierlichen Spannungsfeld zwischen Chaos und Ordnung.

Es scheint, als ob Kora sich mit meiner Figur als Repräsentantin des IEP identifizieren und diese anschließend verinnerlichen konnte: ein repariertes Paar, das darauf vorbereitet ist, sie in ihrem generativen Denken zu unterstützen.

3 «La réponse est le malheur de la question» (Blanchot, 1969 [dt.: «Die Antwort ist das Unglück der Frage»]).

Literatur

- Blanchot, M. (1969). *L'entretien infini*. Parigi: Gallimard.
- Green, A. (1991 [1974]). *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Milano: R. Cortina.
- Marcoli, F. (1997). *Il Pensiero Affettivo*. Como: RED.
- Marcoli, F. (2005). *Brutto è il bello, bello è il brutto*. Lugano: Edizioni IRG.
- Marcoli, F. & Branca, S. (2014). *Tre storie: pregenitalità e cultura*. Bergamo: Sestante Edizioni.
- Viederman, S. (1982). *La construction de l'espace analytique*. Parigi: Gallimard.

I will love you forever, even if I have never loved you

Abstract: The text describes the implementation of an ongoing psychodynamic-psychogenic psychotherapy started in October 2018 with a now 18-year-old girl (here called Kora) who was sexually abused by her mother's current husband. Kora begins her therapy in a post-traumatic state. The entire first part of the therapy revolves around restoring her access to the affective and emotional world: she has no connection to feelings and affects, she is a young woman for whom acting out is the way to eliminate, who acts without thinking. In the course of the sessions she manages to access her affective world and to bring out memories and sensations connected to the abuse, to her past, and to her current life. Her thinking ability emerges on the psychotherapeutic stage and the work revolves around integrating this reactivation. This text presents Kora's therapeutic trajectory, divided by three key moments of essential importance, underlined by the description of three dreams; read and interpreted in view of a particular elaboration of Bion's

psychoanalytic model, called *Generative Psychology* (Marcoli, 1997). In this model, the psychotherapist puts himself in the position of a symbolic representative of the inner parents: this psychic function aims at caring for the mind – through limitation and protection. The incipient process of internalization of the therapeutic figure as a representative of the parents allows Kora to access generative thinking by asking herself questions that she can pursue in-depth, and by activating herself in her daily life to achieve results and pursue the fulfillment of her desires.

Keywords: generative psychology, inner parents, dream interpretation, adolescent psychotherapy, sexual abuse, dynamic psychotherapy

Die Autorin

Elisa Tommasin ist Psychologin und Psychotherapeutin. Nach ihrem Hochschulabschluss in klinischer und dynamischer Psychologie an der Universität Padua hat sie sich am Forschungsinstitut Istituto Ricerche di Gruppo Lugano auf psychodynamische Psychotherapie spezialisiert. Nach vielen Arbeitsjahren bei den Kantonsdiensten für Minderjährige (ambulant und Tagesgruppen) übt sie ihren Beruf derzeit in der Praxis Clinica Psiche in Lugano aus und kümmert sich dabei um alle Altersgruppen. Zurzeit arbeitet sie als Vertreterin der Studierenden und ehemaligen Studierenden mit dem Direktorium des Istituto Ricerche di Gruppo zusammen.

Kontakt

E-Mail: elisatommasin@hotmail.it

Ti amerò sempre anche se non ti ho mai amato

Elisa Tommasin

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 41–47

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-41>

Riassunto: Il testo espone lo svolgimento di un percorso psicoterapeutico a stampo psicodinamico-psicogenerativo, tuttora in corso, iniziato nell'ottobre 2018 con una ragazza oggi diciottenne (qui chiamata Kora) vittima di abusi sessuali compiuti dall'attuale marito della madre. Kora inizia il percorso terapeutico in uno stato post-traumatico e tutta la prima parte della terapia ruoterà intorno al recupero dell'accesso al mondo affettivo ed emotivo: si presenta sconnessa dalle emozioni e dagli affetti, è una ragazza che evacua tramite gli agiti, che non antepone mai il pensiero all'azione. Con il passare delle sedute, riuscirà ad accedere al suo mondo affettivo e a far emergere ricordi e sensazioni legati agli abusi, al suo passato, ai suoi vissuti attuali. La capacità di pensare irrompe sulla scena psicoterapeutica e il lavoro si articola intorno all'integrazione di questa riattivazione. Il seguente scritto presenta il percorso terapeutico di Kora suddiviso secondo tre momenti di snodo fondamentali che sono sottolineati dal racconto di tre sogni; letti e interpretati alla luce di una particolare elaborazione del modello psicoanalitico bioniano, che trova nel termine di *psicologia generativa* (Marcoli, 1997), la sua precisa denominazione. Tale modello prevede che lo psicoterapeuta si ponga nella posizione di rappresentante simbolico della coppia genitoriale interna: una funzione mentale preposta ad accudire la mente stessa, proteggendo e limitando. L'inizio del processo di interiorizzazione della figura terapeutica in quanto rappresentate della coppia genitoriale, permette a Kora di accedere ad un pensiero generativo, ponendosi domande da approfondire e attivandosi in prima persona nella sua quotidianità per ottenere risultati e perseguire l'appagamento dei suoi desideri.

Parole chiave: Psicologia Generativa, Coppia Genitoriale Interna, Interpretazione sogni, Psicoterapia adolescenza, Abusi sessuali, Psicoterapia dinamica

La teorizzazione della Coppia Genitoriale Interna (CGI) è uno dei fondamenti del modello psicogenerativo (Marcoli, 1997, 2005; Marcoli & Branca, 2014); modello che offre le coordinate interpretative per la psicoterapia con Kora, qui presentata. L'obiettivo fondamentale di tale metodologia è quello di riparare la CGI della ragazza, consegnandole la capacità di poterla costruire, decostruire e ricostruire continuamente: ciò avviene grazie all'identificazione con il terapeuta, in quanto rappresentante della CGI.

Il modello psicogenerativo nasce all'interno di un paradigma psicoanalitico costruttivista (Widerman, 1982), facendo riferimento ai miti eziologici bioniani, kleiniani e freudiani. Tale setting si è sviluppato per far fronte alle esigenze psicopatologiche contemporanee che trovano nei casi limite il loro modello paradigmatico. La problematica borderline è concepita principalmente dal punto di vista del pensare, nella misura in cui la difettualità essenziale di questi pazienti è relativa ad una carenza nel rappresentare il desiderio: «ci possono essere pensieri di desiderio solo dove c'è un pensiero» (Green, 1991 [1974], p. 71). Ed è qui che entra in gioco Bion: il pensiero non nasce spontaneamente, bensì in risposta alla frustrazione, creata da un limite. Il limite, per definizione, crea frustrazione e questa crea pensiero: in tal senso, la funzione del terapeuta come rappresentante della coppia CGI è di fondamentale importanza.

La CGI è una funzione della mente che si occupa della mente stessa; è quella parte interiorizzata della persona che si occupa della persona medesima, proteggendo, limitando e orientando il desiderio in senso maturativo.

Il complesso edipico, in quanto struttura simbolizzata e simbolizzante, è alla base della scelta del terapeuta di porsi come rappresentante del padre, della madre e della coppia genitoriale. L'Edipo freudiano, dunque, viene continuamente costruito e ricostruito durante il lavoro psicogenerativo: una parte del paziente, infatti, si oppone con tenacia all'esclusione dal piacere della CGI, in preda a invidia e gelosia. È qui che entra in scena la derivazione kleiniana di tale ottica generativa: la capacità di riparazione e ricostruzione della CGI è, infatti, possibile grazie ai movimenti «distruittivi-ricostruttivi» dell'oggetto totale teorizzati dall'autrice (il passaggio dalla posizione schizo-paranoide a quella depressiva).

Lo psicoterapeuta deve impegnarsi a rappresentare una CGI accudente ed accogliente, ma anche limitante e normativa: una coppia genitoriale che escluda il figlio dal suo legame erotico non con connotazione sadica e punitiva, ma per permettergli di generare e trarre piacere esso stesso, perseguendo e concretizzando i suoi desideri nella realtà. Una CGI sufficientemente sana, permette, infatti, un'adeguata capacità di accettazione ed elaborazione del limite, così come un buon rapporto con la realtà e l'oggettualità. Tale rapporto è fondamentale, in quanto l'appagamento del desiderio, per essere realmente tale, deve avvenire nel mondo reale, nel quale si agisce con potenza, e non nel mondo onirico, caratterizzato da un'illusoria onnipotenza. All'interno della mente, infatti, coesistono due antagoniste modalità di rappresentazione: quella legata al narcisismo, onirica, capace di derive ma-

gico-onnipotenti che scavalcano l'ostacolo del limite; e quella legata al pensare in quanto capacità di confrontarsi con la realtà, facendo fronte alla frustrazione che i suoi limiti impone, attivando un pensiero finalizzato all'appagamento di desiderio in modo concreto e operativo.

L'identificazione con un terapeuta che, in quanto CG autorevole, responsabile e protettiva limita e si auto-limita, permette al paziente di introiettare tale capacità: avere a che fare con il limite, con l'esclusione dal rapporto erotico genitoriale, gestendo e sopportando la frustrazione che questo comporta; potendo in tal modo attivare il pensiero e la propria potenza, cercando e trovando appagamento e piacere nella realtà e nell'Altro, al di fuori del rapporto con i genitori.

Tale lavoro può essere svolto grazie al focus sul transfert, sulla relazione hic-et-nunc tra paziente e terapeuta, in un continuo lavoro di creazione di significati sempre più approfonditi e generativi. Il focus sulla relazione è fondamentale, in quanto parlare ed elaborare il rapporto con il terapeuta-CGI permette di restaurare i rapporti interni tra le proprie parti: il terapeuta (la relazione) è lo strumento per modificare e restaurare la dinamica intrapsichica del paziente e le sue relazioni oggettuali.

Tale metodologia è attuabile all'interno di un'ottica costruttivista: il significato di ogni evento psichico, ed in primis del sogno, non è mai svelato e scoperto una volta per tutte, ma sempre costruito e ricostruito. I racconti del paziente, sia di sogno che di realtà, devono sempre essere letti alla luce del transfert, in quanto il terapeuta rappresenta una parte del paziente stesso. Ed è proprio il sogno uno degli strumenti basilari utilizzati dal terapeuta psicogenerativo per aiutare il paziente a costruire la capacità di distruggere e riparare continuamente la sua CGI. Il significato del mondo onirico del paziente deve essere costruito assieme al terapeuta, scegliendo un linguaggio comune (un fatto scelto) che metta ordine nell'irriducibile confusività onirica. Da questo punto di vista il «sogno solo sognato» non è concepito come portatore di un significato occulto che deve essere svelato – secondo la logica decodificatoria del modello freudiano classico – ma rappresenta un materiale grezzo il cui senso deve essere costruito nel contesto della relazione terapeutica. Il senso è, dunque, polisemico e la costruzione interpretativa lo riduce a una serie di sensi possibili (benché non illimitati). Più che scoprire il senso nascosto del sogno, si tratta di favorire delle trasformazioni che potranno essere reperite nei sogni a venire: tale orientamento teleologico si declina nell'obiettivo di costruire la CGI e la capacità di ripararla, distruggerla e costruirla continuamente. Tale fine viene perseguito partendo da postulati chiari e motivati, che fungono da coordinate che governano le molteplici (ma non infinite) costruzioni interpretative del sogno. Nello specifico, il terapeuta si pone da subito come rappresentante della CGI, mentre al paziente spetta il ruolo del figlio: il terapeuta, partendo dal sogno del paziente, considerato come una sorta di sceneggiatura teatrale, interpreta il ruolo della CG, cercando nel contenuto manifesto del sogno dove questa compare e come viene rappresentata. Coerentemente con il modello edipico il terapeuta non

può interpretare ruoli che lo costringerebbero nella posizione di figlio, partner e fratello o in quello del sognatore stesso. Le figure genitoriali presenti nel sogno manifesto possono essere molteplici e svariate, così come anche assenti o rappresentate in modo parziale e deformato: la teatralità dell'interpretazione diventa, così, peculiare e basilare all'interno del modello generativo. Starà alla creatività e alla rêverie del terapeuta valutare dove e come inserirsi all'interno del sogno (verificando se vi è posto per lui), potendo anche decidere di rifiutare il ruolo che il paziente cerca di attribuirgli oppure accettandolo, ma modificando il corso e l'intreccio della trama onirica, proponendo una versione alternativa di tale ruolo (questo se il paziente cerca di far assumere al terapeuta-CGI una funzione aggressiva o seduttiva, maltrattante o ambigua, che non limita l'Io-dio¹ del sognatore).

Il fil rouge che percorre l'intero impianto psicogenerativo è relativo all'identificazione degli ostacoli – in buona parte riconducibili all'azione dell'Io-dio e delle sue modalità di pensiero magico-onnipotenti – che si frappongono alla capacità di pensare e amare secondo il modello genitale, metaforizzato nel concetto di CGI.

È su queste basi teoriche che poggia il lavoro psicoterapeutico costruito con Kora e qui presentato. Kora: 15 anni, terzogenita di una madre assente, austera, poco incline all'emotività; e di un padre distante, inaffidabile, dedito all'alcol. Cresciuta in una famiglia isolata, carente di affettività e dialogo, contrassegnata dalla mancanza di accudimento e protezione. Tuttora, Kora, vive una profonda solitudine, mascherata dall'idea di essere autonoma e matura.

Inizia la psicoterapia in seguito alla denuncia di abusi sessuali subiti da parte dell'attuale marito della madre: è stato Fidel (amico, fidanzato, nemico, in perenne oscillazione) a sostenerla in tale processo; la madre, come unica reazione alla confessione di Kora, aveva chiesto al marito di non farlo più. L'uomo è stato incarcerato, processato e condannato a 5 anni di reclusione.

Specialmente durante i primi mesi di presa a carico, Kora mostra un importante distacco emozionale, un ottundimento dei sentimenti, l'intrusione di pensieri legati agli abusi, momenti di dissociazione e distacco dalla realtà contingente, una memoria a tratti labile e un attaccamento quantomeno ambivalente. A livello strutturale, Kora mostra un funzionamento mentale dominato dalla scarica: il dolore e la sofferenza vanno perlopiù evacuati attraverso il corpo e il comportamento. L'accesso alla mentalizzazione e al pensiero trasformativo sono difficili; i meccanismi di difesa sono arcaici (scissione, identificazione proiettiva, negazione, agiti, svalutazione/idealizzazione); l'ambivalenza rispetto al legame con l'oggetto è forte (tende a svalutare l'oggetto al quale si lega quando si sente invasa, mentre sollecita in tutti i modi una nuova vicinanza non appena teme l'abbandono o la distanza). Kora sembra cercare «un

1 L'antagonista della CGI: il nucleo onnipotente e narcisistico della personalità. È la tendenza a fare coppia con se stessi eludendo l'esclusione e la realtà.

partner a metà», una relazione di non reciprocità: appare mossa dalla logica della disperazione (Green). Il bisogno che muove Kora sembra essere quello del dolore: cerca oggetti cattivi che la puniscano, in una continua spirale discendente di demerito e svalutazione. Nel suo mondo psichico Kora non può essere apprezzata e degna d'amore, in quanto non meritevole e non sufficientemente buona da poterlo permettere. Il funzionamento mentale è, dunque, dominato da un assetto post-traumatico e dissociativo, con molte delle peculiarità tipiche del funzionamento delle strutture borderline.

In una tale cornice, gli obiettivi terapeutici che fungono da guida sono quelli di poter attivare nuovamente la capacità di generare e pensare a fondo i pensieri (Bion), riparamo la CGI e affinando la capacità di Kora di poterla continuamente distruggere e ricostruire. Tale evoluzione terapeutica può essere intuita e interpretata attraverso l'analisi del racconto di tre sogni, che sembrano segnalare tre momenti di snodo e di cambiamento all'interno del mondo relazionale e psichico di Kora. La prima fase della terapia ricopre, circa, le prime 10 settimane di lavoro: la conoscenza, la costruzione dell'alleanza terapeutica e l'inizio del processo. La seconda fase è, invece, più lunga e ricopre quasi un anno di terapia; così come la terza.

Kora entra nel locale di consultazione e alla mia prima domanda risponde: «sono qui perché il marito di mia mamma mi toccava le parti intime». Tale frase viene riportata con totale distacco e freddezza, come se fosse il titolo di un film visto, ma da dimenticare. L'appiattimento del mondo emotivo e il non accesso all'affettività permangono durante tutto il primo periodo della terapia. Il ricorso alla scissione e alla dissociazione paiono evidenti e massicci.

Kora sembra, infatti, voler attivamente scacciare gli affetti legati al ricordo degli abusi, evitando di parlarne e di sentire le emozioni ad essi collegate: in una seduta riferisce di aver già perdonato, perché «non si può vivere nell'odio» e sua madre le ha insegnato che tutto è perdonabile (in tale occasione, emerge il racconto del nonno materno che, dopo aver violentato una bambina, ha chiesto scusa ricevendo, appunto, il perdono da parte della madre di Kora). Questo apparente perdono sembra piuttosto un tentativo di poter forcludere gli abusi, attuali e transgenerazionali, cercando in tal modo di poterli dimenticare e non pensare. Dalle parole di Kora sembra trasparire lo sforzo messo in atto per cercare di rendere quanto accaduto qualcosa di poco conto e scervo da emozioni: qualcosa che si possa superare e archiviare in poco tempo, in modo tale da poterlo eliminare dall'orizzonte della propria consapevolezza. Quasi un tentativo razionale di scindere le emozioni dall'evento e dissociare questo aspetto della sua identità (eliminare la parte traumatizzata e il trauma), cercando attivamente di dimenticare anziché pensare a fondo e trasformare. Kora, infatti, in questa prima fase di terapia, è molto più incline all'agito, alla scarica fisica, spesso a sfondo sessuale. Durante questi primi mesi, Kora vive una sessualità compulsiva, qualcosa da usare nella relazione e che le permette di perseguire la logica della disperazione, non uno scambio intimo e

affettivo per dare e trarre piacere. Attraverso la sessualità esprime il suo bisogno di punizione e di svalutazione narcisistica: una sua parte interna ricerca il dolore, ha bisogno di soffrire. Non vi è accesso alla dimensione del piacere e dello scambio, le relazioni sono giocoforza a tinta pre-genitale: l'altro è oggetto oppure è Kora stessa ad essere l'oggetto dell'altro. Il risultato rimane sempre il dolore e la conferma del proprio disvalore.

A tratti, Kora sembra quasi non possedere un codice di lettura per comprendere gli altri a livello affettivo-relazionale e sessuale, cosa sia lecito e cosa non lo sia. L'obiettivo principale dell'assetto mentale della ragazza, allo stato attuale, è quello di non sentire niente, non provare emozioni, non interrogarsi, non sviluppare nessuna teoria della mente, a scopo difensivo.

Questa prima parte di terapia è contrassegnata dai continui ritardi di Kora: siamo ancora in una fase iniziale, di poco accesso al pensiero trasformativo, per cui i suoi atti sono sovente «parlanti». Per i primi tre mesi, Kora non salterà mai una seduta, ma non giungerà quasi mai puntuale a nessuna di esse, arrivando anche fino a quarantacinque minuti dopo l'orario convenuto. Per tale ragione, dopo le prime volte, mi ritrovo a fissare i colloqui di Kora in momenti della giornata che permettano questi enormi ritardi, senza toglierle tempo di terapia. A posteriori, questa prima fase sembra ricalcare e ripetere la fase della relazione simbiotica tra madre e neonato, dell'illusione tipica di questo momento (Winnicott): una madre sufficientemente buona c'è sempre, a prescindere, fornisce una presenza pressoché totale al neonato. Mi trovo poi ad accompagnare Kora fuori dall'area dell'illusione simbiotica, nel momento in cui sento che può tollerare la frustrazione e il limite: le fisso un colloquio subito dopo, e immediatamente prima, di un altro, facendoglielo ben presente (sottolineando, così, che un suo ritardo avrebbe inevitabilmente comportato una diminuzione del tempo della seduta). Al faticoso appuntamento, Kora si presenta addirittura in anticipo: bisogno di controllo ed espressione di una certa quota di aggressività (causata dalla rottura dell'illusione simbiotica). Kora vedrà la ragazza prima di lei uscire dallo studio e mi farà vivere la sua delusione e il suo senso di esclusione facendomi sentire contro-transferalmente in colpa. In tale frangente, inizio a mettere in atto l'interpretazione teatrale della CGI: la madre non può essere totalmente e perennemente presente per la figlia, c'è un'assenza sana, dovuta alla presenza del padre al quale la madre deve poter dedicare le sue attenzioni. L'esclusione necessaria della figlia dal rapporto tra la madre e il padre (il terzo separante) è ciò che consente di aprire la strada alla relazione. Da quel momento i ritardi cessano e, la settimana dopo, Kora mi informerà di arrivare sempre dieci minuti prima dell'orario fisso convenuto, «così se ogni tanto ti liberi prima io sono già qui». È proprio durante tale seduta che Kora racconta il suo primo sogno: «ero seduta a tavola con Fidel e tanta altra gente che non ricordo. Non riesco a respirare. Devo alzarmi e uscire, allontanarmi dal tavolo. Fidel mi segue e mi abbraccia. Mi calmo e respiro.»

Questo primo racconto di sogno segnala due eventi, di capitale importanza. Il primo è il gesto di fiducia e alleanza di Kora nei miei confronti: la ragazza, infatti, raccontandomi il sogno mi dà accesso al suo mondo interno, alla sua intimità, segnalandomi che una sua parte è pronta a lasciarsi accompagnare lungo questo cammino.

Un altro evento che questo sogno segnala è proprio la mancanza dell'aria, che possiamo leggere anche come bisogno e consapevolezza di frustrazione per poter attivare il pensiero. Secondo Bion non può esservi pensiero senza frustrazione: è solo davanti alla mancanza che il soggetto deve mettere in atto il suo apparato per pensare i pensieri e potervi, in tal modo, farvi fronte in maniera adeguata. Per esplicitare tale teorizzazione, l'esempio più classico è proprio quello dell'aria: finché l'ossigeno è presente, accessibile in modo stabile e regolare, nessun pensiero si attiverà rispetto ad esso. Nel momento in cui, invece, non si riesce a respirare a causa di una carenza di ossigeno, si riuscirà solo a pensare proprio a quest'ultimo.

Kora, con questo primo racconto di sogno, sembra dunque parlare alla terapeuta sia del bisogno di qualcuno che le dia respiro, sia di qualcuno che glielo tolga: in termini metaforici, quindi, poter trovare un alleato che la aiuti ad attivare il pensiero, per iniziare a non dover ricorrere sempre e solo alla scarica, agli agiti, alla scissione. E là dove vi è scissione, indispensabile è la presenza di due menti, che si diano respiro l'un l'altra, che creino aria nuova.

Altresì degno di nota è l'impossibilità di trovare un posto genitoriale nel sogno di Kora: in esso, infatti, sono presenti solo delle figure non identificate (che creano confusione e mancanza d'aria) e la figura di Fidel (che, in quanto compagno della ragazza, non può essere interpretato dalla terapeuta). Tale primo sogno sembra sottolineare come la mancanza d'aria possa equivalere all'assenza di una CGI stabile e costruita; e senza CGI non è possibile respirare-pensare.

Il rimando che si fa a Kora è, dunque, di tipo teleologico: vedere da questo punto in avanti come evolveranno i sogni e le sue rappresentazioni interne, come e quando il terapeuta-CGI comparirà e inizierà la sua costante costruzione e decostruzione.

Inizialmente, anche durante la seconda fase, il mondo interno di Kora continua ad essere sotto il giogo dell'esperienza traumatica vissuta: la ragazza afferma di non provare nulla rispetto al processo in corso, ai ricordi degli abusi, agli eventi rinarrati e riascoltati in sede processuale. Una volta emessa la sentenza, Kora mi informa di non essere assolutamente interessata alla questione, di non provare nulla al riguardo, di non volerne sapere più niente.

Tuttavia, riporta di essere molto stanca e affaticata, di dormire male e di avere degli episodi di pianto improvvisi e inconsolabili senza nessuna ragione. La scissione degli affetti, come difesa al ricordo traumatico, pare preponderante. Anche la tendenza all'evacuazione a scopo difensivo è predominante: si susseguono racconti di feste, abusi etilici, corse a perdifiato per non pensare. Il

funzionamento mentale è dominato dalla scarica: vissuti depressivi e di vuoto non possono essere avvicinati e pensati. Parallelamente, anche la sessualità continua ad essere agita compulsivamente, senza connotazioni affettive e di piacere, vissuta difensivamente come qualcosa di banale e superficiale. Kora racconta di «lasciarsi fare», di non essere in grado di limitare e limitarsi, di «fare le cose così a caso, penso solo dopo se volevo o no». Il desiderio non appare definito e costruito, risulta instabile e spesso al servizio di un bisogno masochistico di punizione. Kora si pone al servizio dell'altro, come oggetto del desiderio altrui, senza nemmeno pensare che la sfera sessuale e relazionale potrebbe e dovrebbe essere un piacere anche per lei (non c'è l'ottica dello scambio).

Kora non può tollerare e vivere il vuoto, condizione imprescindibile affinché si possa sentire e costruire un desiderio (Bion): non sa cosa vuole e non sa cosa le piace, sottostando passivamente ai bisogni dell'altro, lasciandosi definire da essi («mi sono obbligata a fare sesso con lui anche se mi faceva schifo») e potendo solo specchiarsi nel desiderio altrui.

Col passare del tempo e delle sedute, tuttavia, Kora inizia lentamente a muoversi dalla sua posizione ed emerge per la prima volta un sentimento che si rivelerà una fondamentale chiave d'accesso al suo mondo emotivo e all'inizio del cambiamento: lo schifo. Lo schifo diventa il vissuto che arriva a mettere ordine nel mondo psichico: segnala un approfondimento del pensiero, l'avvento di un segnale emotivo che possa far chiarezza su un abbozzo di desiderio (cosa piace e cosa no) e che possa permetterle di regolarsi.

Tutto inizia dopo un weekend particolarmente intenso e carico di agiti sessuali: dopo la narrazione degli eventi in seduta e la conseguente ri-narrazione terapeutica degli stessi, Kora si alza in piedi al termine del tempo dicendo «mi faccio schifo, è stato schifoso». Da questo momento, lo schifo entra come fatto scelto e regolatore del suo mondo interno, fino a permetterle di risignificare gli abusi (après-coup; Green) e di mettere ordine tra le emozioni, i pensieri e i comportamenti. Kora racconta di aver pianto una notte intera: inizialmente, come al solito, le lacrime sgorgano senza apparente motivo e totalmente sconnesse da qualsivoglia affetto; in seguito, mentre piange iniziano ad affiorare i ricordi: per la prima volta, le provocano una sensazione «di nausea e schifo», un disgusto profondo verso tutto quello che le è stato fatto e che ha passato. Il pianto si colora di tristezza, dolore e rabbia: la sofferenza compare anche in seduta, durante il racconto.

Gli abusi subiti, la passività e tutti gli agiti compulsivi iniziano a diventare qualcosa di egodistonico, delle esperienze che non le appartengono: Kora sta usando lo schifo come un organizzatore dell'esperienza, in un movimento maturativo, sta mettendo per la prima volta dei limiti.

La forza e l'importanza di tale passo è sottolineata dal racconto del secondo sogno: «*sono a casa di Fidel, ci sono anche sua mamma, suo papà e una tipa sconosciuta. Vado in camera con Fidel: prima siamo amici, ridiamo e scherziamo, poi però lo bacio e lui si ritrae. Torniamo amici, ridiamo e scherziamo, poi però è lui a baciare me*

e finisce che facciamo sesso. La tipa sconosciuta entra in camera e si fuma una canna con noi. Arriva la mamma di Fidel che mi insulta tantissimo e mi sgrida, mi odia proprio. Usciamo tutti di casa perché io devo tornare a casa mia, piove forte, andiamo tutti in stazione e ci diamo l'addio. È un addio vero.»

In tale sogno, infatti, compare la figura della madre: senza lasciarsi ingannare dalla logica onirica, che vorrebbe dipingere il ruolo materno come negativo, è fondamentale notare come tale figura genitoriale (oltre ad essere presente) entra in scena per mettere un limite, per interrompere un appagamento allucinatorio e non generativo. Tale racconto di sogno segnala l'inizio dell'interiorizzazione e di una possibile riparazione della CGI: ancora fragile e attaccata (è, infatti, monoparentale), ma tuttavia finalmente presente e limitante. La madre del sogno interviene come antagonista dell'assetto autoerotico, contraria e ostile all'accoppiamento masturbatorio con il Fidel onirico: questo è positivo proprio perché l'assetto autoerotico può interferire con le relazioni reali e con la ricerca dell'appagamento relazionale. In questo sogno si può notare un abbozzo di limite contro l'autoerotismo e, contemporaneamente, nella vita reale inizia ad emergere un'emozione congruente (lo schifo per l'assetto autoerotico nella realtà, per una sessualità agita senza la ricerca di un vero rapporto oggettuale di scambio).

La presenza di un'iniziale interiorizzazione della figura della terapeuta-CGI (assieme allo schifo come segnale emotivo), inizia a chiarire e limitare anche gli aspetti più affettivo-relazionali: le relazioni di Kora, basate sulla non-reciprocità e sulla confusione tra l'assetto erotico e genitoriale, iniziano a diventare egodistoniche e poste sotto l'egida del dispiacere. In tal senso, l'addio alla casa di Fidel e il ritorno verso la propria casa, dopo il limite posto dalla madre di sogno, può essere visto come un movimento maturativo importante, che sottolinea a livello onirico quanto sta avvenendo a livello reale. Fidel, nel racconto, è il rappresentante dell'ordine perverso, ovvero di un ordine senza differenze di genere e di generazione, quindi senza nessun tipo di limite. Fidel è il simbolo dell'Io-dio, dell'autogenerazione, del narcisismo assoluto: la madre interna che la maltratta è la parte di Kora che sta iniziando a provare lo schifo, che interviene con il limite, che mette le regole e che sostiene il rapporto con la realtà.

I passi avanti di Kora, tra progressioni e regressioni, continuano; così come il suo dilemma tra l'assetto narcisistico auto-erotico e il rapporto genitale con la realtà.

A fare da sfondo, la relazione con Fidel: i due continuano ad attraversare momenti di rabbia e liti furiose, alternati a riappacificazioni. Finalmente, Kora può permettersi di sentire e provare sentimenti negativi nei confronti di Fidel: dice di odiarlo e di volerlo picchiare per averla tradita. Dopo la rabbia emerge, poi, la tristezza: Kora descrive lunghi pianti e una profonda malinconia, che vengono connotati positivamente, in quanto soffrire il dolore equivale a poterlo, infine, pensare. In tale ambito, si può notare come si delinei una maggior internalizzazione della posizione depressiva kleiniana, posizione che

permette di vivere l'oggetto non più come totalmente buono o cattivo, bensì come oggetto ambivalente, sia buono che cattivo. Accanto allo schifo arriva, così, il dolore come segnale e sentimento protettivo: entrambe le sensazioni, se vissute e anticipate, permettono di evitare le situazioni che le provocano.

La sessualità di Kora inizia, a poco a poco, a diventare qualcosa di diverso, non più banale e di poco conto: per la prima volta, Kora riesce a provare piacere durante un rapporto sessuale e sente che tale dimensione vissuta ed esperita con Fidel è qualcosa di molto positivo e speciale; «prima il sesso era solo un modo per non pensare ai problemi».

La diminuzione degli agiti è sempre più evidente, ora Kora appare sempre più in grado di anteporre un pensiero all'azione. La ragazza trova un aiuto nella mia presenza concreta: Kora inizia a mandarmi messaggi o a chiedermi delle telefonate nei momenti di urgenza o sconforto. Anzi-ché passare all'atto, all'abuso etilico, alle derive sessuali, mi cerca e io mi faccio trovare. Tali scambi telefonici le permettono di arginare nell'immediato l'angoscia, di far fronte alla necessità di evacuazione immediata e di poter attendere la seduta immediatamente successiva senza comportamenti autolesivi. Alla base di tale decisione terapeutica, vi è la volontà di far continuare Kora sulla strada del processo di interiorizzazione di un'immagine materna diversa: accudente e protettiva, presente e concretamente di sostegno in quanto oggetto esterno. Trovare la terapeuta e poterle parlare, le permette di sperimentare un rappresentante materno presente, che pensa a lei e per lei. Allo stesso modo, farle trovare sempre il cavo per caricare il suo cellulare e sostituire tale strumento una volta rotto; consigliarle un ginecologo e spiegarle l'utilizzo della pillola anticoncezionale; chiamare il suo avvocato per informarmi; sono tutti atti parlanti. Quello che promuovono è un'identificazione alla mia parte materna accudente, in modo tale che lei possa, a poco a poco, interiorizzare tale figura materna protettiva e sufficientemente buona; cioè una figura materna non idealizzata e imperfetta, che assuma su di sé le caratteristiche dell'oggetto totale (che presenta sia parti buone che parti cattive). Tale figura materna ambivalente, sia buona che cattiva, potrà essere interiorizzata grazie anche alla ritrovata possibilità di Kora di accedere alla posizione depressiva, come descritto pocanzi. Infatti, inizia ad emergere una profonda rabbia nei confronti della madre reale, mai espressa e sentita prima.

Kora durante le sedute inizia a verbalizzare e a vivere un profondo astio nei confronti delle figure genitoriali (in particolare, quella materna): «la odio perché è tutta colpa sua quello che è successo», riferendosi sia agli abusi del marito, che a un episodio precedente quando aveva otto anni. Kora riferisce di faticare a parlare con la madre, di provare un enorme fastidio nei suoi confronti e di aver capito come non sia mai stata protettiva e accudente. Ciò è possibile perché Kora sta costruendo una rappresentazione interna di una figura materna diversa, da poter confrontare con la madre esterna. La ragazza sta costruendo un oggetto interno accudente che può confrontare con quello esterno, verso il quale prova odio perché sente che non

corrisponde al modello che, lentamente, sta creando nel suo mondo interno. Inoltre, tale identificazione all'oggetto protettivo e accudente, le permette di iniziare a sentire che anche lei ha diritto ad essere amata in modo ordinato e consistente. Di estrema importanza sarà, quindi, riuscire a non proporre l'immagine di una figura materna perfetta, che uscirà sempre vincitrice rispetto al confronto con la madre esterna reale (e, proprio in quanto tale, imperfetta e deludente), rendendo quest'ultima un oggetto totalmente svalutato. Solo in questo modo Kora potrà appoggiarsi a una figura genitoriale completa e totale, sia buona che cattiva, da poter amare e odiare senza troppo timore delle ripercussioni; senza cadere preda dell'idealizzazione da una parte e dalla svalutazione dall'altra.

Anche il sogno raccontato porta con sé gli indizi di tale costruzione interna: «*sono in casa con mia mamma e sto partorendo il figlio di Gianni (anche se il mio moroso è Fidel). Non soffro perché mi hanno fatto la puntura, mia mamma è di fianco a me e partorisco serenamente. Non appena il bambino nasce me ne innamoro: è bellissimo, mi connetto subito con lui, sono felicissima. Quando mi sveglio mi invade la disperazione, perché capisco che quel meraviglioso bambino non esiste, non l'ho avuto davvero.*»

Il neonato può rappresentare una nuova parte della sognatrice: una parte neonata che viene portata, attraverso il racconto, alla terapeuta che in quanto rappresentante della CGI è chiamata a prendersi cura, ad accudire, il nuovo bambino-desiderio di Kora. Il bambino che nasce nel sogno potrebbe, dunque, rappresentare una sua parte nuova che deve crescere ed essere accudita: nel sogno, inoltre, emerge una figura materna amorevole e supportiva, che sembra rappresentare una parte sua che ne accudisce un'altra (un abbozzo di costruzione e interiorizzazione della CGI, in quanto parte interna deputata anche a tale funzione). Parallelamente, tale movimento interno trova il suo corrispettivo all'esterno: Kora, infatti, problematizza il suo desiderio di voler cambiare allenatori. La coppia attuale, infatti, non la segue come dovrebbe e Kora sente che potrebbe trarre maggior beneficio e sostegno da allenatori maggiormente in grado di sostenerla e spronarla. Vorrebbe qualcuno che si occupi e preoccupi di lei a livello sportivo, riuscendo anche (dopo averci pensato a lungo in terapia) a parlarne con i diretti interessati, mostrando così di aver davvero iniziato a cercare di auto-proteggersi in maniera attiva.

Infine, da evidenziare l'enorme delusione riportata al risveglio: Kora comunica di aver provato un tale amore per il neonato sognato, che non averlo trovato tra le sue braccia nella realtà l'aveva distrutta. Per un giorno intero riesce solo a pensare a quanto vorrebbe un figlio, guarda foto di bambini, ripensa continuamente alle emozioni provate in sogno. Il dilemma sottostante è quello tra il desiderio di vivere nel suo mondo interno, in una modalità narcisistica (totalmente appagante, in quanto illusoria e priva di limiti) e iniziare ad operare nella realtà, con le delusioni che giocoforza questo comporta. Ora che l'apparato per pensare i pensieri sembra essersi sbloccato, la tematica basilare appare quella dell'equilibrio tra la tendenza narcisistica ad auto-appagarsi e ad arrangiarsi

da sé e l'incontro con la realtà e l'Altro, fonti probabili di delusioni (non ci sono, infatti, oggetti ideali nella realtà). Una prima nota tendenzialmente positiva è il fatto che l'ossessione di avere un figlio svanisce dopo poche ore: Kora riesce a capire da sola che desiderio e realtà sono due cose diverse, senza passare all'atto.

Dopo tre anni di psicoterapia e mille pensieri spesi da parte mia sul nostro percorso, giunge il momento di ascoltare anche le opinioni di Kora stessa. Alla ragazza viene chiesto, durante una seduta, di fare il punto della situazione: cosa ha significato per lei la terapia, quali sono i suoi ricordi rispetto ad essa, i momenti salienti e le sue aspettative future.

Per Kora, la svolta più importante è stata capire che stava vivendo nella passività: «mi hai fatto svegliare, anche con i ragazzi, con tutto». Al momento del nostro incontro, Kora non sentiva niente, non aveva emozioni e non dava ascolto al suo mondo interno: «non riesco a pensare a niente; facevo più finta, in tutti i sensi e in tutto». Ora sa di avere un mondo emotivo, lo ascolta e lo sente e cerca di vivere il più in sintonia possibile con esso, in modo tale da sentirsi anche più autentica.

È soddisfatta di quanto ottenuto ad oggi, ma sente e sa di avere ancora bisogno del processo terapeutico: afferma che i suoi obiettivi sono quelli di riuscire a stare ancora meglio e di poter raggiungere una certa stabilità.

La frase che segnala l'interiorizzazione della terapeuta-CGI arriva alla fine dell'incontro: «ho capito che fare psicoterapia non è avere delle risposte, ma approfondire delle domande».

Tale affermazione, infatti, esplicita il mio pensiero e i miei obiettivi terapeutici, senza che io li abbia mai verbalizzati apertamente: pensare fino in fondo i pensieri, andare sempre più in profondità, significa continuare a porsi domande per cercare sempre nuove risposte². In tal senso, Kora sembra affermare di aver compreso che il significato della terapia è quello di diventare generativi: generare nuovi contenuti, pensieri, collegamenti, in continua oscillazione tra il caos e l'ordine.

Kora sembra aver potuto identificarsi alla mia figura e, in seguito, interiorizzarla in quanto rappresentate della CGI: una coppia riparata e predisposta a sostenerla nel pensiero generativo.

2 «La réponse est le malheur de la question» (Blanchot, 1969).

Bibliografia

- Blanchot, M. (1969). *L'entretien infini*. Parigi: Gallimard.
- Green, A. (1991 [1974]). *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Milano: R. Cortina.
- Marcoli, F. (1997). *Il Pensiero Affettivo*. Como: RED.
- Marcoli, F. (2005). *Brutto è il bello, bello è il brutto*. Lugano: Edizioni IRG.
- Marcoli, F. & Branca, S. (2014). *Tre storie: pregenitalità e cultura*. Bergamo: Sestante Edizioni.
- Viederman, S. (1982). *La construction de l'espace analytique*. Parigi: Gallimard.

L'autrice

Elisa Tommasin è psicologa e psicoterapeuta. Laureata in Psicologia Clinico Dinamica presso l'Università degli Studi di Padova, ha svolto la specializzazione in psicoterapia psicodinamica presso l'Istituto Ricerche di Gruppo di Lugano. Dopo svariati anni di lavoro all'interno dei servizi cantonali per i minorenni (ambulatoriali e semi-residenziali), attualmente svolge la professione nello studio Clinica Psiche di Lugano, occupandosi di tutte le fasce d'età. Attualmente collabora con il gruppo di direzione dell'Istituto Ricerche di Gruppo in qualità di rappresentate degli studenti ed ex studenti.

Contatto

E-Mail: elisatommasin@hotmail.it

Je t'aimerai éternellement même si je ne t'ai jamais aimé

Elisa Tommasin

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 49–50

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-49>

Mots clés : psychologie générative, couple parental interne, interprétation des rêves, psychothérapie pour adolescents, abus sexuels et psychothérapie dynamique

La théorie du couple parental interne (CPI) est un des fondements du modèle psycho-génératif (Marcoli, 1997, 2005 ; Marcoli & Branca, 2014) qui propose les coordonnées interprétatives pour la psychothérapie avec Kora, présentée ici. L'objectif fondamental est de réparer le CPI de la fille, en lui offrant la possibilité de le déconstruire et de le reconstruire en continu : cela se réalise grâce à l'identification avec le thérapeute, en tant que représentant du CPI.

Le CPI est une fonction de l'esprit qui s'occupe de l'esprit lui-même ; c'est cette partie intériorisée de la personne qui prend soin de la personne elle-même, protégeant, limitant et orientant le désir dans un sens maturatif. Le psychothérapeute doit s'attacher à représenter un CPI bienveillant et accueillant, mais également limitatif et normatif : un couple parental qui exclut l'enfant de son lien érotique non pas avec une connotation sadique et punitive, mais pour lui permettre de générer et d'éprouver lui-même du plaisir, en poursuivant et concrétisant ses désirs dans le réel. Un CPI suffisamment sain offre la capacité d'accepter et d'élaborer une limite et également de construire un bon rapport à la réalité et à l'objectivité. Cette relation est fondamentale, car, pour être réelle, la satisfaction du désir doit se situer dans le réel, dans le monde où l'on agit avec puissance, et non dans le monde du rêve, caractérisé par une toute-puissance illusoire. Ce travail peut se faire en mettant l'accent mis sur le transfert : ceci est fondamental car parler et élaborer la relation avec le thérapeute CPI permet de restaurer les relations internes entre vos propres parties. Le thérapeute (la relation) est l'outil permettant de modifier et de restaurer la dynamique intrapsychique du patient et ses relations en tant qu'objet.

Cette méthodologie peut être mise en œuvre dans une perspective constructiviste : le sens de tout événement psychique, et principalement du rêve, n'est jamais révélé et découvert une fois pour toutes, mais toujours construit et reconstruit. Les récits du patient, qu'il s'agisse de rêve et de réalité, doivent toujours être lus à la lumière du transfert, car le thérapeute représente une partie du patient lui-même. Et le rêve est l'un des outils utilisés par le thérapeute psychogénératif pour aider le patient à avoir la capacité de détruire et de réparer continuellement son

CPI. Cet objectif est poursuivi à partir de postulats clairs et motivés, qui agissent comme des coordonnées qui régissent les multiples (mais pas infinies) constructions interprétatives du rêve. Le thérapeute se place d'emblée et concrètement en représentant du CPI, tandis que le patient tient le rôle de l'enfant : le thérapeute ne peut interpréter des rôles qui le contraindraient à se placer dans la position de fils, de partenaire et de frère ou dans celle du rêveur lui-même. Les figures parentales présentes dans le rêve au contenu manifeste peuvent être nombreuses et variées, mais elles peuvent également être absentes ou représentées de manière partielle et déformée.

Kora, âgée de 15 ans est le troisième enfant d'une mère absente, austère, peu affective et d'un père distant, peu fiable porté sur la boisson. La psychothérapie débute suite au signalement d'abus sexuels subis du fait de l'époux actuel de la mère. Au cours notamment des premiers mois de prise en charge, Kora montre un détachement émotionnel important, l'intrusion de pensées liées à la maltraitance, des moments de dissociation et de détachement de la réalité contingente, une mémoire parfois fragile et un attachement pour le moins ambivalent. Sur le plan structurel, Kora présente un fonctionnement mental dominé par les décharges : la douleur et la souffrance sont principalement évacuées à travers le corps et le comportement. L'accès à la mentalisation et à la pensée transformatrice est difficile ; les mécanismes de défense sont archaïques ; l'ambivalence quant au lien à l'objet est forte (elle tend à dévaloriser l'objet auquel elle s'attache lorsqu'elle se sent envahie, alors qu'elle sollicite en tous points une nouvelle proximité dès qu'elle craint l'abandon ou l'éloignement). Kora semble rechercher une relation de non-réciprocité, motivée par la logique du désespoir (Green). Le besoin qui anime Kora semble être celui de la douleur : elle est à la recherche de mauvais objets qui la punissent, dans une spirale descendante continue de démerite et de dévalorisation. Le fonctionnement mental est donc dominé par une structure post-traumatique dissociative, avec de nombreuses particularités typiques du fonctionnement borderline. Dans ce contexte, les objectifs thérapeutiques servant de guide sont de pouvoir réactiver la capacité de générer et d'envisager profondément des pensées (Bion) en réparant le CPI et en affinant la capacité de Kora à le

détruire et le reconstruire en permanence. Cette évolution thérapeutique peut être pressentie et interprétée à travers l'analyse du récit de trois rêves qui semblent signaler trois épisodes de changement à l'intérieur du monde relationnel et psychique de Kora : « *J'étais assise à table avec Fidel et beaucoup d'autres personnes dont je ne me souviens pas. Je ne parvenais pas à respirer. Je devais me lever, partir, sortir de table. Fidel me suit et me serre dans ses bras. Je me calme et je respire* ». Dans ce premier rêve il n'y a pas de place parentale ménagée pour le thérapeute et le manque d'air (entendu comme le besoin de frustration pour activer la réflexion) peut être assimilé à l'absence d'un CPI stable et construit, qui empêche de respirer et de penser. Après des mois de thérapie, un deuxième récit de rêve apparaît : « *Je suis chez Fidel, il y a aussi sa maman, son papa et une inconnue. Je vais dans la chambre avec Fidel : [...] nous rions et plaisantons, mais ensuite il m'embrasse et nous finissons par faire l'amour. La femme inconnue rentre dans la chambre et fume un joint avec nous. Puis la mère de Fidel arrive, elle m'insulte et m'abreuve d'injures. Elle me déteste vraiment* ». La figure de la mère apparaît et entre en scène pour fixer une limite, interrompre une satisfaction hallucinatoire et non générative. Le récit de ce rêve signale le début d'une intériorisation et d'une possible réparation du CPI : encore fragile et attaché (monoparentalité), mais enfin présent et limitant. Le troisième rêve révèle une autre avancée : « *Je suis à la maison avec ma mère et je donne naissance au fils de Gianni. Je ne souffre pas car ils m'ont fait une péridurale, ma mère est à mes côtés et j'accouche paisiblement. Dès que le bébé est né, l'amour me saisit : il est*

beau, je me connecte immédiatement avec lui, je suis très heureuse. » Le nouveau-né peut représenter une nouvelle facette de la rêveuse, un enfant de désir qui doit grandir et être soigné : en outre, dans le rêve, une figure maternelle aimante et solidaire émerge, qui semble représenter une partie d'elle-même qui prend soin d'une autre (esquisse de construction et d'intériorisation du CPI en tant que partie interne également déléguée à cette fonction). La psychothérapie se poursuit encore aujourd'hui et Kora semble avoir pu s'identifier à sa personne et intérioriser en tant que représentante du CPI : un couple réparé et disposé à la soutenir dans la pensée générative du nouveau-né, c'est-à-dire une pensée en mesure d'approfondir et de générer processus et contenus, représentations et émotions.

L'auteur

Elisa Tommasin est psychologue et psychothérapeute. Diplômée en Psychologie Clinique Dynamique de l'Université de Padoue, elle a complété sa spécialisation en psychothérapie psychodynamique à l'Institut de Recherche du Groupe de Lugano. Après avoir passé plusieurs années dans les services cantonaux pour mineurs (ambulatoires et semi-résidentiels), elle travaille actuellement dans le cabinet de psychologie de Lugano et s'adresse à tous les groupes d'âge. Elle collabore actuellement avec le groupe de direction de l'Institut de recherche du Groupe en tant que représentante des étudiants et anciens étudiants.

Contact

E-Mail : elisatommasin@hotmail.it

Prozess- und Outcome-Evaluation mithilfe des Synergetischen Navigationssystems (SNS)

Günter Schiepek

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 51–61

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-51>

Zusammenfassung: Die Evaluation der psychotherapeutischen Routinepraxis ist nicht nur sinnvoll, weil sich die Effekte der Therapie aus den Bedingungen und Prozessen jedes Einzelfalls heraus ergeben, sondern hat sich auch substantiell geändert. Die Möglichkeiten der Digitalisierung haben über Internet- und App-basierte Technologien die Erfassung von Outcome und Prozessen einfach gemacht und geben bei entsprechend hochfrequenten Abstraten auch Einblick in den aktuellen Verlauf. Damit leistet Evaluation einen Beitrag zur aktiven Gestaltung von Psychotherapien, über Prozessfeedback und -reflexion mit Einbezug der Patient*innen auf Augenhöhe. Für diese Möglichkeiten der Prozess- und Outcome-Evaluation wurde das Synergetische Navigationssystem (SNS) entwickelt, das Datenerfassung, -speicherung und -analyse kombiniert. Patient*innen können über eine App quantitative Einschätzungen (z. B. Skalierungen) und elektronische Tagebucheinträge vornehmen, die auf einem Bildschirm im Form von Zeitreihen und Textfeldern dargestellt werden. Verschiedene Methoden geben Einblick in die nichtlinearen Eigenschaften therapeutischer Prozesse (z. B. kritische Instabilitäten) und in die stattfindenden Musterwechsel. Das SNS erfüllt damit Funktionen der Therapiereevaluation, der Prozessreflexion und -steuerung sowie der Praxisforschung. Neben den verfügbaren standardisierten können auch personalisierte Fragebogen erstellt werden, deren Items sich aus einer von Therapeut*in und Patient*in gemeinsam durchgeführten Fallkonzeption (z. B. der idiografischen Systemmodellierung) ergeben.

Schlüsselwörter: Evaluation, Prozessreflexion, Therapiesteuerung, Digitalisierung, nichtlineare Dynamik, Selbstorganisation, Personalisierung, Synergetisches Navigationssystem (SNS)

Herausforderung: Evaluation in der Routinepraxis

Bis heute findet Evaluation in der psychotherapeutischen Praxis kaum statt. Zum einen ist es in einem strikten Sinn bislang nicht gefordert, die Wirksamkeit der eigenen Therapien zu systematisch zu belegen, zum anderen wird diese Arbeit gewissermassen durch «Outsourcing» erledigt, also durch Studien (z. B. Randomized Controlled Trials, RCTs), die bestimmte Behandlungsverfahren meist in universitären Kontexten als wirksam belegen sollen. Nimmt man allerdings die Befundlage zu den relevanten Faktoren und Prozessen in der Psychotherapie ernst (z. B. Wampold et al., 2018), so sind es eben die Faktoren und Bedingungen des jeweiligen Einzelfalls, die in ihrer Wechselwirkung den konkreten Verlauf und die konkreten Therapieeffekte («Outcome») hervorbringen (Schiepek et al., 2017; Wampold et al., 2017). Es geht dabei u. a. um Patienten- und Therapeutenmerkmale, die therapeutische Beziehung, Settingbedingungen, die Lebenswelt der Patient*innen, Verfahren und Interventionen. Deren nichtlineare Wechselwirkung erzeugt den Prozess einer Therapie, was in Konsequenz bedeutet, dass Verlauf und Ergebnis jeder einzelnen Therapie zu erfassen ist. Dies gilt auch für manualisiert durchgeführte Therapien, erst recht für solche, die – wie in der Praxis üblich – ihr Vorgehen an Patient*innen und am Prozess orientieren.

Wampold et al. (2017, S. 24) drücken das wie folgt aus: «Any treatment [...] only becomes real when it unfolds during the course of time» und «all psychotherapies, even the most constrained and manualized treatments, unfold differently in each instance, due to characteristics of the therapist and the client».

Digitalisierte Prozessevaluation: Möglichkeiten und Implikationen

Die Erfassung von Prozess und Outcome in der Routinepraxis ist ohne grossen Aufwand möglich geworden, seit digitalisierte, d. h. Internet- und App-basierte Verfahren zur Verfügung stehen, mit denen engmaschig und auf der Höhe des Geschehens Daten erfasst und ausgewertet werden können. Die Möglichkeiten der Therapieevaluation gehen damit weit über Prä-Post-Messungen (gegebenenfalls noch Katamnesen) mit bestimmten Standardfragebogen hinaus (z. B. zur Symptombelastung, zu interpersonellen Problemen oder zur Lebensqualität). Die Zeitpunkte, zu denen Patient*innen Daten (z. B. Selbsteinschätzungen) eingeben, sind beliebig dicht wählbar, wobei sich v. a. tägliche Eingaben als sinnvoll, nützlich und machbar herausgestellt haben (Kratzer et al., 2018; Michaelis et al., 2021; Schiepek et al., 2016a, b). Damit hat sich ein Sprung vollzogen von einer reinen Outcome-

Evaluation zu einem Prozessmonitoring, das nicht nur zur Beurteilung, sondern vor allem auch zu Zwecken des Prozessfeedbacks und der Prozesssteuerung genutzt werden kann. Es handelt sich um einen qualitativen Sprung mit mehreren Implikationen:

Die Datenerfassung (meist als Selbsteinschätzungen des eigenen Befindens, Verhaltens und therapeutischen Fortschritts) erfolgt zeitnah, z. B. am Ende eines Tages mit Rückblick und Reflexion des eben abgelaufenen Tages. Damit vermeidet man Gedächtnisverzerrungen («memory biases»), die unvermeidlich sind, wenn man, wie bei Prä-Post-Erfassungen, längere Zeiträume (z. B. von einigen Wochen) beurteilen soll (Ebner-Priemer & Trull, 2009; Shiffman et al., 2008). Ein vielen Praktiker*innen bekannter Bias besteht darin, dass die aktuelle emotionale Befindlichkeit solche Rückblicke deutlich einfärbt («state-dependent memory» oder «mood congruent memory bias»; Eich et al., 1994; Ucros, 1989). Im Falle täglicher Einschätzungen ist die tagesaktuelle Emotionalität eine relevante Information, im Falle von Punktmessungen mit Bezug auf längere Zeiträume eine systematische Verzerrung.

Für hochfrequente Messungen liegt ein spezieller Fragebogen vor, der nicht nur die Problem- und Symptombelastung erfasst, sondern unterschiedliche prozessrelevante Faktoren und Mediatoren (Therapie-Prozessbogen, TPB; Schiepek et al., 2019a; Schiepek et al., i. D.). Der TPB enthält folgende Faktoren: «Wohlbefinden und positive Emotionen» (WPE), «Emotionale und Problembelastung» (EPB), «Verständnis/Zuversicht/therapeutische Fortschritte» (VZF), «Veränderungsmotivation» (MOT), «Achtsamkeit/Körpererleben/Bedürfnisse» (AKB) sowie für die (teil-)stationäre Psychotherapie noch «Therapeutische Beziehung und klinisches Setting» (TBS) und «Beziehung zu den Mitpatienten» (MIT). Der TPB umfasst für die ambulante Therapie 33 Items (Kurzfassung: 24 Items), für die (teil-)stationäre Therapie 43. Neben den quantitativen Einschätzungen, die in Form von Zeitreihen visualisierbar sind, können auch elektronische Tagebücher geschrieben werden, womit quantitative und qualitative Daten kombiniert werden.

Es gibt klinische Phänomene, die sich in Ein-Punkt- oder Prä-Post-Messungen nicht abbilden, da sie sich nicht im Level oder Niveau einer bestimmten Variable (z. B. einer Emotion oder eines kognitiven Zustands) manifestieren. Stattdessen manifestieren sie sich in der Dynamik, also im Prozessmuster der Variablen (Kashdan & Rottenberg, 2010; Schiepek, 2020). Hierzu gehören bipolare Störungen, emotionale Instabilität (z. B. bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen), reduzierte Flexibilität kognitiver oder emotionaler Prozesse, rezidivierende Depressionen, das «Switchen» zwischen dissoziierten Ego-States u. a. Es handelt sich um *dynamic diseases* («dynamische Krankheiten»; an der Heiden, 1992; Rensing et al., 1987), die gerade in der Psychopathologie häufig und vielfältig auftreten. Die Evaluation von Veränderung erfordert hier eine Erfassung dynamischer Muster, was mit engmaschigem Prozessmonitoring möglich ist.

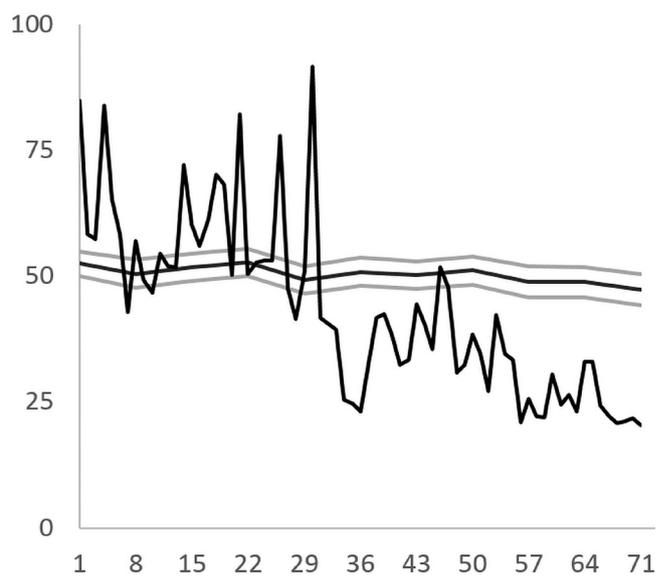


Abb. 1: Verlauf des Faktors «Emotionale und Problemintensität» (EPB) eines Patienten. x-Achse: Ausprägung des Faktors von 0 bis 100, wobei beteiligte Items entsprechend umgepolt und gemittelt wurden. y-Achse: Messzeitpunkte in Tagen. Linie mit grauem Konfidenzband (5 % Konfidenzintervall): Standardtrack, resultierend aus der Mittelung von 150 Patient*innen (unterschiedliche Diagnosen, s. Schiepek et al., 2020) unter Berücksichtigung jeder 7. Messung, was einer Messung pro Woche entspricht (korrespondierend zu einer wöchentlichen Sitzungsfrequenz). Man erkennt, dass die Komplexität des Standardtracks im Vergleich zum realen Verlauf drastisch reduziert ist (Abb. aus ebd.).

Verfolgt man hochfrequent (z. B. täglich) erfasste Verlaufsmuster (sogenannte «Trajektorien»), so ist erkennbar, dass diese sehr komplex sind. Sie folgen keinem einheitlichen Trend, keinem «standard track», wie er etwa aus der Mittelung der Therapieverläufe von Patient*innen bestimmter Diagnosegruppen künstlich, also auf statistischem Weg zustande kommt (Finch et al., 2001). Vor allem sprunghafte qualitative Veränderungen einer Dynamik (sogenannte «Ordnungs»- oder «Phasenübergänge») weisen im Vorfeld kritische Schwankungen auf, die jenseits der Konfidenzintervalle statistisch erzeugter «standard tracks» liegen (Schiepek et al., 2020) (Abb. 1). Hochfrequente und mit gleichen zeitlichen (z. B. täglichen) Abständen erfasste Dynamiken weisen eine Komplexität auf, die nicht nur in gemittelten Verläufen, sondern auch bei selteneren Messungen (geringeren Messabständen) schnell verloren geht oder gar nicht erst erkennbar ist. In Abhängigkeit von einzelnen Messzeitpunkten entstehen nicht nur unterschiedliche Eindrücke des Verlaufs, sondern es werden die Dynamiken scheinbar auch immer linearer (Abb. 1 & 2).

Die Prozessmuster einzelner Patient*innen sind erkennbar unterschiedlich, was einerseits die unterschiedlichen Erfahrungen widerspiegelt, die Patient*innen in ihren jeweiligen Therapien und Lebenswelten machen. Zugleich

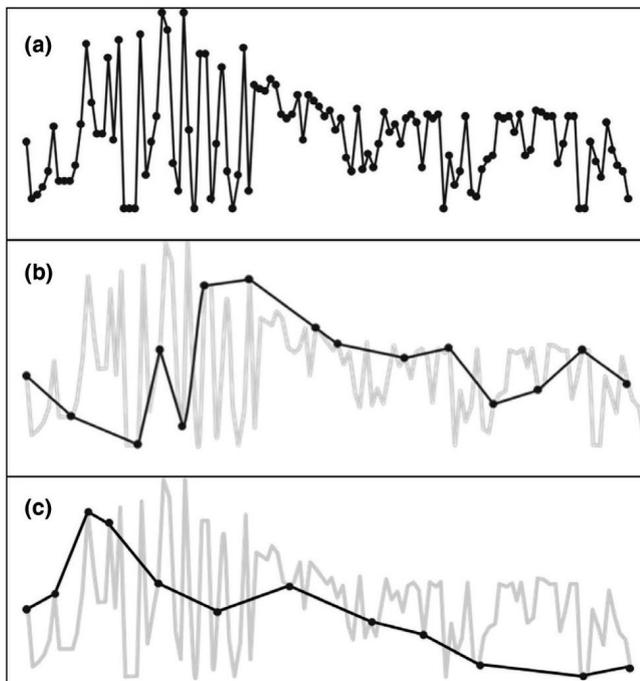


Abb. 2: Die Abtastfrequenz hat Folgen für die Abbildung dynamischer Muster. (a) Zeitreihe des «Selbstwertgefühls» einer Patientin mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung, tägliche Selbsteinschätzungen auf einer visuellen Analogskala. Im ersten Drittel ist eine hoch volatile und komplexe Dynamik erkennbar, die sich danach deutlich reduziert. (b) & (c) Es werden nur Messpunkte im Abstand von etwa einer Woche berücksichtigt mit einer Variabilität von \pm einigen Tagen um die Abtastfrequenz von 7 Tagen. Die Messwerte bleiben unverändert, aber der Gesamteindruck des Prozessmusters ändert sich grundlegend.

manifestiert sich darin der sogenannte «Schmetterlingseffekt», also die sensible Abhängigkeit nichtlinearer Systeme von ihren Startbedingungen, aber auch von minimalem Input oder Parameteränderungen. Wählt man aus vielen Verlaufsdaten (Zeitreihen) solche aus, die sehr ähnlich starten, erkennt man, dass sie sich nach kurzer Zeit völlig unterschiedlich entwickeln (Abb. 3). Damit sind sie, auch wenn man die Startbedingungen kennt, mittel- und langfristig nicht vorhersehbar. Terminologisch nennt man das «Chaos», mit Bezug auf die mathematische Chaostheorie auch «deterministisches Chaos», weil derartig komplexe und nicht vorhersehbare Dynamiken keine zufälligen oder stochastischen Prozesse sind, sondern bereits von völlig deterministischen Systemen (z. B. von gekoppelten nichtlinearen Gleichungen) erzeugt werden können. *Komplexität, Individualität und begrenzte Vorhersehbarkeit* sind somit Merkmale psychotherapeutischer Prozesse, in deren Anerkennung sich die Theorien nichtlinearer komplexer Systeme (Chaostheorie, Synergetik) einerseits und humanistische Positionen andererseits die Hand reichen (Haken & Schiepek, 2010; Kriz, 2017; Strunk & Schiepek, 2006). Neue Methoden der Therapieevaluation sollten sich hierfür offen zeigen.

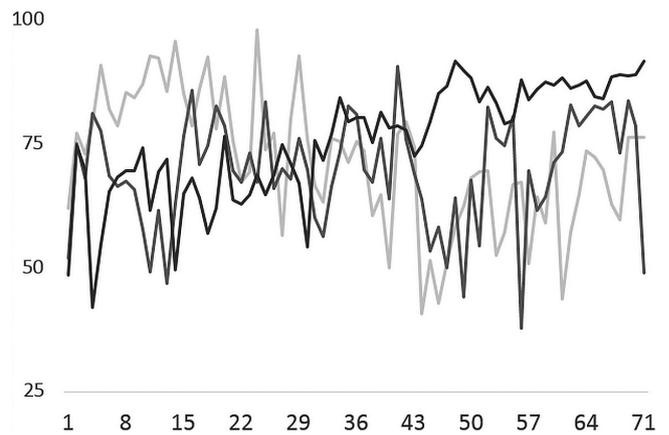


Abb. 3: «Schmetterlingseffekt». Sensitive Abhängigkeit des Therapieverlaufs dreier verschiedener Patient*innen von minimalen Unterschieden in den ersten Messungen (Anfangsbedingungen). Dargestellt ist der Faktor «Emotionale und Problemintensität» des TPB. x-Achse: Ausprägung des Faktors auf einer Skala von 0 bis 100; y-Achse: Zeit (71 Messzeitpunkte in Tagen)

Bio-psycho-soziale Prozesse, wie sie in Psychotherapien ablaufen, sind – wie bereits betont – ein Produkt nichtlinearer Systeme. Dies bedeutet, dass die Wechselwirkungen zwischen den relevanten Faktoren oder Variablen nichtlinearen Funktionen folgen (Schiepek et al., 2017; Schöller et al., 2018). Neben chaotischen Dynamiken, also Prozessen, die hochkomplex und nur begrenzt vorhersehbar sind, aber dennoch einer inneren Ordnung folgen, sind es vor allem Phänomene der *Selbstorganisation*, die daraus resultieren (Haken & Schiepek, 2010). Dies bedeutet, dass in Lern- und Entwicklungsprozessen spontan neue Muster entstehen. Problemmuster können sich auflösen und sprunghaft in neue, geänderte Muster übergehen, wobei in Therapien oft mehrere solcher Übergänge infolge stattfinden. Therapie wäre demnach als eine Kaskade von Ordnungsübergängen (Musterwechsel) verstehbar. Vor solchen Musterwechseln treten häufig Vorboten (Frühwarnindikatoren) auf, z. B. kritische Instabilitäten, die die Destabilisierung bestehender dynamischer Muster ankündigen (ebd.; Olthof et al., 2019a, b; Schiepek et al., 2014), oder eine intensivierte Synchronisation zwischen Subsystemen oder Elementen, z. B. den Items eines Prozessfragebogens (Haken & Schiepek, 2010). Hochfrequente Prozessevaluation eröffnet Einblicke in die Selbstorganisation von Psychotherapie.

Hochfrequentes Prozessmonitoring liefert die Datenbasis und die Analyseergebnisse für eine detaillierte und aktuelle Reflexion des Therapieverlaufs (Abb. 4). Therapeut*in und Patient*in können die Entwicklungen nachvollziehen und besprechen, auch um neue Einsichten in das Geschehen zu gewinnen und um gemeinsame Entscheidungen über das weitere Vorgehen zu treffen (*continuous cooperative process management*). Vor allem Phasen kritischer Instabilität bieten die Möglichkeit, die Entwicklung in unterschiedliche Richtungen zu bewegen



Abb. 4: SNS-basierte Therapiesitzung mit Bezug auf den visualisierten Therapieerläuf

und wirksam zu intervenieren. Patient*innen lernen ihren eigenen Prozess zu «steuern» im Sinne von «gestalten» und entwickeln damit ein Gefühl von Selbstwirksamkeit und -verantwortung. Auch die therapeutische Beziehung wird damit gefördert, da Patient*innen innerhalb und ausserhalb der Therapiesitzungen ein besonderes Interesse der Therapeut*innen an ihrer Entwicklung erleben (Moltu et al., 2018) und auch die Kommunikation über den Verlauf und über kritische Themen sich intensiviert (Unsworth et al., 2012). Prozessevaluation erhält damit eine zusätzliche Funktion, nämlich die von kontinuierlicher datenbasierter Prozesssteuerung.

Der tägliche Zugang zu einem standardisierten oder personalisierten Prozessfragebogen bedeutet auch, sich täglich mit wesentlichen Fragen der persönlichen Entwicklung zu befassen, d. h., über sein Erleben und seine Erfahrungen am jeweiligen Tag nachzudenken. Solches Bewusstmachen des Bewusstseins (Kognition, Emotion, Verhalten) enthält wesentliche Elemente von *Mentalisierung* (Fonagy et al., 2002) und *Achtsamkeit* (Harrer & Weiss, 2016). Insbesondere das Schreiben von thematisch offenen oder fokussierten Tagebüchern kann hierzu beitragen, natürlich auch Übungen und Aufgaben, die von Patient*in und Therapeut*in gemeinsam entwickelt werden. Die regelmässige Fokussierung auf persönliche Themen und Entwicklungsprojekte auch ausserhalb der Therapiesitzungen katalysiert den Veränderungsprozess bei Patient*innen und führt darüber hinaus eine stabilisierende Routine ein. Messung und Assessment sind somit auch Intervention, sie verändern den «Messgegenstand» bzw. das gemessene System. Wie bei fast allen psychologischen Datenerhebungen setzen sich Menschen dazu in Beziehung und verändern sich damit. Im Rahmen der Prozessevaluation ist das explizit beabsichtigt. Damit ergeben sich verschiedene Fragen der Validität und Reliabilität, die nicht mit Bezug auf Populationswerte oder Retest-Reliabilitäten zu beantworten sind. Diese Fragen liegen aber jenseits dieses Beitrags.

Festzuhalten ist, dass die Möglichkeiten digitalisierter Prozess- und Outcome-Evaluation keineswegs bürokratische Hürden aufbauen und Praktiker*innen vom Wesentlichen, nämlich der therapeutischen Arbeit abhalten (was manchmal zu Recht befürchtet wird), sondern die Praxis zu einem selbstlernenden System machen. Vor allem Prozessmonitoring auf der Höhe des Geschehens implementiert Feedback- und Reflexionsschleifen, die zu einer substanziellen Unterstützung therapeutischer Selbstorganisationsprozesse beitragen – a) durch ein vertieftes und theoriegeleitetes Verständnis dieser Prozesse, b) durch Feedbackgespräche und c) durch die regelmässige und hochfrequente Einbindung der Patient*innen in diesen Prozess. Im Folgenden wird eine Technologie vorgestellt, die speziell für die hier beschriebenen Evaluations- und Feedbackmöglichkeiten entwickelt wurde.

Das Synergetische Navigationssystem (SNS)

Entwickelt wurde das Synergetische Navigationssystem (SNS) seit dem Jahr 2005 und befindet sich in verschiedenen Kliniken, Tageskliniken und ambulanten Praxen im Routineeinsatz. Darüber hinaus findet es Anwendung in Beratung, Coaching, Teamentwicklung, Pädagogik, in letzter Zeit auch im Leistungssport.

Das System ist generisch und damit räumlich, zeitlich und hinsichtlich der zu benutzenden Fragebogen, aber auch hinsichtlich der Erfassung anderer Daten maximal flexibel. Es erlaubt die Nutzung unterschiedlicher lizenzrechtlich zugänglicher Fragebogen, die im System vorgehalten werden. Daneben gibt es die Möglichkeit, mithilfe eines Fragebogen-Editors weitere Fragebogen einzugeben, vor allem personalisierte, die mit Patient*innen gemeinsam entwickelt werden, z. B. auf Basis eines Ressourceninterviews oder einer idiografischen Systemmodellierung.

Die zeitliche Taktung der Messungen ist frei definierbar, z. B. einmalig zu Zwecken eines Screenings, zu wenigen Zeitpunkten, z. B. für einen Vergleich von Prä, Post und Katamnese oder von Zwischenzuständen (z. B. wöchentlich, monatlich), oder hochfrequent (z. B. täglich). Letzteres ist die übliche Messfrequenz zur Darstellung von Therapieerläufen (*time sampling*). Möglich ist auch eine Vorgabe zu beliebigen Zeitpunkten (*event sampling*), z. B. mehrmals am Tag, um die Reaktion auf spezifische Ereignisse wie Stress oder starke Emotionen zu erfassen.

Die Nutzung der App erfolgt, indem Smartphones oder Tablets von Patient*innen mit QR-Codes freigeschaltet werden. Patient*innen können mit der App ihre Fragebogen beantworten, elektronische Tagebücher ausfüllen sowie Nachrichten der Therapeut*innen erhalten.

In einer Benutzerdatei und in einem Archiv kann eine grosse Zahl von Nutzer*innen verwaltet werden. Sie werden mit wenigen Klicks angelegt, mit den gewünschten Fragebogen und Zeittaktungen versorgt, aktiviert oder auch wieder deaktiviert.

Visualisierung der Prozesse. Die Resultate der verfügbaren Outcome-Fragebogen werden in Form von Säulendiagrammen dargestellt, die Resultate der hochfrequent

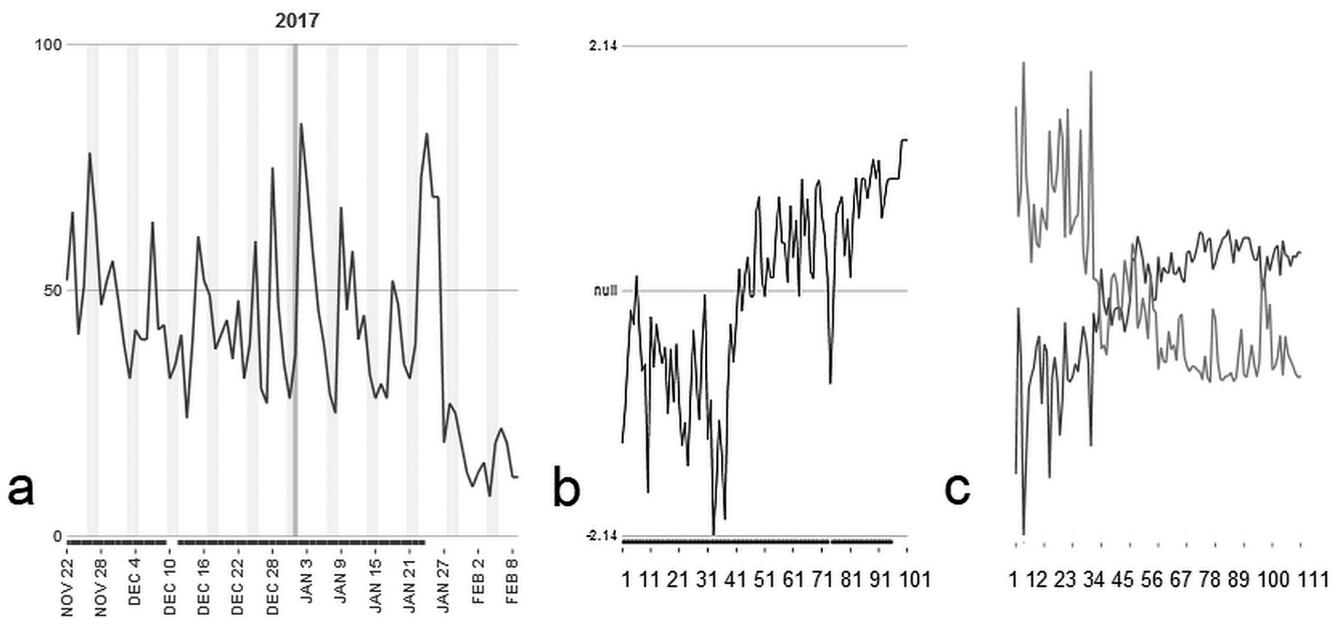


Abb. 5: (a) Rohwerte-Zeitreihe (Darstellung mit Datum und vertikalen Wochenend-Markierungen; Wertebereich von 0 bis 100), (b) Verlauf eines Faktors («Wohlbefinden und positive Emotionen», z-transformiert), (c) Überlagerung zweier Faktoren («Achtsamkeit/Körpererleben/Bedürfnisse» [steigend] und «Emotionale und Problembelastung» [fallend], z-transformiert)

(z. B. täglich) beantworteten Prozessfragebogen in Form von Zeitreihen. Die Zeitreihen enthalten umfassende Informationen zum therapeutischen Prozess. Die Antwortskalen der Items (z. B. Likert-Skalen oder visuelle Analogskalen, aufgelöst in Abstufungen von 0 bis 100) werden dabei auf der y-Achse, die Zeit in Tagen oder in aufeinanderfolgenden Messpunkten auf der x-Achse dargestellt. Die Zeitreihen lassen sich in unterschiedlich grossen Diagrammen aufrufen, wobei man mit dem Cursor auf jeden beliebigen Messzeitpunkt gehen kann und in einem Tipptool neben dem Skalenwert und dem Datum der Eingabe auch den Tagebucheintrag lesen kann. Mehrere Zeitreihen können in einem Diagramm auch übereinander dargestellt werden, sodass man einen unmittelbaren Vergleich erhält. Die Subskalen (Faktoren) eines Prozessbogens werden in z-transformierten Verläufen gezeigt, also um den Mittelwert von 0 in Einheiten von Standardabweichungen. Dies hat den Vorteil, die prozessuale Gestalt der Verläufe besonders zu verdeutlichen und vergleichbar zu machen (Abb. 5). Sämtliche für eine Patientin, einen Patienten oder eine Gruppe (z. B. Paar, Familie) angelegten Diagramme bleiben für die nächste Nutzung (z. B. die nächste Therapiesitzung) erhalten und werden automatisch (bis zum letzten Eintrag) aktualisiert.

Ein visueller Vergleich mehrerer Zeitreihen (z. B. aller Items eines Prozessfragebogens) ist in einem Rohwerte-Resonanzdiagramm möglich, der die Werte aller Zeitreihen in einer Regenbogen-Farbskala (geringster Wert: dunkelblau, höchster Wert: rot)¹ zeilenweise darstellt (Abb. 6).

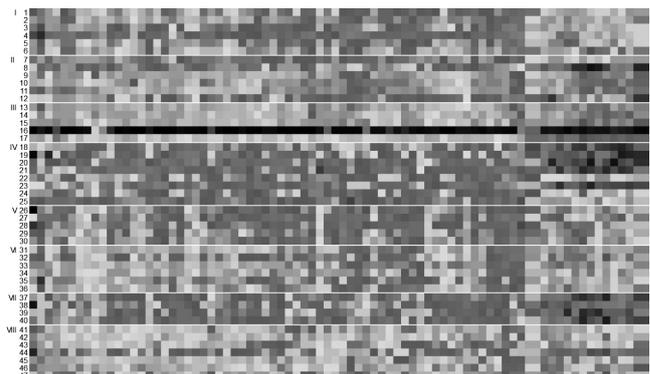


Abb. 6: Rohwerte-Resonanz-Diagramm. Dieses Beispiel zeigt eine sprunghafte Veränderung gegen Ende der Therapiezeit.

Prozessanalyse. Für die Auswertung der Prozessdaten stehen unterschiedliche Analyseverfahren zur Verfügung.

Die **dynamische Komplexität** erfasst die Komplexität von Zeitreihen mit einer Kombination aus Amplitude, Frequenz und Verteilung der Werte über die verfügbare Skala oder den empirischen Wertebereich. Die Berechnung erfolgt in einem Gleitfenster frei wählbarer Breite, das pro Messgrösse den gesamten Verlauf abscannt und in einer eigenen Zeitreihe darstellt. Man bezeichnet sie daher als *dynamische Komplexität* (Haken & Schiepek, 2010; Schiepek & Strunk, 2010). Sie kann optisch über den Verlauf der Zeitreihe, für die sie berechnet wurde, gelegt oder es können mehrere Komplexitätsverläufe (auch von Items aus den Fragebogen verschiedener Personen) überlagert oder gemittelt werden.

Die dynamische Komplexität zeigt, wann ein Prozess sich in eine kritische Instabilität hineinbewegt. Kritische

1 Im Druck sind die geringsten Werte dunkelgrau, die höchsten Werte mittelgrau. Für eine Farbdarstellung siehe: www.psychotherapie-wissenschaft.info.

Fluktuationen oder kritische Instabilitäten sind häufig Vorläufer von Musterwechseln (vgl. Scheffer et al., 2009), sei es in Richtung von «sudden gains» oder von «sudden losses». Auch vor Suiziden und Suizidversuchen können kritische Fluktuationen als «early warning signals» auftreten (Fartacek et al., 2016). Ein weiterer Zweck ergibt sich durch die Tatsache, dass pathologische Prozesse oft durch intensivierete (z. B. Emotionsschwankungen bei Borderline-Störungen) oder umgekehrt durch eingeschränkte Dynamiken (z. B. rigide oder verflachte Emotionalität bei Depression) gekennzeichnet sind. Die Veränderung der dynamischen Komplexität ist mithin ein unmittelbares Merkmal therapeutischer Effekte.

Neben der Darstellung in Zeitreihen kann die dynamische Komplexität in einer Farbskala (von dunkelblau = 0 bis dunkelrot = höchster Wert)² dargestellt werden (Abb. 7). In einem Farbdigramm werden die einzelnen Items eines Fragebogens in Linien übereinander gezeigt, wobei alle oder nur einzelne Items (sortiert nach Faktoren bzw. Subskalen) ausgewählt werden können. Da man daran erkennt, bei welchen Items Komplexitätsänderungen synchron auftreten, werden diese Darstellungen als *Komplexitäts-Resonanz-Diagramme* (KRDs) bezeichnet. Im Default Modus entspricht dunkelrot dem höchsten Wert, der bei irgendeinem Item zu irgendeinem Zeitpunkt auftritt. Mit einem Schieberegler ist es möglich, diesen Maximalwert nach unten zu regulieren, womit sich die Regenbogenskala von 0 bis zu dem gewählten niedrigeren Wert aufspannt, darüber sind alle Pixel des KRD rot. Damit ist eine bessere Kalibrierung der Komplexitätsmuster möglich (entsprechend dem Kontrast in der Fotografie).

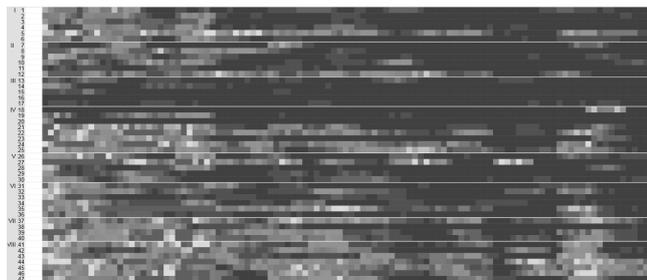


Abb. 7: Komplexitäts-Resonanz-Diagramm

Recurrence Plots. Das Verfahren macht wiederkehrende Werteabfolgen von Zeitreihen in einem Zeit x Zeit-Diagramm erkennbar (Coco et al., 2021; Webber & Marwan, 2015). Es beruht auf der Einbettung von Zeitreihen in einem Phasenraum mit Zeitverzögerungskoodinaten, wobei die euklidischen Abstände der Vektorpunkte direkt in Farbe übertragen (Farb-Recurrence Plots, Abb. 8)³

2 Im Druck sind die geringsten Werte dunkelgrau, die höchsten Werte mittelgrau. Für eine Farbdarstellung siehe: www.psychotherapie-wissenschaft.info.

3 Im Druck sind die geringsten Werte dunkelgrau, die höchsten Werte mittelgrau. Für eine Farbdarstellung siehe: www.psychotherapie-wissenschaft.info.

oder nach Vorgabe eines Radius um jeden Vektorpunkt binär markiert werden (Nachbarpunkt innerhalb oder ausserhalb des wählbaren Radius; Schwarz-Weiss-Plot). Phasen wiederkehrender, stabiler Dynamik werden als «recurrent» markiert (z. B. in Blautönen oder mit Pixeln), Musterwechsel (Ordnungsübergänge) dagegen als Transienten (Rot- und Orangefärbung, keine Pixel). Recurrence Plots und KRDs zeigen in vielen Fällen komplementäre Muster, d. h., an den Stellen, an denen im KRD kritische Instabilitäten erkennbar sind, treten in Recurrence Plots Transienten, also dynamische Übergangsszenarien auf.

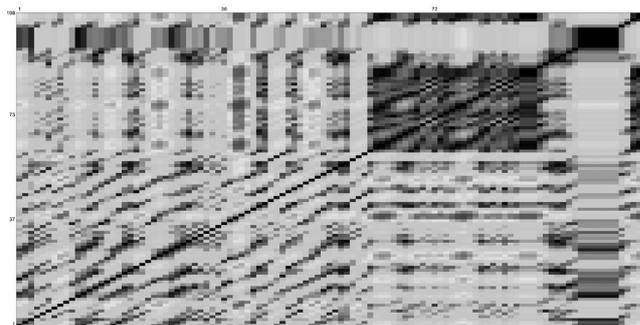


Abb. 8: Recurrence Plot

Synchronisationsmuster. Die Inter-Korrelationen von Items werden in einer Matrix in Farbabstufungen dargestellt (von -1 [dunkelrot] über 0 [weiss] bis +1 [dunkelgrün]) (Abb. 9)⁴. Die Korrelationsmatrizen werden in einem frei wählbaren Zeitfenster berechnet. Mit einem Marker kann man die Matrizen über den Verlauf ziehen, was die Veränderung der Synchronisationsmuster wie in einem Film sichtbar macht. Bis zu vier Matrizen können optisch fixiert werden. Bemerkenswert ist die lokale (zeitlich begrenzte) Zunahme der Inter-Item-Synchronisation während Perioden kritischer Instabilität und während der Transienten in den Recurrence Plots (für eine Illustration anhand von Fallbeispielen s. Schiepek et al., 2016a, 2018).

Die Korrelationswerte zwischen Item-Paaren können im Verlauf dargestellt werden, wobei auf der x-Achse die Zeit und auf der y-Achse die Korrelationen von -1 bis +1 aufgetragen sind. Hierfür reicht ein Klick in die Zelle der Korrelationsmatrix, die den Schnittpunkt zwischen den beiden ausgewählten Items bildet. In der klinischen Praxis kann die Darstellung der Inter-Item-Korrelationen wertvolle Beiträge zur Hypothesenbildung über Zusammenhänge zwischen verschiedenen Kognitionen und Emotionen einer Patientin, eines Patienten liefern. Die Korrelationsdynamiken zwischen mehreren Item-Paaren können übereinandergelegt und damit direkt verglichen werden.

Werden die Absolutwerte der Inter-Item-Korrelationen zu einem mittleren Korrelationsverlauf gebündelt, erhält man ein Mass der inneren Kohärenz (Ordnnerstärke) der

4 Im Druck sind die geringsten Werte dunkelgrau, die höchsten Werte mittelgrau. Für eine Farbdarstellung siehe: www.psychotherapie-wissenschaft.info.

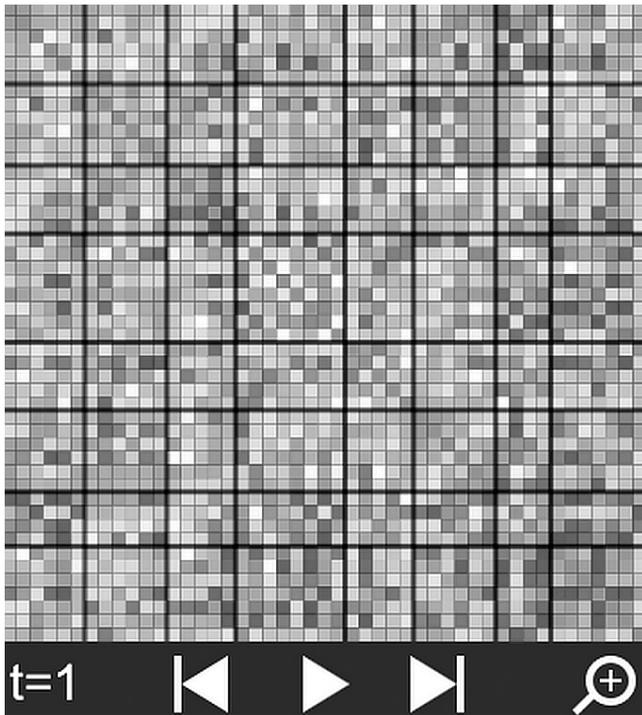


Abb. 9: Schnappschuss einer Korrelationsmatrix

Dynamik (unabhängig davon, ob die Verläufe direkt oder spiegelverkehrt synchron verlaufen). Schliesslich ist es möglich, die Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit aufeinanderfolgender Korrelationsmatrizen zu beurteilen, indem man diese selbst wieder untereinander korreliert (Meta-Korrelationsmatrizen). Damit werden Perioden deutlich, die stabile oder sich ändernde Korrelationsmuster aufweisen.

Ampeln. Die im SNS verfügbaren Ampeln können frei konfiguriert werden. Die zu einem Ampelindex zusammengestellten Items (auch von unterschiedlichen Fragebogen) werden in einem Gleitfenster gemittelt, um zu sehen, auf welchem Level der Index (z. B. erlebte Stabilität, Veränderungsmotivation oder Suizidgefährdung) verläuft oder ob ein bestimmter Schwellenwert über- oder unterschritten wird. Es können auch Ampeln zur Veränderung (Anstieg oder Abnahme) der dynamischen Komplexität konfiguriert werden. Die Ampeln folgen nicht der Idee eines «standard tracks» mit Populationsreferenz (Liegt der konkrete Verlauf also innerhalb oder ausserhalb eines Tracks?), sondern nehmen auf den konkreten Fall Bezug (intraindividuelle Referenz).

Interpersonelle Prozesse. Es gibt mehrere Möglichkeiten, interpersonelle Prozesse im SNS darzustellen. Eine beruht auf sogenannten *Interaktionsmatrizen*, bei denen sich Personen einer Gruppe, eines Teams oder einer Familie gegenseitig beurteilen, nämlich wie intensiv sie zu der jeweils anderen Person auf einer «Dimension» senden und wie intensiv sie von den jeweils anderen Personen empfangen. Solche Dimensionen können «Stress», «Unterstützung», «Sympathie» o.Ä. sein, wobei es auch einen Selbstbezug gibt (Was sende ich auf der jeweiligen Dimension an mich selbst?). Es resultiert eine Matrix mit den Personen als Zeilen und Spalten, wobei in jeder Zelle

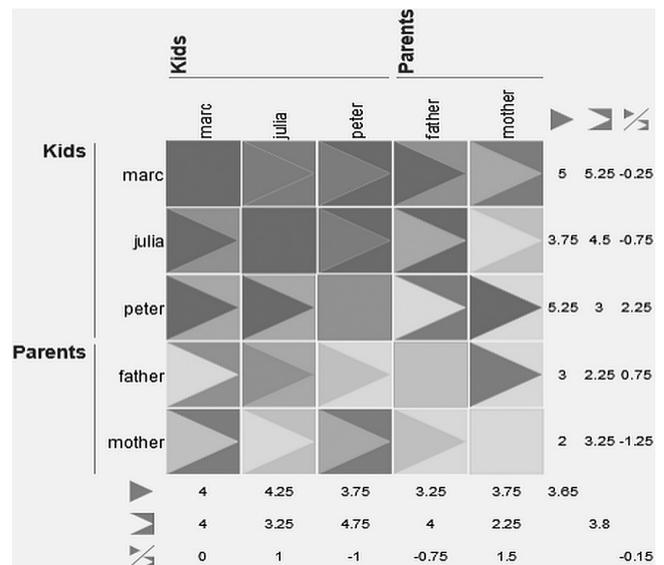


Abb. 10: Schnappschuss einer Interaktions-Matrix

ein farbiger Pfeil zeigt, wie intensiv (Farbsättigung) die jeweilige Person auf der entsprechenden Dimension auf die andere Person gesendet hat, und der Komplementärpfeil, wie intensiv die adressierte Person dies wahrgenommen hat (Abb. 10)⁵. Auch hier können mehrere Einschätzungen in Folge (z. B. nach Familientherapie-Sitzungen) sich verändernde Beziehungsmuster erfassen und sichtbar machen. Verschiedene Kennwerte der Zeilen und Spalten charakterisieren die Dynamik einzelner Personen und des sozialen Systems als Ganzes.

Weitere Möglichkeiten der Visualisierung interpersoneller Prozesse sind Rohwerte- und Komplexitäts-Resonanz-Diagramme, die nicht nur die Items eines Fragebogens einer Person enthalten, sondern Items unterschiedlicher Personen, womit interpersonelle Resonanz- und Synchronisationsprozesse unmittelbar sichtbar werden. Zudem können, wie bereits angesprochen, Verläufe (Zeitreihen) verschiedener Personen in einem Diagramm übereinandergelegt werden, womit sich die Dynamiken der Personen (z. B. im Hinblick auf Stress, Energie, Problembelastung, etc.) unmittelbar vergleichen lassen.

Fazit

Das SNS-basierte Prozess- und Outcome-Monitoring wurde dafür entwickelt, in der Routinepraxis flächendeckend eingesetzt zu werden. Es gibt keine Einschränkungen hinsichtlich Setting (ambulant, tagesklinisch, stationär), Diagnosegruppe oder Verfahren bzw. Therapierichtung. In der Tat wurde und wird das System in der Kooperation mit Patient*innen vieler verschiedener Diagnosegruppen und von Therapeut*innen unterschiedlichster Ausbildung und Ausrichtung eingesetzt. Sofern eine therapieübli-

⁵ Im Druck in Graustufen: je intensiver, desto dunkler. Für eine Farbdarstellung siehe: www.psychotherapie-wissenschaft.info.

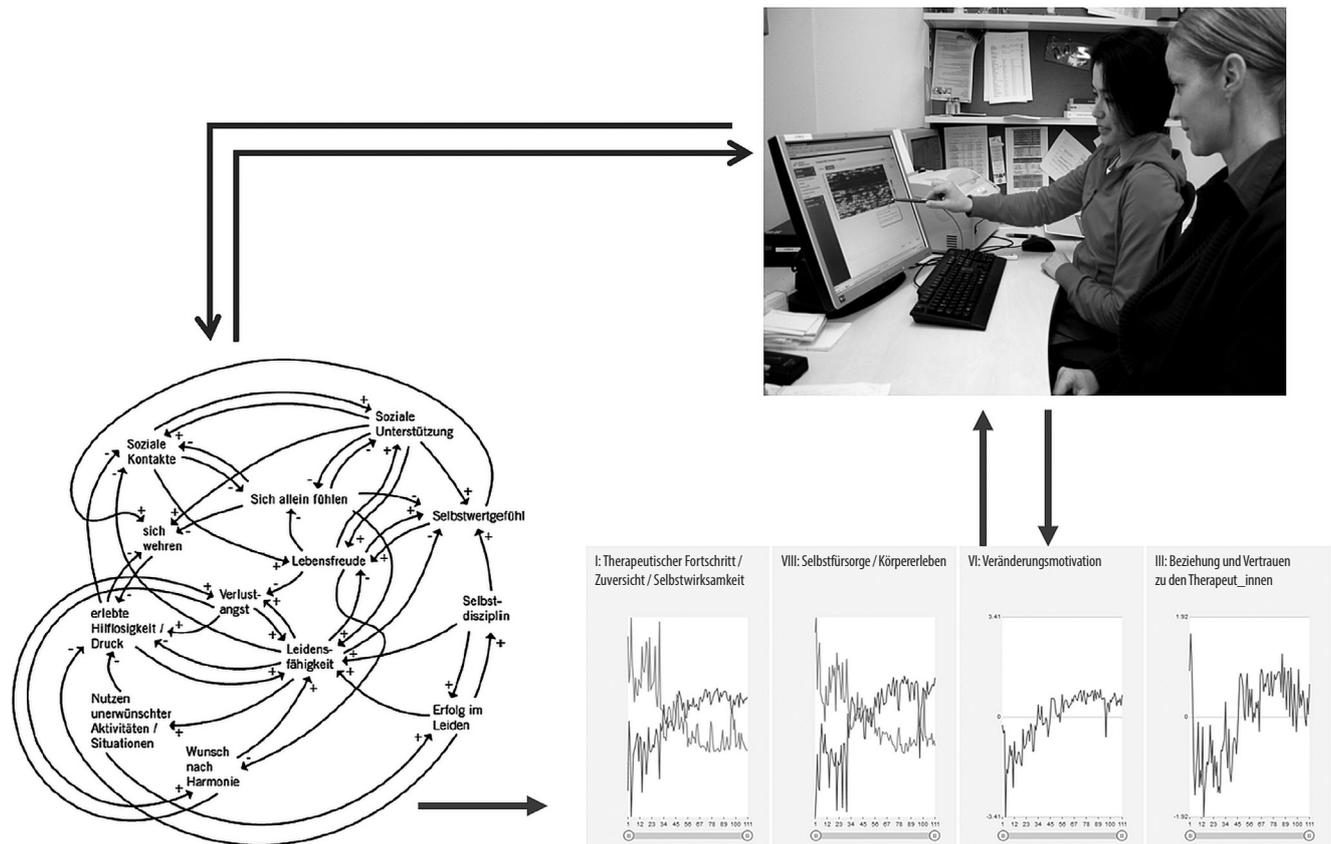


Abb. 11: Synergetisches Prozessmanagement. Patient*in und Therapeut*in entwickeln ein idiografisches Systemmodell, aus dessen Elementen (Variablen) ein personalisierter Prozessfragebogen entwickelt wird. Die Therapiegespräche beziehen sich auf das Modell und auf die resultierenden Visualisierungen des Prozesses.

che Kommunikation möglich ist, können Patient*innen Feedbackgespräche und Reflexionen über die im SNS erkennbaren Verlaufsmuster durchführen. Es zeigen sich in unterschiedlichen Settings hohe Compliance-Raten, etwa im Bereich von knapp 80 % (Median: 89 %) in der (teil-)stationären Psychotherapie (Schiepek et al., 2016b) oder von 31 bis 100 % (Median: 93 %) im Bereich der ambulanten Psychotherapie mit Epilepsie-Patient*innen (Monitoring-Zeitraum: 180 Tage; Michaelis et al., 2021). Zu der hohen Compliance tragen vor allem die erlebte Sinnhaftigkeit des Monitorings in der Therapie und technische Aspekte wie Usability und Funktionsstabilität bei.

Die Möglichkeit eines flächendeckenden Einsatzes in der Routinepraxis eröffnet auch neue Möglichkeiten der praxisbasierten Forschung. Einerseits kommen dadurch Fallzahlen zustande, die weit über die Stichprobengrößen einzelner Studien hinausgehen und damit eine Antwort auf die «Replikationskrise» (z. B., Ioannidis, 2005; Kühberger et al., 2014) der Psychotherapieforschung bieten könnten. Andererseits kann sich jede*r Praktiker*in beteiligen, was als «Empowerment» der Praxis und als Demokratisierung der Forschung gesehen werden kann und damit als weiterer Professionalisierungsschub der Psychotherapie. Ein dritter Aspekt betrifft Praxis und Forschung gleichzeitig: Patient*innen machen ihre Dateneingabe in ihrem realen Lebensumfeld, indem sie die App täglich benutzen. Damit kommen die Daten nicht nur

zeitnah zum Erleben, sondern auch aus der Lebenswelt, dem «Ökosystem» der Patient*innen. Der Ansatz ist ökosystemisch und ökologisch valide, was der Auffassung entspricht, dass Lernen und Entwicklung sich in den Ökosystemen abspielen, mehr als in den Therapiesitzungen.

Schliesslich existiert die inzwischen beliebte Option, das Monitoring personalisiert, also mit individuellen Fragebogen durchzuführen, die aus einer gemeinsamen Fallkonzeption resultieren (Abb. 11). Dies erlaubt zusammen mit der engmaschigen Erfassung des Prozesses einen detaillierten Einblick in die speziellen persönlichen Bedingungen und Qualitäten von Veränderung, einschliesslich persönlicher Sichtweisen, Psychodynamiken und Bewertungen, wie sie mit Prä-Post-Vergleichen durch Standardverfahren nicht zu erhalten sind (Desmet et al., 2021). Damit lassen sich auch Idiografik und Nomothetik, also ein detailliertes Fall- und Prozessverständnis (Kasuistik) einerseits und die Aggregationen vieler Fälle (Big Data) andererseits, systematisch verbinden und integrieren.

Epilog

Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt darin, einige Probleme und Limitierungen der klassischer Prä-Post-Vergleiche mit Standardfragebogen aufzuzeigen. Als Alternative wurde der Ansatz des «Synergetischen Prozessmanage-

ments» skizziert, der auf regelmässigen Selbsteinschätzungen («time sampling» täglich) und auch auf regelmässigen Feedback-Gesprächen von Therapeut*in und Patient*in beruht. Natürlich gibt es auch andere Vorgehensweisen wie «Routine Outcome Monitoring (ROM)» (z. B. Boyce et al., 2014; Carlier et al., 2012) oder «Feedback-Informed Therapy (FIT)» (z. B. Prescott et al., 2017). Ein häufig benutzter Ansatz nutzt den «Outcome Questionnaire (OQ)», um Einzelverläufe mit einem Standardverlauf («standard track») zu vergleichen und Abweichungen davon zu erkennen (z. B. Probst et al., 2013; Shimokawa et al., 2010). Neben der Messfrequenz und der Frage, ob die Einschätzungen in den Sitzungen oder im realen Lebensumfeld der Patient*innen erfolgen sollten, liegt ein wesentlicher Unterschied zwischen den Ansätzen auch in der theoretischen Konzeption von Veränderung: Handelt es sich um lineare oder um nichtlineare Prozesse, interventionsgetrieben oder selbstorganisiert?

Trotz der erkennbaren Vorteile gibt es auch für prozessorientierte Alternativen in der Evaluationsforschung Hürden und Limitierungen (de Jong & de Goede, 2015). Wie bei der Einführung anderer Therapietechniken besteht zunächst ein Mehraufwand, der sich aber nach kurzer Zeit deutlich reduziert. Feedbacktechnologien müssen sich in bestehende Arbeitsroutinen einfügen (Boyce et al., 2014), wobei die technische Infrastruktur (z. B. Apps, Smartphones, Tablets, PC-Bildschirme) heute zum Alltag gehört. Implementierungen erfordern darüber hinaus aber auch Training und technischen Support (Callaly et al., 2006). Bedenken richten sich im Vorfeld oft darauf, kontrolliert und bewertet zu werden (Ionita et al., 2016) oder auf die Gewährleistung von Usability, Stabilität und technischer Einfachheit. Vor allem naturwissenschaftlich-technische Methoden werden in der Psychotherapie noch immer mit Argwohn betrachtet oder der unmittelbare Nutzen erscheint noch nicht evident genug. Ein weiterer Einwand richtet sich auf mögliche negative Effekte computerbasierter Technologien auf die therapeutische Beziehung. Befürchtet wird eine Entfremdung durch technische Medien oder eine kontrollierende Einschränkung des Therapeuten durch die «Überwachung» des Therapieprozesses. In der Praxis lassen sich solche Befürchtungen nicht bestätigen. Sowohl praktische Erfahrungen wie Studien (McClintock et al., 2017; Moltu et al., 2018) sprechen für eine *Verbesserung* der therapeutischen Beziehung, der erlebten Empathie und der Offenheit der Kommunikation durch die Nutzung von Therapiefeedback. Prozessfeedback liefert auch für kritische Themen einen Kommunikationsanlass (Carlier et al., 2012; Unsworth et al., 2012). Allerdings ist festzustellen, dass nach Überwindung aller Herausforderungen immer noch Unterschiede zwischen Therapeut*innen in der Akzeptanz von Real-Time Monitoring-Systemen bleiben (de Jong & de Goede, 2015; Lucock et al., 2015).

Therapiefeedback sollte nicht nur neue Möglichkeiten der Evaluation eröffnen, sondern auch den Prozess katalysieren und therapeutische Effekte zeigen (für eine Zusammenstellung s. Schiepek et al., 2019b). Aber selbst dieser wünschenswerte Effekt ist mit mindestens zwei

Herausforderungen verbunden: Erstens verändert damit die Messung den Messgegenstand, was in der Psychologie, also in der Erforschung bewusstseinsfähiger und selbstreflexiver Lebewesen zwar fast immer der Fall, aber methodologisch noch nicht ausreichend verankert ist, und zweitens muss dieser Effekt empirisch nachgewiesen werden, sowohl bezüglich der Effektstärken wie auch bezüglich der Wirkmechanismen. Das sind in Zukunft grosse Themen der Evaluationsforschung.

Die Nutzung von Feedbacksystemen sollte in die Therapieausbildung integriert werden (Lutz & Rubel, 2015), wobei das «Wie» entsprechender Aus- und Weiterbildungen vom «Wie» des Prozessfeedbacks selbst abhängt. Neben dem theoretischen Hintergrund (Wie funktioniert Veränderung?), den implementierten zeitreihenanalytischen Methoden und dem Handling der Technologie spielt es dabei eine Rolle, Prozessmonitoring für die Begleitung eigener Veränderungsprozesse (Selbsterfahrung) und als Grundlage für die Fallsupervision zu verwenden. Wie erkennbar, haben neue Methoden der Evaluation weitreichende Konsequenzen für fast alle Bereiche der psychotherapeutischen Praxis und Forschung.

Literatur

- an der Heiden, U. (1992). Chaos in health and disease – Phenomenology and theory. In W. Tschacher, G. Schiepek & E.J. Brunner (Hrsg.), *Self-Organization and Clinical Psychology* (S. 55–87). Berlin: Springer.
- Boyce, M.B., Browne, J.P. & Greenhalgh, J. (2014). The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of healthcare: a systematic review of qualitative research. *BMJ Quality & Safety*, 23, 508–518. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002524>
- Callaly, T., Hyland, M., Coombs, T. & Trauer, T. (2006). Routine outcome measurement in public mental health: Results of a clinician survey. *Australian Health Review*, 30, 164. <https://doi.org/10.1071/ah060164>
- Carlier, I.V.E., Meuldijk, D., Van Vliet, I.M., Van Fenema, E., Van der Wee, N.J.A. & Zitman, F.G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 104–110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01543.x>
- Coco, M.I., Monster, D., Leonardi, G., Dale, R. & Wallot, S. (2021). Unidimensional and multidimensional methods for Recurrence Quantification Analysis with crqa. *The R Journal* 2021, 13(1).
- de Jong, K. & de Goede, M. (2015). Why do some therapists not deal with outcome monitoring feedback? A feasibility study on the effect of regulatory focus and person-organization fit on attitude and outcome. *Psychotherapy Research*, 25, 661–668. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1076198>.
- Desmet, M., van Nieuwenhove, K., Meganck, R., Deeren, B., van Huele, I., Decock, E., Raemdonck, E., Cornelis, S., Truijens, F., Zeuthen, K. & Schiepek, G. (2021). What too strict a method obscures about the validity of outcome measures. *Psychotherapy Research*, 31(7), 882–894. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1865584>
- Ebner-Priemer, U. & Trull, T. (2009). Ecological momentary assessment of mood disorders and mood dysregulation. *Psychological Assessment*, 21, 463–475. <https://doi.org/10.1037/a0017075>
- Eich, E., Macaulay, D. & Ryan, L. (1994). Mood dependent memory for events of the personal past. *Journal of Experimental Psychology: General*, 123(2), 201–215. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.123.2.201>

- Fartacek, C., Schiepek, G., Kunrath, S., Fartacek, R. & Plöderl, M. (2016). Real-time monitoring of nonlinear suicidal dynamics: methodology and a demonstrative case report. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 7, 130. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00130>
- Finch, A.E., Lambert, M.J. & Schaalje, B.G. (2001). Psychotherapy quality control: The statistical generation of expected recovery curves for integration into an early warning system. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 231–242.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2010). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Harrer, M.E. & Weiss, H. (2016). *Wirkfaktoren der Achtsamkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Ioannidis, J.P. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS medicine*, 2(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>
- Ionita, G., Fitzpatrick M., Tomaro, J., Chen V.V. & Overington L. (2016). Challenges of using progress monitoring measures: Insights from practicing clinicians. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 173–182. <https://doi.org/10.1037/cou0000122>
- Kashdan, T.B. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kratzer, L., Heinz, P., Pfitzer, F., Schennach, R., Aichhorn, W., Aas, B. & Schiepek, G. (2018). Real-Time Monitoring in der Behandlung komplexer PTBS: Ein Fallbericht. *Verhaltenstherapie*, 28, 93–99. <https://doi.org/10.1159/000481802>
- Kriz, J. (2017). *Subjekt und Lebenswelt: Personenzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kühnberger, A., Fritz, A. & Scherndl, T. (2014). Publication bias in psychology: a diagnosis based on the correlation between effect size and sample size. *PLoS one*, 9(9), e105825.
- Lucock, M., Halstead, J., Leach, C., Barkham, M., Tucker, S., Randal, C., Middleton, J., Khan, W., Catlow, H., Waters, E., Saxon, D. (2015). A mixed-method investigation of patient monitoring and enhanced feedback in routine practice: Barriers and facilitators. *Psychotherapy Research*, 25, 633–646. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1051163>
- Lutz, W. & Rubel, J. (2015). Warum die Psychotherapieforschung in Deutschland ausgebaut werden sollte/könnte/müsste. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 65, 161–162. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387657>
- McClintock, A.S., Perlman, M.R., McCarrick, S.M., Anderson, T. & Himawan, L. (2017). Enhancing psychotherapy process with common factors feedback: A randomized, clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 247–260. <https://doi.org/10.1037/cou0000188>
- Michaelis, R., Edelhäuser, F., Hülsner, Y., Trinka, E., Viol, K. & Schiepek, G. (2021). High frequency monitoring of personalized psychological variables during outpatient psychotherapy in people with seizures: an uncontrolled feasibility study. *Epilepsy & Behavior*, 122, 108119. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108119>
- Moltu, C., Veseth, M., Stefansen, J., Nøtnes, J.C., Skjølberg, Å., Binder, P.-E., ... Nordberg, S.S. (2018). This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives. *Psychotherapy Research*, 28(2), 250–263. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1189619>
- Olthof, M., Hasselman, F., Strunk, G., van Rooij, M., Aas, B., Helmich, M.A., Schiepek, G. & Lichtwarck-Aschoff, A. (2019a). Critical fluctuations as an early-warning signal for sudden gains and losses in patients receiving psychotherapy for mood disorders. *Clinical Psychology Science*. <https://doi.org/10.1177/2167702619865969>
- Olthof, M., Hasselman, F., Strunk, G., Aas, B., Schiepek, G. & Lichtwarck-Aschoff, A. (2019b). Destabilization in self-ratings of the psychotherapeutic process is associated with better treatment outcome in patients with mood disorders. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1633484>
- Prescott, D.S., Maeschalck, C.L. & Miller, S.D. (Hrsg.). (2017) *Feedback-Informed Treatment in Clinical Practice*. Washington, D.C.: APA Press.
- Probst, T., Lambert, M.J., Loew, T.H., Dahlbender, R.W., Göllner, R. & Tritt K. (2013). Feedback on patient progress and clinical support tools for therapists: improved outcome for patients at risk of treatment failure in psychosomatic in-patient therapy under the conditions of routine practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 255–261. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.07.003>
- Rensing, L., an der Heiden, U. & Mackey, M.C. (1987). *Temporal Disorder in Human Oscillatory Systems*. Berlin: Springer.
- Scheffer, M., Bascompte, J., Brock, W.A., Brovkin, V., Carpenter SR, et al. (2009). Early-warning signals for critical transitions. *Nature*, 461, 53–59.
- Schiepek, G. (2020). Depression – ein komplexes dynamisches System. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 10(2), 49–58. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-49>
- Schiepek, G. & Strunk, G. (2010). The identification of critical fluctuations and phase transitions in short term and coarse-grained time series—a method for the real-time monitoring of human change processes. *Biological Cybernetics*, 102(3), 197–207. <https://doi.org/10.1007/s00422-009-0362-1>
- Schiepek, G., Tominschek, I. & Heinz, S. (2014). Self-organization in psychotherapy – testing the synergetic model of change processes. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 5, 1089. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01089>
- Schiepek, G., Stöger-Schmidinger, B., Aichhorn, W., Schöllner, H. & Aas, B. (2016a). Systemic case formulation, individualized process monitoring, and state dynamics in a case of dissociative identity disorder. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 7, 1545. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01545>
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Gruber, M., Strunk, G., Bachler, E. & Aas, B. (2016b). Real-time monitoring of psychotherapeutic processes: concept and compliance. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 7, 604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00604>
- Schiepek, G., Viol, K., Aichhorn, W., Hütt, M.T., Sungler, K., Pincus, D. & Schöllner, H. (2017). Psychotherapy is chaotic – (not only) in a computational world. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 8, 379. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00379>
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Schöllner, H. & Kronberger, H. (2018). Prozessfeedback in der Psychotherapie. Methodik, Visualisierung und Fallbeispiel. *Psychotherapeut*, 63, 306–314. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0272-6>
- Schiepek, G., Stöger-Schmidinger, B., Kronberger, H., Aichhorn, W., Kratzer, L., Heinz, P., Viol, K., Lichtwarck-Aschoff, A. & Schöllner, H. (2019a). The Therapy Process Questionnaire. Factor analysis and psychometric properties of a multidimensional self-rating scale for high-frequency monitoring of psychotherapeutic processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26, 586–602. <https://doi.org/10.1002/cpp.2384>
- Schiepek, G., Kratzer, L., Hülsner, Y. & Bachler, E. (2019b). Prozessmonitoring in der Psychotherapie: Anspruch und Nutzen. *Psychotherapeutenjournal*, (4), 357–364.
- Schiepek, G., Gelo, O., Viol, K., Kratzer, L., Orsucci, F., de Felice, G., Stöger-Schmidinger, B., Sammet, I., Aichhorn, W. & Schöllner, H. (2020). Complex individual pathways or standard tracks? A data-based discussion on the trajectories of change in psychotherapy. *Counselling & Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1002/capr.12300>
- Schiepek, G., Schöllner, H., Aichhorn, W., Kratzer, L., Goditsch, H. & Viol, K. (i.D.). Prozessmonitoring in der Psychotherapie: Der Therapie-Prozessbogen und seine psychometrischen Eigenschaften. *Familiendynamik*.
- Schöllner, H., Viol, K., Aichhorn, W., Hütt, M.T. & Schiepek, G. (2018). Personality development in psychotherapy: a synergetic model of state-trait dynamics. *Cognitive Neurodynamics*, 12(5), 441–459. <https://doi.org/10.1007/s11571-018-9488-y>
- Shiffman, S., Stone, A.A. & Hufford, M.R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review in Clinical Psychology*, 4, 1–32.

- Shimokawa, K., Lambert, M.J. & Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298–311.
- Strunk, G. & Schiepek, G. (2006). *Systemische Psychologie. Einführung in die komplexen Grundlagen menschlichen Verhaltens*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Ucros, C.G. (1989) Mood state-dependent memory: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 3(2), 139–169. <https://doi.org/10.1080/02699938908408077>
- Unsworth, G., Cowie, H. & Green, A. (2012). Therapists' and clients' perceptions of routine outcome measurement in the NHS: A qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(1), 71–80. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.565125>
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte*. Göttingen: Hogrefe.
- Wampold, B.E., Flückiger, C., del Re, A.C., Yulish, N.E., Frost, N.D., Pace, B.T., Goldberg, S.B., Miller, S.D., Baardseth, T.P., Laska, K.M. & Hilsenroth, M.J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27, 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Webber, C.L. & Marwan, N.Jr. (2015). *Recurrence Quantification Analysis: Theory and Best Practices*. Berlin: Springer.

Process and outcome evaluation with the help of the Synergetic Navigation System (SNS)

Abstract: Process and outcome in psychotherapy can be seen as results of a self-organizing system which includes all factors contributing to success or failure in a specific case: patient and therapist factors, the therapeutic alliance, the setting, the living environment of the patient, interventions and all intended or unintended treatment components. In consequence, evaluation has to be implemented in real-world practice, not only in specific studies. New methods of digitalized outcome and process monitoring like the Synergetic Navigation System (SNS) facilitate the assessment and the analysis of self-organized dynamics and outcome in psychotherapy. In routine-practice, daily self-assessments mirror the complex dynamics of change and deliver the data base for the automatically applied nonlinear analysis methods on time series. The visualization of the therapeutic process on a computer screen allows the cooperative reflection of the dynamics by patient and therapist (continuous cooperative process management). By this, the evaluation of processes actively contributes to change dynamics and is a learning process of its own. By using the SNS not only standardized outcome and process questionnaires can be applied but also personalized questionnaires which are created by the patient and the therapist from a systemic case conceptualization (idiographic system modelling).

Keywords: evaluation, real-time monitoring, process feedback, feedback-driven practice, practice-based research, self-organization, personalization, Synergetic Navigation System (SNS)

Valutazione dei risultati e dei processi con l'ausilio del sistema sinergico di navigazione (SNS)

Riassunto: La valutazione della pratica psicoterapeutica standard non è solo utile in quanto gli effetti della terapia sono influenzati dalle condizioni e dai processi adottati nei singoli casi, ma anche perché le modalità di valutazione sono cambiate nella sostanza. Le nuove possibilità offerte dalla digitalizzazione sviluppata grazie alle recenti tecnologie relative a internet e alle app hanno facilitato la raccolta dei risultati e dei dati riguardanti i processi delle pratiche terapeutiche e forniscono, sulla base dei campionamenti frequentemente rilevati, un quadro sugli sviluppi attuali. In tal modo la valutazione apporta un contributo importante per una formazione attiva delle psicoterapie, per ricevere feedback e formulare riflessioni relativamente ai processi impiegati coinvolgendo alla pari il paziente. Il sistema di navigazione sinergico (SNS), che combina raccolta, salvataggio e analisi dei dati, è stato sviluppato proprio per queste possibilità di valutazione dei risultati e dei processi adottati nelle psicoterapie. I pazienti possono dare delle valutazioni quantitative tramite app (ad esempio indicare un valore in una scala) e scrivere annotazioni in un diario elettronico che poi potranno essere visualizzate su schermo sotto forma di serie temporali o campi di testo. I diversi metodi forniscono un quadro delle caratteristiche non lineari dei processi terapeutici (ad es. instabilità critiche) e dei cambiamenti di paradigma avvenuti. L'SNS soddisfa in tal modo le varie funzioni che comprendono la valutazione terapeutica, formulazione di riflessioni, gestione dei processi nonché ricerca nell'ambito della pratica terapeutica. Oltre ai questionari standardizzati disponibili, è possibile redarre anche dei questionari personalizzati le cui voci derivano da un'analisi elaborata dal terapeuta insieme al paziente (ad es. creazione di modelli di sistema idiografici).

Parole chiave: valutazione, riflessioni sui processi terapeutici, gestione della terapia, digitalizzazione, dinamica non lineare, autorganizzazione, personalizzazione, sistema di navigazione sinergico (SNS)

Der Autor

Univ.-Prof. Dr. phil. Dr. phil. habil. *Günter Schiepek* ist Leiter des Instituts für Synergetik und Psychotherapieforschung an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg, dort und an der Ludwig-Maximilians-Universität München Professor. 2019 Gastprofessur an der Sapienza Universität Rom. Mitglied der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste. Ehrenmitglied der Systemischen Gesellschaft. Seine Arbeitsschwerpunkte sind: Synergetik und Dynamik nichtlinearer Systeme in Psychologie, Management und in den Neurowissenschaften sowie Prozess-Outcome-Forschung in der Psychotherapie.

Kontakt

E-Mail: guenter.schiepek@ccsys.de

Évaluation du processus et du résultat à l'aide du système de navigation synergétique (SNS)

Günter Schiepek

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 63–64

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-63>

Mots clés : évaluation, réflexion sur le processus, pilotage de thérapie, numérisation, dynamique non linéaire, auto-organisation, personnalisation, système de navigation synergétique (SNS)

Il ne devrait guère être contesté parmi les praticiennes et praticiens que la psychothérapie est un processus sensible et centré sur les clients. Même si on recourt à des éléments provenant de traitements standards ou des manuels, il se pose en permanence la question de savoir ce qui convient à qui, quelles interventions la patiente ou le patient retravaillera de quelle manière, la procédure à laquelle il ou elle est ouvert(e) (disposition de réception) et comment se déroule le processus à ce moment-là. Tous les facteurs qui font ce processus jouent un rôle dans chaque cas individuel et produisent par leur interaction l'évolution respective – qu'il s'agisse de faisceaux de facteurs généraux tels que les facteurs liés aux clientes et aux clients, les facteurs liés aux thérapeutes, la relation à la thérapie, à l'ajustement et à l'environnement, ou des facteurs spécifiques à la technique (p. ex. les interventions) ou des conditions spécifiques régnant dans la sphère privée ou la sphère professionnelle des clientes et des clients. Les interactions non linéaires qui se produisent dans le système bio-psycho-social d'une cliente ou d'un client conduisent à des processus complexes qui sont tout sauf linéaire et continu ou suivent une courbe effet-dose accélérée de façon négative. Étant donné les résultats des examens souvent confirmés empiriquement et proches de la pratique de déroulements de psychothérapie complexes, individuels, très peu prévisibles et par à-coups, les théories de l'auto-organisation (synergétique) et du chaos dynamique conviennent particulièrement à la compréhension.

Nous sommes ainsi confrontés à des défis spécifiques à l'évaluation du processus, qui sont en outre complétés par le fait que des caractéristiques de processus sont pertinentes pour la décision et sont ainsi enregistrées et identifiées à la hauteur de l'événement – p. ex. en ce qui concerne la stabilité ou l'instabilité des processus. Des problèmes différents, mais tout à fait comparables se posent pour l'évaluation des résultats. L'un d'entre eux consiste par exemple en ce que des caractéristiques des résultats tels que les intensités des symptômes doivent être estimés sur des périodes prolongées en étant ainsi soumises à des défauts de mémoire (« memory biases »). Un autre problème réside dans l'utilisation d'un questionnaire général sur la gravité des problèmes et des symptômes,

que ces derniers soient rapportés au vécu individuel ou interpersonnel, mais qui ne reproduisent pas des évolutions spécifiques et personnelles – p. ex. une augmentation de stress vécus, si les clientes et clients renoncent à leurs attitudes d'évitement et de déni. Un autre problème consiste en ce que des changements ne se présentent souvent pas ou pas seulement en niveaux de caractéristiques, c'est-à-dire en valeurs ou en valeurs moyennes d'échelles quelconques, mais dans le changement de modèles de processus. L'instabilité émotionnelle dans le cas de troubles borderline de la personnalité change sous l'effet d'une baisse de la complexité dynamique de diverses émotions, et à l'inverse un état d'« engourdissement » émotionnel va disparaître sous l'effet d'une intensification de la dynamique émotionnelle.

L'évaluation doit relever ces défis. On dispose ici des possibilités de numérisation, qui est utilisée et dont le développement se poursuit depuis presque deux décennies. Spécialement le système de navigation synergétiques (SNS) est une technologie basée sur Internet et des applis pour relever, stocker, analyser et visualiser des données. La saisie des données est réalisée par le biais de n'importe quels appareils finaux (ordinateur, ordinateur portable, tablette, smartphone), avec connexion via Internet (URL) ou appli. Les applications se situent dans le domaine de la documentation de processus et l'évaluation de traitements psychothérapeutiques, psychosomatiques et psychiatriques, mais également en dehors de la médecine, p. ex. dans le conseil, le coaching, le développement d'équipe, l'aide à la jeunesse ou le sport professionnel. Le SNS est générique et présente par conséquent une flexibilité maximale en termes de temps et d'espace du point de vue du questionnaire à utiliser, mais aussi du point de vue de la saisie d'autres données. Il n'est pas limité à certains questionnaires mais peut, dans le cadre du droit des licences, utiliser différents questionnaires accessibles ou également personnalisés (c'est-à-dire pour développés pour le cas individuel). La fréquence temporelle peut être librement définie : on a le choix entre des prescriptions uniques (screening), un nombre limité de moments (p. ex. début de la thérapie, fin de la thérapie, catamnèse), un enregistrement d'états intermédiaires (p. ex. toutes les semaines, tous les mois) ou très fréquent (p. ex. tous les

jours). Cette dernière est la fréquence de mesure usuelle pour la représentation de déroulements de thérapies (time sampling). Le questionnaire standard normé pour l'enregistrement quotidien de processus est le formulaire de processus thérapeutique (FPT). Il est également possible de prescrire l'enregistrement de moments que l'on veut (event sampling), p. ex. plusieurs fois par jour pour réagir à des événements spécifiques comme le stress ou de fortes émotions (momentary ecological assessment).

Les séries temporelles qui résultent de la réponse régulièrement apportée à des articles donnés (les échelles analogiques visuelles sont représentées dans une plage de valeurs allant de 0 à 100 sur l'axe y, axe x : temps) sont visualisées dans des diagrammes, sachant aussi que différentes séries temporelles d'une personne ou également de différentes personnes (p. ex. dans des thérapies de couples ou familiales) peuvent être superposées. De multiples séries temporelles peuvent également être des diagrammes de résonance de couleur, sachant que l'expression est transmise dans une échelle de couleurs, chaque ligne d'un diagramme représentant un article (qu'il s'agisse d'articles du questionnaire d'une personne ou d'articles de plusieurs personnes différentes, p. ex. d'une famille ou d'une équipe). La complexité dynamique des déroulements est calculée dans une fenêtre glissante en ligne pour chaque série temporelle et représentée à chaque fois individuellement ou également dans un diagramme de résonance, sachant que chaque ligne du diagramme représente un article (intra- ou interindividuel). Les diagrammes de résonance des valeurs brutes et de complexité fournissent l'image d'une synopsis globale de psychothérapies. Les bandes de couleurs verticales représentent de façon synchrone les instabilités critiques qui apparaissent comme avant les changements de modèles (ce qu'on appelle les transitions de phases). D'autres possibilités de représentation de modèles de processus modifiés sont des Recurrence Plots – elles marquent des sections récurrentes d'une série temporelle plus longue – et des modèles de corrélation dynamique. Celles-ci montrent en représentation colorée les corrélations entre les articles d'un questionnaire dans une fenêtre temporelle ; si la fenêtre temporelle suit l'ensemble du processus, on reconnaît le changement du modèle de corrélation dans une représentation à la manière d'un film.

Outre les analyses exhaustives de processus, qui visent la reconnaissance de modèles et de changements de modèles, le système dispose d'un éditeur de questionnaire, qui permet de développer des questionnaires individuels. En partant de modèles de système idéographiques, les variables pertinentes (p. ex. problèmes, ressources, mécanismes de coping, ou d'autres aspects psychologiques)

peuvent être traduites en questions (articles) et utilisées pour l'enregistrement quotidien de processus.

Le SNS est trans-diagnostic et peut être utilisé indépendamment des écoles et des procédés. Il saisit, analyse et visualise les processus de changement à la hauteur de l'événement, de façon à ce que ces derniers puissent être reflétés et discutés en commun avec des clientes et des clients – au sens d'un pilotage de processus commun. Ce qu'on appelle la gestion synergétique du processus est un processus coopératif de « pilotage de thérapie » d'égal à égal avec toutes les expériences d'apprentissage et de relations explicites et implicites. Après que des cas de réglages de traitement indifférents (p. ex. ambulants, stationnaires, partiellement stationnaires) ont été enregistrés et analysés dans la pratique de routine, il devient possible de faire une recherche exhaustive et proche de la pratique (modèle scientist-practitioner). Non seulement des études de cas systématiques apparaissent automatiquement en grand nombre, mais ces dernières peuvent également être agrégées. Un recours au SNS en grand nombre permet des études de résultats de processus avec de très grandes tailles d'échantillons aléatoires, qui vont bien plus loin dans les nombres de cas d'études psychothérapeutiques usuelles.

L'auto-estimation régulière à l'aide du SNS, sachant que des inscriptions dans un journal personnel sont également possibles, représente une intervention régulière autocatalysante (la mesure concerne le changement). Les données saisies avec l'appli proviennent de l'environnement de vie naturel des clientes et des clients (approche écosystémique) et combinent des estimations quantitatives et qualitatives. La procédure combine également une perspective idéographique et nomothétique, ce qui veut dire qu'elle intègre une évaluation de pratique complète avec une recherche de résultat de processus proche de la pratique.

L'auteur

Le professeur d'université Dr. phil. Dr. phil. habil. *Günter Schiepek* est directeur de l'Institut pour la synergétique et la recherche psychothérapie à l'Université de médecine Paracelse, où il est professeur ainsi qu'à l'Université Ludwig-Maximilians de Munich. Il est professeur invité à l'Université Sapienza à Rome en 2019. Membre de l'Académie européenne des sciences et des arts. Membre honorifique de la Société Systémique. Les points forts de son travail sont : synergétique et dynamique de systèmes non linéaire en psychologie, en gestion et dans les neurosciences ainsi que recherche de processus-résultat en psychothérapie.

Contact

E-Mail : guenter.schiepek@ccsys.de

Some contributions on psychotherapy process research published in the Italian journal *Psicoterapia e Scienze Umane* («Psychotherapy and the Human Sciences»)

Alcune pubblicazioni sulla ricerca sul processo della psicoterapia apparse sulla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*

www.psicoterapiaescienzeumane.it

<https://pep-web.org/browse/PSU/volumes>

edited by/la cura di Paolo Migone

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 65–68

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-65>

1967, 1(2/3), 1–5

Pier Francesco Galli, *Psicoterapia e scienza* (1964): www.priory.com/ital/riviste/psicouman/scienza.htm

1988, 22(3), 41–67

Paolo Migone, *Le psicoterapie brevi a orientamento psicoanalitico: origini storiche, principali tecniche attuali, discussione teorico-critica, ricerche sull'efficacia, formazione*

1993, 27(3), 163

Paolo Migone, Review of: Lester Luborsky & Paul Crits-Christoph, *Capire il transfert (Understanding Transference: The CCRT Method [1990])*. Milan: Raffaello Cortina, 1992

1994, 28(2), 149

Paolo Migone, Review of: Joseph Weiss, *How Psychotherapy Works. Process and Technique*. New York: Guilford, 1993 (*Come funziona la psicoterapia*. Preface by Paolo Migone & Giovanni Liotti [1999])

1994, 28(2), 149

Antonella Mancini, Review of: Annalisa Zabonati, Paolo Migone & Giuliano Maschietto (ed.), *La validazione scientifica delle psicoterapie psicoanalitiche* (1991). Venice: IPAR, 1994

2002, 36(4), 124–125

Paolo Migone, Review of: Vittorio Lingiardi, *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Milan: Raffaello Cortina, 2002

2004, 38(1), 118–119

Paolo Migone, Review of: Drew Westen, Jonathan Shedler & Vittorio Lingiardi, *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milan: Raffaello Cortina, 2003

2006, 40(4), 747–764

Sidney J. Blatt, *Una polarità fondamentale in psicoanalisi: implicazioni per lo sviluppo della personalità, la psicopatologia e il processo terapeutico (A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process)*

Riassunto: La polarità tra il tipo di relazioni interpersonali e la definizione del Sé (poli «anaclitico» e «introiettivo»), che è fondamentale per la teoria psicoanalitica e coerente con varie teorie della personalità, fornisce una base concettuale per studiare lo sviluppo della personalità, le variazioni nella organizzazione normale della personalità, diversi tipi di psicopatologia ed aspetti del processo di psicoterapie sia a breve che a lungo termine. I contributi che questa polarità fornisce alla teoria della personalità testimoniano la validità e l'importanza di questo modello teorico. Le concettualizzazioni e i dati empirici discussi in questo lavoro indicano quanto sia vantaggioso superare l'approccio meramente descrittivo delle classificazioni diagnostiche contemporanee basate sul DSM-III e sul DSM-IV, e cercare invece di identificare i principi organizzativi sottostanti della personalità.

Abstract: The polarity of relatedness and self-definition («anaclitic» and «introjective»), fundamental to the development of psychoanalytic theory and consistent with a number of other approaches to personality theory, provides the basis for articu-

lating aspects of personality development, variations in normal personality organization, the explanation of a wide-range of psychopathology, and aspects of the therapeutic process in both short and long-term treatments. The contributions of this fundamental polarity to these aspects of personality theory speak to the validity of this theoretical model and the importance of the fundamental polarity of relatedness and self-definition. The formulations and findings discussed in this paper indicate that there is much to be gained by going beyond the symptom focus of contemporary diagnostic nosology presented in DSM-III and DSM-IV, and seeking instead to identify underlying principles of personality organization.

2007, 41(2), 263

Giorgio Caviglia, Review of: Nino Dazzi, Vittorio Lingiardi & Antonello Colli (ed.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e Strumenti*. Milan: Raffaello Cortina, 2006

2007, 41(4), 527

Paolo Migone, Review of: Michael H. Stone, *Pazienti trattabili e non trattabili. I disturbi di personalità (Personality-disordered Patients. Treatable and Untreatable [2002])*. Milan: Raffaello Cortina, 2007

2009, 43(1), 59–76

Ferdinando Bersani, *La riproducibilità nella scienza: mito o realtà? (Replicability in science: Myth or reality?)*

Riassunto: La ripetibilità, generalmente considerata una delle pietre angolari della scienza, lungi dall'essere un presupposto della ricerca sperimentale è in realtà spesso una difficile conquista che richiede una sufficiente conoscenza dei fenomeni studiati. Inoltre il grado di ripetibilità dipende dagli oggetti e/o dai fenomeni investigati. Anche in Fisica, spesso considerata un paradigma per le cosiddette scienze «dure», il livello di riproducibilità è spesso problematico, e in ogni caso dipende dal tipo di fenomeni e dal livello della loro descrizione. Il problema della ripetibilità è strettamente legato al metodo scientifico, in particolare al processo di generalizzazione sia induttivo che abduttivo. Il problema della demarcazione tra scienza e non scienza è difficile da risolvere, ed è particolarmente critico per quelle discipline talvolta catalogate come «scienze morbide» (*soft*) e «umane», che includono alcuni settori della psicologia e della psicoterapia.

Abstract: Replicability, which is generally considered one of the cornerstones of true science, far from being an obvious precondition for any experimental investigation is often a difficult achievement requiring a sufficient knowledge of the phenomenon under study. Moreover, the degree of replicability depends on the objects and/or phenomena under investigation. Even in physics, often considered a paradigmatic «hard science», the level of reproducibility is often problematic and, in any case, it depends on the type of phenomena and on the level of their description. The problem of reproducibility is entangled with scientific methodology, in particular with induction and abduction. The theory of demarcation between science and non science is hard to clarify, and it is particularly critical for disciplines, generally indicated as «soft sciences»

or «humanities», that include some aspects of psychology and psychotherapy.

2009, 43(1), 77–94

Paolo Migone, *Psicoterapia e ricerca «scientifica» (Psychotherapy and «scientific» research)*: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt108-08.htm

Riassunto: Vengono esaminati alcuni problemi del rapporto tra psicoterapia e ricerca scientifica. In particolare, vengono discussi i seguenti temi: la teoria della demarcazione tra scienza e non scienza, il problema della riproducibilità, le scienze dure (*hard*) e molli (*soft*), la teoria della complessità e del caos, i livelli di probabilità e di indeterminazione, il circolo induttivo-deduttivo, l'abduzione, ecc. Sono presentate delle esperienze cliniche a scopo esemplificativo. Vengono inoltre illustrati alcuni dei problemi incontrati dalla ricerca empirico-quantitativa nello studio della psicoterapia (ad esempio la manualizzazione delle tecniche terapeutiche), e descritte alcune fasi della storia del movimento di ricerca in psicoterapia.

Abstract: Some problems of the relationship between psychotherapy and scientific research are examined. The following aspects are discussed: the theory of demarcation between science and non-science, the problem of replicability, «hard» and «soft» sciences, complexity and chaos theory, the levels of probability and indeterminacy, the inductive-deductive circle, abduction, etc. Clinical material is presented in order to exemplify the issues under discussion. Some of the problems met by empirical research in psychotherapy (for example the manualization of psychotherapy techniques) are described, and the phases of the history of psychotherapy research movement are summarized.

2009, 43(2), 191–214

Mauro Fornaro, *Perché la ricerca in psicoterapia non può esaurire le peculiarità della clinica. Per un'integrazione epistemologica (Why psychotherapy research cannot capture all the idiosyncratic features of clinical experience. towards an epistemological integration)*

Riassunto: Premesso che la nozione di convalida è più ampia di quella di verifica empirica, l'autore evidenzia come la ricerca in psicoterapia, pur epistemologicamente necessaria, non riesca, per ragioni di fatto o di principio, a risolvere in sé le peculiarità della clinica. Questa dettagliata disamina critica non intende suonare di condanna della ricerca empirica, bensì di stimolo a raffinare metodi e tecniche, tenendo in maggior conto le dimensioni della soggettività, ai fini di un'integrazione tra ricerca e clinica. Ma è pur vero che la scelta programmatica della ricerca empirica di porsi – in nome della «oggettività scientifica» – da un punto di vista esterno rispetto agli attori della relazione ripropone in radice lo iato tra approccio empirico-oggettivo (il mondo *per come è*) e approccio fenomenologico-soggettivo (il mondo *per come lo sento e lo vivo*).

Abstract: After having stated that the notion of validation is wider than the notion of empirical verification, the Author stresses that psychotherapy research, though epistemologically necessary, in principle and for factual reasons cannot work as a substitute of

all the particularities of clinical experience. This detailed critical analysis is not aimed at condemning empirical research, but at sharpening research methods and techniques, especially considering the dimensions of subjectivity, in order to integrate research with clinical experience. Nevertheless, the programmatic choice of empirical research to use – for reasons of «scientific objectivity» – a point of view which is external to the therapeutic relationship proposes again the gap between an empirical-objective approach (the world *how it is*) and a phenomenological-subjective approach (the world *how I feel it and experience it*).

2009, 43(4), 577–579

Nicolò Termino, Review of: Gianluca Lo Coco, Claudia Prestano & Girolamo Lo Verso (ed.), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milan: Raffaello Cortina, 2008

2011, 45(1), 23–48

Mauro Fornaro, L'intuizione nella clinica psicoterapeutica. Disamina della sua validità sotto il profilo epistemologico (Intuition in psychotherapy: An investigation on its validity from an epistemological point of view)

Riassunto: A fronte della sfida epistemologica rappresentata dall'odierna ricerca empirica, l'Autore esplora più vie per valorizzare il ruolo dell'intuizione all'interno della clinica psicoterapeutica, in ordine alla possibilità di cogliere l'effettiva situazione del soggetto. A tal fine passa in rassegna le disparate accezioni di «intuizione», coniugandole con una molteplicità di criteri di convalida, per altro dipendenti dal tipo di epistemologia abbracciata. Caldeggiando infine approcci all'oggetto di tipo partecipativo, rileva che l'intuizione produce risultati tanto più validi, quanto più è guadagnata in – e partendo da – una immedesimazione «unipatica», un'attitudine del terapeuta principalmente recettiva, presimbolica e funzionalmente regressiva. L'«unipatia», che trova agganci in recenti scoperte delle neuroscienze, costituisce una preziosa fonte di dati e sancisce la differenza dell'intuizione rispetto al suo uso nelle scienze naturali.

Abstract: The epistemological challenge of contemporary empirical research motivates the Author to explore various ways to value the function of intuition in psychotherapeutic practice, to the aim of grasping the subject's real experience. To this purpose, he examines the different meanings of «intuition», intertwining them with a variety of validation criteria that depend on the type of accepted epistemology. In favor of participative approaches to the object, the Author states that, at the very least, the more intuition can produce truthful results, the more it is obtained in, and starting from, a «unipathic» merging – i.e., a therapist's mainly receptive, pre-symbolic and functionally regressive attitude. «Unipathy», which has also interesting correlates with recent discoveries of neuroscience, provides a precious data source and makes intuition different from its use in natural sciences.

2011, 45(3), 425

Andrea Castiello d'Antonio, Review of: Franco Del Corno & Pietro Rizzi (ed.), *La ricerca qualitativa in psicologia clinica. Teoria, pratica, vincoli metodologici*. Milan: Raffaello Cortina, 2010

2012, 46(2), 263–282

Marcia Angell, L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria (The epidemic of mental illness and the illusions of psychiatry [2011])

2012, 46(3), 333–358

Drew Westen, Jonathan Shedler, Bekh Bradley & Jared A. DeFife, Una tassonomia delle diagnosi di personalità derivata empiricamente: colmare il divario tra scienza e clinica nella concettualizzazione della personalità (An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality). Con una Nota di Vittorio Lingiardi e Francesco Gazzillo

Riassunto: Viene presentato un sistema diagnostico della patologia di personalità derivato empiricamente, clinicamente rilevante e di agevole uso quotidiano. Un campione randomizzato di 1.201 psichiatri e psicologi clinici statunitensi ha descritto un proprio paziente, selezionato in modo casuale e affetto da un disturbo della personalità, utilizzando la *Shedler-Westen Assessment Procedure-II* (SWAP-II). L'analisi fattoriale ha prodotto 10 diagnosi di personalità, clinicamente coerenti, organizzate in tre *cluster* sovraordinati: internalizzante, esternalizzante e borderline-disregolato. Le descrizioni col punteggio più elevato sono state selezionate per costruire un prototipo di ogni sindrome di personalità. In un secondo campione indipendente, i ricercatori e i clinici sono stati in grado di diagnosticare le sindromi di personalità con un elevato accordo e un livello minimo di comorbidità. Questi 10 prototipi diagnostici sono empiricamente fondati e clinicamente rilevanti.

Abstract: A system for diagnosing personality pathology that is empirically derived, clinically relevant, and practical for day-to-day use is described. A random US sample of psychiatrists and clinical psychologists (N = 1.201) described a randomly selected patient with any degree of personality dysfunction using the *Shedler-Westen Assessment Procedure-II* (SWAP-II). Factor analysis to identify naturally occurring diagnostic groupings yielded 10 clinically coherent personality diagnoses organized into three higher-order clusters: internalizing, externalizing, and borderline-dysregulated. The most highly rated descriptors to construct a diagnostic prototype for each personality syndrome were selected. In a second, independent sample, researchers and clinicians were able to diagnose the personality syndromes with high agreement and minimal comorbidity. These 10 prototypes provide a framework for personality diagnosis that is both empirically based and clinically relevant.

2013, 47(1), 9–22

Pat Bracken et al., Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma (Psychiatry beyond the current paradigm [2012])

Riassunto: Alcuni recenti editoriali del *British Journal of Psychiatry* hanno argomentato che la psichiatria sta attraversando una crisi, e che tra le soluzioni vi sarebbe un rafforzamento della sua identità come essenzialmente «neuroscienza applicata». Senza sminuire l'importanza delle neuroscienze e

della psicofarmacologia, gli Autori sostengono che la psichiatria deve superare l'attuale paradigma tecnologico dominante. Questo rifletterebbe maggiormente le evidenze empiriche e servirebbe anche a rafforzare una collaborazione più significativa col movimento degli utenti dei servizi psichiatrici. Vengono presi in rassegna vari studi controllati randomizzati (RCT) che mostrano l'efficacia degli interventi non specifici e non tecnologici.

Abstract: A series of recent editorials in *The British Journal of Psychiatry* have argued that psychiatry is in the midst of a crisis. The various solutions proposed would all involve a strengthening of psychiatry's identity as essentially «applied neuroscience». While not discounting the importance of the brain sciences and psychopharmacology, the Authors argue that psychiatry needs to move beyond the dominance of the current, technological paradigm. This would be more in keeping with the evidence about how positive outcomes are achieved and could also serve to foster more meaningful collaboration with the growing service-user movement. Various controlled studies supporting the efficacy of non specific and non technological interventions are reviewed.

2013, 47(1), 130–133

Paolo Migone, Review of: John C. Norcross (ed.), *Quando la relazione psicoterapeutica funziona ... Vol. 1: Ricerche scientifiche a prova di evidenza. Vol. 2: Efficacia ed efficienza dei trattamenti personalizzati (Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness [2011])*. Rome: Sovera, 2012

2013, 47(4), 601–620

Mauro Fornaro, Come validare le interpretazioni e le spiegazioni in clinica senza ricorrere alla ricerca empirica (How can we confirm clinical interpretations and explanations without resorting to empirical research)

Riassunto: Partendo dalla constatazione che la freudiana convergenza di ricerca e clinica (*Junktim*) è insufficiente a convalidare interpretazioni e teorie sorte nel corso dell'itinerario di cura, si intende anzitutto fare chiarezza sui principali concetti teorici che di solito introduce chi si occupa della scientificità o meno della psicoanalisi. Il fine è di mostrare che almeno le interpretazioni nel concreto caso che l'analista ha di fronte divengono plausibili adottando congiuntamente una serie di criteri, quali la convergenza di indizi, la fecondità euristica, la buona forma e la coerenza

narrativa, alcuni dei quali già previsti dagli sviluppi dell'epistemologia novecentesca. Nella misura in cui però interpretazioni e spiegazioni dipendono da teorie generali sul funzionamento psichico, la validazione di queste ultime esige il ricorso pure a ricerche extracliniche, o almeno il confronto con discipline limitrofe che insistono su segmenti della teoresi psicoanalitica.

Abstract: Starting from the observation that Freud's convergence of research and therapy (*Junktim*) is not enough to validate interpretations and theories arisen during analytic treatment, the principal theoretical concepts, usually introduced by researchers dealing with the problem if psychoanalysis is a science, are clarified. The aim is to demonstrate that interpretations in the concrete case the analyst is treating are plausible only if the analyst uses in the same time a series of criterions, like convergence of clues, heuristic fruitfulness, aesthetic value and narrative coherence; some of these criterions were already focused by the epistemological developments of 20th century. Nevertheless, the more interpretations and explanations rely on general theories on psychic functioning, the more their confirmation requires resorting also to extra-clinical research, or at least to confrontations with bordering disciplines dealing with same chapters of psychoanalytic theory.

2016, 50(4), 149–152

Paolo Migone, Review of: Raymond A. Levy, J. Stuart Ablon & Horst Kächele (ed.), *La psicoterapia psicodinamica basata sulla ricerca (Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence [2012])*. Milan: Raffaello Cortina, 2015

2016, 50(3)

Cosa resta della psicoanalisi. Domande e risposte. 9: Psicoanalisi e ricerca empirica (Where is psychoanalysis today? Questions and answers. 9: Psychoanalysis and empirical research): www.spiweb.it/ricerca/ricerca-empirica/psicoanalisi-e-ricerca-empirica-cosa-pensano-gli-psicoanalisti-da-psicoterapia-e-scienze-umane-vol-1-n-3-2016

2016, 50(4), 785–786

Paolo Migone, Review of: Bruce E. Wampold & Zac E. Imel, *Il grande dibattito in psicoterapia. L'evidenza della ricerca scientifica avanzata applicata alla clinica (The Great Psychotherapy Debate [2015])*. Rome: Sovera, 2017

Umgang mit psychischen Erkrankungen

Ein Vergleich zwischen Patienten¹ mit und ohne Migrationshintergrund

Nane Ohanian

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 69–74

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-69>

Zusammenfassung: Seit Jahren ist eine kontinuierliche Zuwanderung von Migranten nach Deutschland zu verzeichnen. Menschen, die in einem Migrationsprozess sind, laufen Gefahr, psychisch zu erkranken. Gibt es in Deutschland Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationserfahrung im Umgang mit psychischer Erkrankung? Patienten der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin am Johann Wolfgang Goethe-Universitätsklinikum in Frankfurt wurden mithilfe eines Fragebogens zum Umgang mit psychischen Erkrankungen befragt. Der psychische Beschwerdedruck wurde durch die Symptomcheckliste (SCL-k-9) und das Antwortverhalten durch die Soziale Erwünschtheits-Skala (SES-17) gemessen. Die Stichprobe umfasste $n = 81$ im Alter zwischen 18 und 77 Jahren. Das sozial erwünschte Antwortverhalten der Patienten mit Migrationserfahrung unterscheidet sich signifikant von der Probandenstichprobe ohne Migrationshintergrund ($p = .020$). Patienten mit Migrationserfahrung zeigen bezüglich ihrer psychischen Erkrankung eine schambesetztere Kommunikation in ihrem sozialen Umfeld als Patienten ohne Migrationserfahrung (Partner: $p = .000$; Eltern: $p = .005$). Die Analyse zeigt, welche Bedeutung das Bewusstsein für den andersartigen Umgang von Patienten mit Migrationserfahrung mit ihrer eigenen psychischen Erkrankung hat.

Schlüsselwörter: psychische Erkrankungen, Patienten mit Migrationserfahrung, soziale Erwünschtheit, Scham, Stigmatisierung

Einleitung

Seit 20 Jahren ist eine kontinuierliche Zuwanderung von Migranten nach Deutschland festzustellen. Allein im Jahr 2019 sind über anderthalb Millionen Migranten nach Deutschland gezogen (StatBa, 2020). Trotz der hohen Zuwanderung ist es dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitssystem bisher nicht gelungen, die Bedürfnisse der Zuwanderer abzudecken (Schouler-Ocak et al., 2020). Dies ist insofern gravierend, als dass bei fehlenden Sprachkenntnissen und herkunftsspezifischer Symptompräsentation Missverständnisse im Behandlungskontakt auftreten können. Behandlungsfehler sind in diesem Zusammenhang nicht auszuschließen (Golsabahi-Broclawski et al., 2020). Psychisch erkrankte Migranten neigen dazu, besondere Symptompräsentationen durch körperliche Symptome auszudrücken, wie etwa bei Depressivität durch Kopfschmerzen und Schwindel. Dies wird auf ein hohes Mass der psychischen Belastung, aber auch auf fehlende Sprachkenntnisse und traditionelle Ausdrucksformen zurückgeführt. Zudem können kultur- und migrationsbedingte Risikofaktoren Stress verursachen (Morawa et al., 2020), die den Beschwerdedruck verstärken (Schick et al., 2018). Chang (2019) stellte fest, dass psychisch erkrankte Migranten besonders stark von Stigmatisierung bedroht sind. Es bestehen Vor-

urteile im Helfersystem, die durch fehlendes Vertrauen und Fremdenangst ausgelöst werden (Ortiz-Müller et al., 2021). Neben der Stigmatisierung von aussen entwickeln Patienten mit Migrationshintergrund häufig eine selbstbezogene Stigmatisierung. Diese entsteht durch die eigene Unsicherheit, sich in anerkannter Weise mit dem Eigenbild zu identifizieren, nicht zuletzt aufgrund der kulturell geprägten Sichtweisen zu psychischen Erkrankungen (Azizi & Golsabahi-Broclawski, 2020). Um eine optimale Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund zu gewährleisten, sind demnach neben interkultureller Kompetenz (Marek & Nemeth, 2020) Erkenntnisse der transkulturellen Psychiatrie bei der psychosozialen Versorgung und ein Bewusstsein für kulturspezifische Besonderheiten in der Behandlungsinteraktion (Steinhäuser et al., 2021) notwendig. Untersuchungen zeigen, dass Patienten mit Migrationshintergrund unverhältnismässig oft medizinische Notfalleinrichtungen aufsuchen (Boutziona et al., 2020). Im Vergleich dazu werden andere ambulante Einrichtungen und Fachärzte selten aufgesucht (Borde & David, 2011). Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten mit Migrationshintergrund unzureichend versorgt und betreut werden, obwohl vor allem bei Migranten durch die Entwurzelung und den kräftezehrenden Migrationsprozess ein besonderes Verlangen nach Beistand, Anerkennung und Zuversicht besteht (Son et al., 2018).

Studien, in denen psychisch erkrankte Migranten mit einheimischen Patienten verglichen wurden, sind bislang

¹ Zwecks besserer Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet.

überwiegend ausserhalb Deutschlands erstellt worden (Arranz et al., 2020; Kawa et al., 2017). Diese zeigen, dass traditionelle oder religiöse Vorgaben (Okasha et al., 2020), kulturell bedingte Schamkonzepte (Collardeau et al., 2021) und Stigmatisierungen im Herkunftsland (Misra et al., 2021) den Umgang der Betroffenen mit ihrer Erkrankung beeinflussen. Um kulturelle Unterschiede bei psychischer Erkrankung zu verstehen, muss der Zusammenhang der individuellen Wahrnehmung des Patienten in Verbindung mit den gesellschaftlichen Umständen verstanden werden. Die Verknüpfung zwischen individuellen Charaktermerkmalen, Sprachkenntnissen, Traditionen der Herkunftskultur mit den Möglichkeiten der psychosozialen Versorgung und dem kulturellen Krankheitsverständnis sind ausschlaggebend (Chao et al., 2020). Nachfolgend wird dargelegt, inwieweit es in Deutschland Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationserfahrung im Umgang mit psychischen Erkrankungen gibt. Dazu wurden Fragebogenuntersuchungen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin am Johann Wolfgang Goethe-Universitätsklinikum in Frankfurt durchgeführt. Der psychische Beschwerdedruck wurde durch die Symptomcheckliste (SCL-k-9) und das Antwortverhalten durch die Soziale Erwünschtheits-Skala (SES-17) gemessen.

Methodik

Für die empirischen Analysen wurden im Jahr 2011 Patienten der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin am Johann Wolfgang Goethe-Universitätsklinikum in Frankfurt auf den Klinikstationen mit psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungsschwerpunkten sowie der psychosomatischen Ambulanz rekrutiert. Insgesamt nahmen 81 Probanden an der Studie teil. Die Stichprobe bestand aus 68 Patienten ohne Migrationshintergrund und 13 Patienten mit Migrationshintergrund. Unter ihnen befanden sich 38 männliche und 43 weibliche Patienten im Alter zwischen 18 und 77 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug 39.1 Jahre. Der Grossteil der migrierten Probandengruppe stammte aus der Türkei, Rumänien und Polen. Vereinzelt gaben die Probanden mit Migrationshintergrund aber auch Herkunftsländer wie Iran, Serbien oder Angola an. Die Aufenthaltsdauer der Probanden mit Migrationshintergrund in Deutschland betrug zwischen 5 und 40 Jahren. Durchschnittlich lebten sie seit 22.9 Jahren in Deutschland. Die grosse Mehrheit der deutschen und knapp ein Zehntel der Probanden mit Migrationshintergrund wurden in Deutschland geboren. Während lediglich 3 % der deutschen Probanden ausserhalb Deutschlands zur Welt kamen, hatten beinahe alle ausländischen Probanden ihren Geburtsort ausserhalb Deutschlands. Die Eltern der ausländischen Probanden wurden alle ausserhalb von Deutschland geboren, während fast alle Eltern der deutschen Probanden Deutschland als Geburtsort hatten. Mehr als die Hälfte der deutschen und ausländischen Probanden waren Christen. Während ein Drittel der Probanden mit Migrationshintergrund

Muslime waren, fühlten sich lediglich 3 % der deutschen Probanden dem muslimischen Glauben zugehörig. Knapp ein Fünftel der Deutschen waren Atheisten, während keiner der Probanden mit Migrationshintergrund angab, Atheist zu sein. Den Teilnehmern wurde nach mündlicher Aufklärung ein anonymisierter Fragebogen ausgehändigt. Dieser setzt sich aus standardisierten psychometrischen Testverfahren (Messung des psychischen Beschwerdedrucks mithilfe der Symptomcheckliste SCL-k-9; Erfassung des sozial erwünschten Antwortverhaltens einer Person mithilfe der SES-17) sowie einem selbstkonzipierten Fragebogen mit 87 Items zur Erfassung des Umgangs mit der psychischen Erkrankung zusammen. Der Fragebogen wurde mit einem frankierten Rückumschlag ausgehändigt, um ein Ausfüllen zu Hause zu ermöglichen.

Der anonymisierte Fragebogen wurde konzipiert, um zu erfassen, wie die Probanden mit der vorliegenden psychischen Erkrankung umgehen, ob Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund festzustellen sind und worin diese bestehen. Die Antworten wurden auf einer vierstufigen Likertskala mit den Extremen «Ja, trifft vollkommen zu» (3 Punkte) und «Nein, trifft gar nicht zu» (0 Punkte) gegeben. Die Items des Fragebogens erfassen neben dem sozioökonomischen Status die Skalen Traditionalismus, Glaubenszugehörigkeit, Kommunikationsverhalten, Schamgefühl, Bewältigungsstrategien, Behandlungcompliance, Stigmatisierung und das Integrationsbestreben. Die Skala Traditionalismus erfasst die Selbsteinschätzung des Traditionsbewusstseins. Es wird erfragt, wie wichtig dem Probanden seine kulturelle Tradition und die klare Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern sind und welchen Stellenwert Religion innerhalb des Familienlebens einnimmt. Hohe Werte in der Skala zeigen, dass bei dem Probanden ein starkes Traditionsbewusstsein vorhanden ist. Die 23 Items der Skala Integration messen das Integrationsbestreben des Probanden. Hohe Werte, die anhand der Skala ermittelt werden, deuten darauf hin, dass der Proband bemüht ist, sich in Deutschland zu integrieren. Um zu erfassen, wie stark der Herkunftsbezug ist, wurde anhand der Skala Bezug zum Herkunftsland erfragt, wie stark der Bezug zum Herkunftsland der Mutter und zum Herkunftsland des Vaters ist. Diese Skala untersucht die Bindung und den Bezug zum Heimatland, wobei hohe Werte für eine starke Herkunftsbezogenheit stehen. Die Skala Offenheit analysiert die Offenheit gegenüber dem sozialen Umfeld in Bezug auf die psychische Erkrankung. Hohe Werte stehen hier für einen offenen Umgang mit der psychischen Krankheit. Anhand der Skala Scham wird das Schamempfinden in Bezug auf die Krankheit ermittelt. Hohe Werte weisen auf ein starkes Schamempfinden des Probanden hin. Mit der Skala Isolation wird gemessen, wie stark der Proband sich im Rahmen der Erkrankung von seinem Umfeld isoliert. Hohe Werte beschreiben eine starke Tendenz des Probanden, sich im Laufe der Erkrankung zu isolieren. Die Skala herkunftslandspezifische Reaktionen gibt Aufschluss darüber, wie der Proband Reaktionen von Landsleuten wahrnimmt und wie weit er Herkunft und Reaktion auf die bestehende Erkrankung miteinander assoziiert. Hohe Werte in dieser Skala weisen auf eine starke

kulturspezifische Reaktion auf die Erkrankung aus dem sozialen Umfeld hin. Die Skala Therapieerfolgseinschätzung erfasst, wie hoch der Patient den Behandlungserfolg durch eine Psychotherapie und durch eine medikamentöse Therapie einschätzt. Hohe Werte lassen hierbei auf eine hohe Zuversicht im Hinblick auf eine Therapie schliessen. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen reicht von ausreichend ($\alpha = .55$) bis sehr gut ($\alpha = .88$).

Die Symptomcheckliste SCL-k-9 nach Klaghofer und Brähler (2001) ist die Kurzversion der Symptomcheckliste SCL-90-R von Derogatis (2016), die den psychischen Beschwerdedruck misst. Der Fragebogen enthält neun Items, die die Intensität des psychischen Beschwerdedrucks der letzten sieben Tage erfassen. Die Beantwortung der neun Items erfolgt anhand einer fünfstufigen Likertskala von 0 «überhaupt nicht» bis 5 «sehr stark». Die interne Konsistenz liegt bei $\alpha = .87$. Die Auswertung der SCL-k-9 erfolgt durch die Addition der Rohwerte, die durch die Anzahl der Items dividiert werden. Daraufhin folgt die Umwandlung in T-Werte ($MW_{total} = .41$, $SD_{total} = .51$). Die Soziale-Erwünschtheits-Skala-17 (SES-17) nach Stöber (2001) wurde konzipiert, um das sozial erwünschte Antwortverhalten einer Person zu erfassen. Der Fragebogen umfasst 17 Items. Die interne Konsistenz liegt mit Werten zwischen .72 bis .75 im akzeptablen bis guten Bereich. Die Items werden z-transformiert und mit $MW = 0$ verglichen. Je mehr Items, die eine sozial erwünschte Antwort erfassen, bejaht werden, desto stärker kann davon ausgegangen werden, dass sozial erwünschtes Antwortverhalten vorliegt. Durch die Analyse der sozialen Erwünschtheit wird es möglich, die Tendenz des Antwortverhaltens eines Probanden zu erfassen und Rückschlüsse darauf ziehen, wie sozial erwünscht andere psychometrische Testverfahren beantwortet werden. Die Auswertung der psychometrischen Testverfahren erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 19.0. Die Häufigkeiten der Antwortoptionen des anonymisierten Fragebogens wurden anhand der deskriptiven Statistik ermittelt. Für die Inferenzstatistik wurden t-Tests mit einem festgelegten Signifikanzniveau von $\alpha < .05$ durchgeführt.

Ergebnisse

Es zeigt sich, dass signifikante Unterschiede zwischen Probanden mit Migrationshintergrund und Probanden ohne Migrationshintergrund bezüglich ihres Umgangs mit psychischen Erkrankungen und Belastungen vorliegen. Während sich ein Drittel der Probanden ohne Migrationshintergrund bei psychischen Problemen an ihre Eltern und über 60 % an ihren Partner wenden, wenden sich Probanden mit Migrationshintergrund nicht an ihre Eltern und lediglich 50 % sprechen mit dem Partner über die psychischen Probleme ($p = .000$). Herausforderungen im Beruf werden von 40 % der Probanden ohne Migrationshintergrund mit den Eltern besprochen, während dies lediglich 10 % der Probanden mit Migrationshintergrund taten. Ein Fünftel der Probanden ohne Migrationshintergrund und fast die Hälfte der Probanden mit Migrationshintergrund machen berufliche

Probleme mit sich selbst aus ($p = .05$). Finanzielle Probleme wurden von drei Viertel der Probanden ohne Migrationshintergrund im privaten Umfeld besprochen. Weniger als die Hälfte der Probanden mit Migrationshintergrund neigten dazu, ihre finanzielle Not anderen mitzuteilen ($p = .026$).

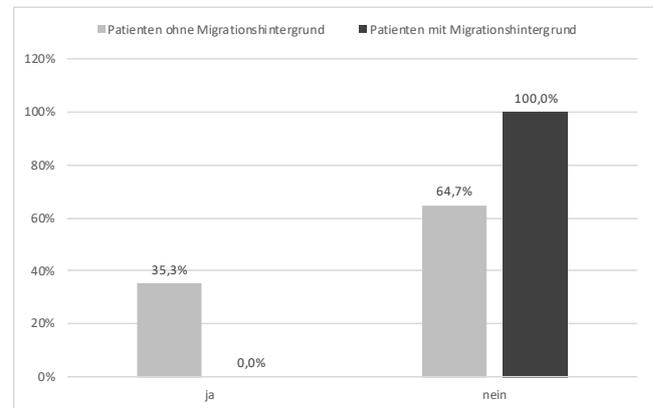


Abb. 1: Eltern als Ansprechpartner bei psychischen Belastungen ($p = 0.005$), eigene Darstellung

Hinsichtlich der Einschätzung der Offenheit im Herkunftsland bezüglich der psychischen Erkrankungen zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Probandengruppen. Die Hälfte der Probanden ohne Migrationshintergrund schätzte den Umgang in Deutschland mit psychischen Erkrankungen als offen ein. Von dieser Offenheit in ihrem Herkunftsland war weniger als ein Fünftel der Probanden mit Migrationshintergrund überzeugt. Circa 75 % der Probanden mit Migrationshintergrund gingen von Vorbehalten gegenüber psychischen Krankheiten in ihrem Herkunftsland aus ($p = .021$).

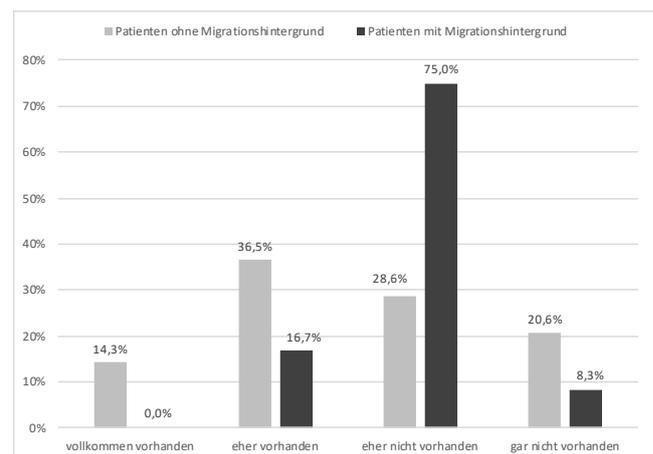


Abb. 2: Offenheit im Herkunftsland gegenüber psychischen Erkrankungen ($p = 0.021$), eigene Darstellung

Die Ergebnisse der Inferenzstatistik deuten darauf hin, dass Probanden mit Migrationshintergrund ($T = 77.14$) im Vergleich zu Probanden ohne Migrationshintergrund ($T = 74.37$) einen stärkeren psychischen Leidensdruck erleben. Ein signifikanter Unterschied liess sich jedoch

nicht feststellen ($t = -5.47$; $df = 75$; $Sig. [2-seitig] = .59$). Hinsichtlich des sozial erwünschten Antwortverhaltens zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen beiden Probandengruppen. Die Probanden ohne Migrationshintergrund gaben im Durchschnitt sieben sozial nicht erwünschte, doch mit hoher Wahrscheinlichkeit wahrheitsgetreue Antworten an. Die Probanden mit Migrationshintergrund gaben fünf sozial nicht erwünschte Antworten an. Der z-transformierte Wert lag bei den Probanden ohne Migrationshintergrund ($z = .34$) deutlich höher als der Wert bei den Probanden mit Migrationshintergrund ($z = -.41$). Der t-Test ($t = 2.378$; $df = 74$; $Sig. (2-seitig) = .016$) bestätigt, dass sich die Probandenstichprobe mit Migrationshintergrund im sozial erwünschten Antwortverhalten signifikant von der Probandenstichprobe ohne Migrationshintergrund unterscheidet.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie sollen einen Überblick über die Möglichkeiten geben, welche Aspekte psychisch erkrankte Migranten im Umgang mit ihrer Erkrankung beeinflussen. Sie dienen dazu, eine individuelle Untersuchung der psychisch erkrankten Patienten mit Migrationshintergrund zu erleichtern und ein Bewusstsein für die Andersartigkeit im Umgang von Patienten mit Migrationshintergrund mit ihrer psychischen Erkrankung zu schaffen.

Entsprechend der Erwartungen zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Patientengruppen hinsichtlich ihres Umgangs mit ihrer psychischen Erkrankung. Die Unterschiede liegen insbesondere in der Kommunikation, die bei Patienten mit Migrationshintergrund schambesetzter ist als bei Patienten ohne Migrationshintergrund, in dem Traditionalismus, der Stigmatisierung und dem sozial erwünschten Antwortverhalten. Es wurde deutlich, dass sich Patienten mit Migrationshintergrund stärker an traditionellen Werten orientieren und ihr Umfeld ihnen gegenüber als stigmatisierender einschätzen als Patienten ohne Migrationshintergrund. 85 % der Patienten mit Migrationshintergrund gaben an, dass es in ihrer Heimat kaum oder gar keine Toleranz gegenüber psychischen Erkrankungen gibt. Psychische Erkrankungen werden von traditionell eingestellten Migranten oft durch kulturell geprägte Krankheitskonzepte erklärt. Besonders bei Muslimen, einem Drittel der untersuchten Patienten, werden psychische Erkrankungen häufig durch Zauber, Magie und Dämonen begründet (Galsaard, 2021). Der mächtige Traditionalismus und die Furcht vor Stigmatisierung durch traditionell geprägte Landsleute legen nahe, dass Muslime eine stationäre Behandlung erst nach Ausschöpfung der vertrauten religiös-traditionellen Heilungspraktiken, wie Gebete und die Konsultation eines Hocas (Assion, 2018), in Anspruch nehmen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass religiös orientierte Patienten unter Umständen schwerer für eine klinische Therapie zu gewinnen sind und den Therapiemethoden misstrauen. Nicht nur durch Zweifel an einer stationären Behandlung, sondern auch der Komplex aus traditionellem Kommu-

nikationsstil, kulturell geprägtem Schamempfinden und Ablehnung einer in der Therapie notwendigen Selbstreflexivität bilden Barrieren bei der Behandlung. Diese beeinflussen nicht nur den Umgang des Patienten mit der Erkrankung selbst, sondern auch die Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Behandler. Zusammenfassend leitet sich daraus ab, dass die Angst vor Stigmatisierung durch Mitpatienten, das fremde Helfersystem und eigene Familienkollektiv Unsicherheiten und innere Konflikte bei den Patienten mit Migrationsgeschichte bewirken und eine stationäre Behandlung zusätzlich erschweren.

Tendenziell, wenn auch nicht signifikant höher, erleben Patienten mit Migrationshintergrund einen höheren psychischen Beschwerdedruck als Patienten ohne Migrationshintergrund. Deutlichere Ergebnisse zeigten sich bei der Untersuchung zum sozial erwünschten Antwortverhalten. Die psychisch erkrankten Migranten antworteten wesentlich öfter sozial erwünscht als die Patienten ohne Migrationshintergrund. Hierbei ist zu beachten, dass Patienten, die aus autoritär geführten Herkunftsländern zugewandert sind, durch das politisch vorherrschende Staatsregime Tendenzen aufzeigen können, sozial erwünschter zu antworten (Zhou et al., 2020). Die vorliegenden Ergebnisse weisen im Einklang mit Schouler-Ocak und Kollegen (2020) sowie Steinhäuser und Kollegen (2021) darauf hin, dass für eine angemessene therapeutische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund interkulturelle Kompetenzen und kultursensible Haltungen des medizinischen Personals von hoher Bedeutung sind.

Vor allem bei besonders traditionell orientierten Migranten zeigen die Ergebnisse der Studie im Einklang mit der aktuellen Studienlage, dass sich bei psychischen Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit zur Selbstisolation und Entwicklung eines Minderwertigkeitsgefühls erhöht. Ältere Personen – die Eltern eingeschlossen – stehen in kollektivistisch geprägten Gesellschaften in der Rangordnung an oberster Stelle (Robinson, 2020). Ihre ausbleibende Versorgung aufgrund der psychischen Erkrankung bedeutet für betroffene Patienten oftmals Versagen und Schande (Nielsen & Waldemar, 2020). Es ist anzunehmen, dass sich Patienten mit Migrationshintergrund infolgedessen in einem innerpsychischen Loyalitätskonflikt mit der Sorge vor Ausschluss und Abwertung durch das Kollektiv befinden (Collardeau et al., 2021). Die Angst vor ablehnenden Reaktionen der Familie, bspw. durch öffentliche Distanzierung, kann als weiterer Grund für Patienten mit Migrationshintergrund angesehen werden, ihre psychische Belastung zu verschweigen (Bidisha & Shikha, 2021). Es überrascht daher nicht, dass alle Patienten mit Migrationshintergrund es verneinten, ihre Eltern bei psychischen Problemen als Ansprechpartner in Betracht zu ziehen. Auch einen Austausch mit dem Partner lehnte die Hälfte der Probanden mit Migrationshintergrund ab. Für traditionell-kollektivistischen Patienten mit Migrationshintergrund könnte das offene Ansprechen der psychischen Erkrankung gegenüber ihrem Lebenspartner eine Minderung des Ansehens oder eine Entehrung bedeuten. Obwohl Traditionalismus nicht mit Religiosität gleichzusetzen ist, besteht bei traditionell orientierten Patienten

oftmals ein religiös ausgerichteter Lebensstil (Koenig et al., 2020), der durch schamassozierte Glaubenskonzepte geprägt sein kann. In islamisch geprägten Kulturen etwa gelten psychische Erkrankungen insbesondere bei Frauen als Sünde und Unsauberkeit (Strasser, 2006). Da gerade von Frauen in traditionell-kollektivistischen Gesellschaften Zurückhaltung und Diskretion erwartet wird und zudem in der islamischen Kultur ein besonders stigmatisiertes Frauenbild bei psychischen Erkrankungen besteht, liegt es nahe, dass Frauen mit Migrationshintergrund dazu tendieren, die Problematik ihrer Erkrankung vor ihrem Partner geheim zu halten und diese nur mit anderen Frauen zu besprechen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Patienten mit Migrationshintergrund verglichen mit den Patienten ohne Migrationshintergrund es eher vermeiden, psychische Belastungen mit ihrem Umfeld zu teilen. Ein sensibler Umgang und eine diskrete Kommunikation des behandelnden Personals gegenüber Angehörigen sind daher sehr wichtig und für eine gute Beziehung zwischen den Patienten mit Migrationshintergrund und dem behandelnden Personal unerlässlich.

Limitationen dieser Studie bestehen insbesondere in der geringen Anzahl an Probanden. Weitere Untersuchungen mit einem höheren Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund sind für differenziertere Handlungsempfehlungen notwendig. Obwohl bei der Durchführung der Studie darauf geachtet wurde, dass alle Probanden die deutsche Sprache ausreichend sprechen und verstehen, kann es für weitere Forschungen empfehlenswert sein, die Fragebogen in der jeweiligen Muttersprache zu formulieren. Fast ein Fünftel der Probanden mit Migrationshintergrund gab an, Deutsch wenig bis ungenügend lesen oder schreiben zu können. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass mangelhafte Lese- und Schreibfähigkeit für die psychisch erkrankten Migranten bei Klinik- oder Arztbesuchen, beim Ausfüllen von Frage- und Aufklärungsbogen sowie bei der schriftlichen Anamnese vor Screening-Untersuchungen falsche Behandlungsrückschlüsse, längere Wartezeiten und Versäumung von Terminen verursachen (Kletecka-Pulker et al., 2021). Bei fehlenden Lese- und Schreibfähigkeiten können muttersprachliche Informationshilfen wie Dolmetscher, Flyer und Broschüren erforderlich sein, um gesundheitliche Hilfen in Anspruch zu nehmen und sich nicht aus Frustration abzuwenden (Zhao et al., 2019). Um zu testen, wie ehrlich die Patienten auf die gestellten Fragen antworteten, wurde mithilfe der Sozialen-Erwünschtheits-Skala-17 das sozial erwünschte Antwortverhalten untersucht. Bedauerlicherweise stehen bislang keine kulturadaptierenden Formen des SES-17 zur Verfügung. Auch hinsichtlich der Symptomcheckliste (SCL-k-9) wäre es aufgrund der kulturbedingten Symptompräsentation wichtig gewesen, eine kultursensible Testdiagnostik einzusetzen. Beim Einsatz der Symptomcheckliste SCL-90-R ist es zwar möglich, die Patienten mithilfe polnischer, russischer und arabischer Versionen kultursensibel zu befragen, eine kulturkompatible Kurzversion des SCL-90-R gibt es jedoch nicht. Es wäre interessant zu sehen, inwieweit die Aussagen zum psychischen Beschwerdedruck durch die Verwendung kultursensibler Testdiagnostik beeinflusst werden.

Literatur

- Arranz, S., Camacho, J., Andres, C., Niubo, I. & Sanchez Gistau, V. (2020). Comparison between a morocco and a native-born population, in a sample of first episode psychosis. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 13(2), 73–79.
- Assion, J.-H. (2018). Schamanismus und Psychotherapie. In W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (S. 334–335). 2. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Azizi, M. & Golsabahi-Broclawski, S. (2020). Psychiatrie: Wahnhafte Störungen und kultursensible Therapieformen. In A. Gillessen, A. Golsabahi-Broclawski, A. Biakowski & A. Broclawski (Hrsg.), *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin* (S. 287–302). Wiesbaden: Springer.
- Bidisha, B. & Shikha, D. (2021). Perceived Stigma among Family Members of Persons Suffering from Mental Illness: A Narrative Exploration from West Bengal, India. *Qualitative Report*, 26(4), 1309–1330.
- Borde, T. & David, M. (2011). Ethnizitäten und Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (S. 468). München: Urban & Fischer.
- Boutziona, I., Papanikolaou, D., Sokolakis, I., Vaios Mytilekas, K. & Apostolidis, A. (2020). Healthcare Access, Quality, and Satisfaction Among Albanian Immigrants Using the Emergency Department in Northern Greece. *J Immigr Minor Health*, 22(3), 512–525.
- Chang, C.D. (2019). Social Determinants of Health and Health Disparities Among Immigrants and their Children. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 49(1), 23–30.
- Chao, Y.-Y., Young Seo, J., Katigbak, C. & Chang, Y.-P. (2020). Utilization of Mental Health Services Among Older Chinese Immigrants in New York City. *Community Ment. Health J.*, 56(7), 1331–1343.
- Collardeau, F., Bin Aftab, M.U., Jibeen, T. & Woodin, E. (2021). Pakistani Immigrants' Nuanced Beliefs About Shame and Its Regulation. *Int. Perspect. Psychol.*, 10(1), 25–38.
- Derogatis, L.R. (2016). Symptom-Checkliste-90-R/Brief Symptom Inventory. London: Pearson [dt.: Kliem, S. & Brähler, E. (2016/17)].
- Galsaard, M. (2021). Jinn Beliefs in Western Psychiatry: A Study of Three Cases from a Psychiatric and Cultural Perspective. In A. Böttcher & B. Krawietz (Hrsg.), *Islam, Migration and Jinn. Spiritual Medicine in Muslime Health Management* (S. 185–214). Cham: Springer Nature.
- Golsabahi-Broclawski, S., Broclawski, A. & Drekovic, A. (2020). Krankheitsverständnis und kultursensible Kommunikation. In A. Gillessen, A. Golsabahi-Broclawski, A. Biakowski & A. Broclawski (Hrsg.), *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin* (S. 135–145). Wiesbaden: Springer.
- Kawa, R., Saemundsen, E., Jonsdottir, L.S., Hellendoorn, A., Lemcke, S., Canal-Bedia, R., García-Primo, P. & Moilanen, I. (2017). European studies on prevalence and risk of autism spectrum disorders according to immigrant status—a review. *Eur J Public Health*, 27(1), 101–110.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *ZKPPP*, 2(49), 115–124.
- Kletecka-Pulker, M., Parrag, S., Doppler, K., Völkl-Kernstock, S., Wagner, M. & Wenzel, T. (2021). Enhancing patient safety through the quality assured use of a low-tech video interpreting system to overcome language barriers in healthcare settings. *Wien Klin Wochenschr.*, 133(11–12), 610–619.
- Koenig, H.G., Peteet, J.R. & VanderWeele, T.J. (2020). Religion and psychiatry: clinical applications. *BJPsych Advances*, 26(5), 273–281.
- Marek, E. & Nemeth, T. (2020). Intercultural competence in healthcare. *Orv Hetil*, 161(32), 1322–1330.

- Misra, S., Jackson, V.W., Chong, J., Choe, K., Tay, C., Wong, J. & Yang, L.H. (2021). Systematic Review of Cultural Aspects of Stigma and Mental Illness among Racial and Ethnic Minority Groups in the United States: Implications for Interventions. *Am. J. Community Psychol.*, 68(3–4), 486–512.
- Morawa, E., Brand, T., Dragano, N., Jöckel, K.-H., Moebus, S. & Erim, Y. (2020). Associations Between Acculturation, Depressive Symptoms, and Life Satisfaction Among Migrants of Turkish Origin in Germany: Gender- and Generation-Related Aspects. *Front. Psychiatry*, 11, 715.
- Nielsen, D.S. & Waldemar, G. (2020). Barriers in access to dementia care in minority ethnic groups in Denmark: a qualitative study. *Aging Ment. Health*, 25(8), 1424–1432.
- Okasha, T., Elhabiby, M.M., Mohsen, N., Sharaf, H. & Elnagar, Z. (2020). Role of traditional healers in the pathway of service for a sample of obsessive compulsive disorder patients in Egypt. *Int. J. Soc. Psychiatry*, (24.10.2020), online.
- Ortiz-Müller, W., Gutwinski, S. & Gahleitner, S.B. (2021). Praxis Krisenintervention. *Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte*. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Robinson, L. (2020). *Cross-Cultural Child Development for Social Workers: An Introduction*. UK: Bloomsbury.
- Schick, M., Morina, N., Mistridis, P., Schnyder, U., Bryant, R.A. & Nickerson, A. (2018). Changes in Post-migration Living Difficulties Predict Treatment Outcome in Traumatized Refugees. *Front. Psychiatry*, 9, 476.
- Schouler-Ocak, M., Graef-Callies, I.T., Bajbouj, M. & Plener, P.L. (2020). Psychische Störungen bei Migrantinnen. *ZKJPP*, 48(6), 453–457.
- Son, E., Moring, N.S., Igdalsky, L. & Parish, S.L. (2018). Navigating the health-care system in community: Perspectives from Asian immigrant parents of children with special health-care needs. *J Child Health Care*, 22(2), 251–268.
- Statistisches Bundesamt (StatBa) (2020). Migration, Integration. <https://de.statista.com/themen/4727/migration-und-integration> (07.02.2021).
- Steinhäuser, T., von Agris, A.-S., Büssemeier, C., Schödwel, S. & Auckenthaler, A. (2021). Transkulturelle Kompetenz: Spezialkompetenz oder psychotherapeutische Kernkompetenz? Einschätzungen von Psychotherapeuten und Patienten. *Psychotherapeut*, 66(1), 46–53.
- Stöber, J. (2001). The Social Desirability Scale-17 (SDS-17): Convergent validity, discriminant validity, and relationship with age. *EJPA*, 17(3), 222–232.
- Strasser, S. (2006). Krise oder Kritik? Zur Ambiguität von weiblicher Besessenheit als translokale Strategie. In E. Wohlfahrt & M. Zarnseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie- Interkulturelle Psychotherapie: Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 300–310). Heidelberg: Springer.
- Zhao, Y., Segalowitz, N., Voloshyn, A., Chamoux, E. & Ryder, A.G. (2019). Language Barriers to Healthcare for Linguistic Minorities: The Case of Second Language-specific Health Communication Anxiety. *Health Commun*, 36(3), 334–346.
- Zhou, Y.J., Tang, W. & Lei, X. (2020). Social Desirability of Dissent: an IAT Experiment with Chinese University Students. *JCPs*, 25(1), 113–138.

Dealing with mental illness

A comparison between patients with and without a migration background

Abstract: There has been a continuous immigration of migrants to Germany for years. People who are in a process of migration are at risk of mental illness. Are there differences between patients with or without migration background in dealing with mental illness? Patients of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Medicine at the Johann Wolfgang Goethe University Hospital in Frankfurt were interviewed with the help of a questionnaire on how they deal with mental illness. Psycholog-

ical distress was measured by the Symptom Checklist (SCL-k-9) and response behavior by the Social Desirability Scale (SES-17). The sample included $n = 81$ aged between 18 and 77 years. The socially desired response behaviour of patients with migration experience differs significantly from the sample without migration experience ($p = .020$). Patients with migration experience show a more shameful communication regarding their mental illness in their social environment than patients without migration experience (partner: $p = .000$; parents: $p = .005$). The analysis shows the importance of awareness of the different way patients with migration experience deal with their own mental illness.

Keywords: mental illness, patients with migration experience, social desirability, shame, stigma

Approccio alle patologie psichiche Un confronto tra pazienti con e senza background migratorio

Riassunto: Da anni si registra un continuo aumento del fenomeno migratorio verso la Germania. Le persone che stanno vivendo tale esperienza corrono il rischio di sviluppare patologie psichiche. Esistono delle differenze in Germania tra pazienti con e senza background migratorio in relazione alle patologie psichiche? Ai pazienti della Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin presso l'Ospedale universitario Johann Wolfgang Goethe di Francoforte è stato chiesto di rispondere a un questionario relativo al loro approccio alle patologie psichiche. L'intensità dei disturbi psichici è stata misurata sulla base dell'elenco di sintomi (SCL-k-9), mentre il response behaviour sulla base della Scala di desiderabilità sociale (SES-17). Il campione era composto da $n = 81$ soggetti in età compresa tra i 18 e i 77 anni. Il response behaviour in base alla desiderabilità sociale dei pazienti con background migratorio si differenziava in maniera significativa da quello dei pazienti senza tale background ($p = .020$). Il primo gruppo di pazienti ha mostrato di provare un più elevato grado di disagio all'interno del proprio ambiente sociale in relazione alla propria patologia psichica rispetto ai pazienti senza background migratorio (partner: $p = .000$; genitori: $p = .005$). L'analisi mostra quale importanza abbia la consapevolezza del diverso approccio alle proprie patologie psichiche da parte di pazienti con background migratorio.

Parole chiave: patologia psichica, pazienti con background migratorio, desiderabilità sociale, disagio, stigmatizzazione

Die Autorin

Nane Ohanian, Dr. med., ist Amtsärztin beim Sozialpsychiatrischen Dienst Friedrichshain, Fachbereich Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfe für Erwachsene des Gesundheitsamtes, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, ärztliche Gutachterin im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie und Mitglied der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

Kontakt

E-Mail: nane.ohanian@ba-fk.berlin.de

La gestion des maladies mentales

Une comparaison entre les patients avec et sans antécédents de migration

Nane Ohanian

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 75–76

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-75>

Mots clés : maladies psychiques, patients ayant des expériences de migration, désirabilité sociale, honte, stigmatisation

Depuis des années, l'Allemagne connaît un afflux continu de migrants. Rien qu'en 2019, plus d'un million et demi de migrants se sont déplacés vers l'Allemagne (StatBa, 2020). Malgré le niveau élevé d'immigration, le système de soins de santé psychiatriques-psychothérapeutiques n'a pas réussi jusqu'à présent à couvrir les besoins des immigrants (Schouler-Ocak et al., 2020). Cette situation est grave dans le sens où, en l'absence de compétences linguistiques et de présentation de symptômes spécifiques à l'origine, des malentendus peuvent survenir lors du contact avec le traitement (Golsabahi-Broclawski et al., 2020). Afin de comprendre les différences culturelles en matière de maladie mentale, il est nécessaire de comprendre le lien entre les perceptions individuelles des patients et les circonstances sociales. Le lien entre les traits de caractère individuels, les compétences linguistiques, les traditions de la culture d'origine avec les options de soins de santé mentale et la compréhension culturelle de la maladie est crucial (Chao et al., 2020). Jusqu'à présent, les études comparant les migrants malades mentaux aux patients autochtones ont été principalement menées en dehors de l'Allemagne (Arranz et al., 2020; Kawa et al., 2017).

Cet article aborde donc la question de savoir s'il existe des différences entre les patients avec et sans expérience de la migration en Allemagne dans le traitement de leur maladie mentale. Les résultats de cette étude visent à donner un aperçu de la manière dont certains aspects influencent les migrants souffrant de maladies mentales dans leur traitement. Ils servent à faciliter l'examen individuel des patients atteints de maladies mentales et issus de l'immigration et à sensibiliser aux différences dans la manière dont les patients issus de l'immigration gèrent leur maladie mentale.

Des patients de la clinique de psychiatrie, de psychothérapie et de médecine psychosomatique de l'hôpital universitaire Johann Wolfgang Goethe de Francfort ont été interrogés dans le cadre de l'étude. Les participants ont reçu un questionnaire anonyme après une explication verbale. Le questionnaire se composait de tests psychométriques standardisés (mesure de la détresse psychologique à l'aide de la liste de contrôle des symptômes SCL-k-9; évaluation du comportement de réponse socialement souhaitable d'une personne à l'aide du SES-17) ainsi que d'un questionnaire auto-conçu comportant 87 items

pour l'évaluation de la gestion de la maladie mentale. Le questionnaire a été distribué avec une enveloppe de retour préaffranchie pour permettre de le remplir à domicile. Les procédures de test psychométrique ont été évaluées à l'aide du programme statistique SPSS 19.0. Les fréquences des options de réponse du questionnaire anonymisé ont été déterminées à l'aide de statistiques descriptives. Pour les statistiques inférentielles, des tests t avec un niveau de signification fixe de $\alpha < .05$ ont été effectués.

Au total, 81 sujets âgés de 18 à 77 ans ont participé à l'étude. L'échantillon était composé de 68 patients sans origine migratoire et de 13 patients issus de l'immigration. La majorité du groupe de sujets émigrés venait de Turquie, de Roumanie et de Pologne. On peut constater qu'il existe des différences significatives entre les sujets issus de l'immigration et ceux qui n'en sont pas originaires en ce qui concerne la manière dont ils gèrent la maladie mentale et le stress. Les patients ayant une expérience de la migration font preuve d'une communication plus honteuse concernant leur maladie mentale dans leur environnement social que les patients sans expérience de la migration. Alors qu'un tiers des personnes testées sans antécédents migratoires se tournent vers leurs parents et plus de 60 % vers leur partenaire en cas de problèmes mentaux, les personnes testées avec antécédents migratoires ne se tournent pas vers leurs parents et seulement 50 % parlent à leur partenaire de leurs problèmes mentaux ($p = .000$). En ce qui concerne l'évaluation de l'ouverture dans le pays d'origine en matière de maladie mentale, des différences significatives entre les groupes de sujets ont également été mises en évidence. La moitié des personnes testées n'ayant pas d'antécédents migratoires ont estimé que le traitement des maladies mentales en Allemagne était ouvert. Moins d'un cinquième des personnes testées ayant un passé migratoire étaient convaincues de cette ouverture dans leur pays d'origine. Environ 75 % des personnes testées ayant un passé migratoire ont émis des réserves sur les maladies mentales dans leur pays d'origine ($p = .021$). Des différences significatives ont également été constatées dans l'examen du comportement de réponse socialement souhaitable. Les migrants atteints de maladie mentale ont répondu à la question « socialement souhaitable » beaucoup plus souvent que les patients sans antécédents de migration.

Conformément à Schouler-Ocak et al. (2020) et Steinhäuser et al. (2021), les présents résultats indiquent que les compétences interculturelles et les attitudes sensibles à la culture du personnel médical sont d'une grande importance pour la prise en charge thérapeutique appropriée des patients issus de l'immigration. En outre, on peut observer que, par rapport aux patients sans antécédents de migration, les patients ayant des antécédents de migration ont tendance à éviter de partager les charges psychologiques avec leur environnement. Un traitement délicat et une communication discrète du personnel soignant envers les proches sont donc très importants et indispensables pour une bonne relation entre les patients issus de l'immigration et le personnel soignant.

L'auteur

Dr. med. *Nane Ohanian* est médecin officielle auprès du service de psychiatrie sociale de Friedrichshain, département prévention, promotion de la santé et aide sanitaire des adultes du bureau de la santé de Friedrichshain-Kreuzberg de Berlin, expert médical dans la spécialité psychiatrie et psychothérapie et membre de la Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (société allemande de psychiatrie et de psychothérapie, psychosomatique et de la science des nerfs).

Contact

E-Mail : nane.ohanian@ba-fk.berlin.de

Sexuelle Grenzverletzungen und -überschreitungen in Psychotherapien

Eine Befragung unter österreichischen Psychotherapeut/innen und Folgetherapeut/innen betroffener Patient/innen

Magdalena Schwabegger & Christiane Eichenberg

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 77–85

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-77>

Zusammenfassung: Sexuelle Grenzverletzungen und -überschreitungen im Rahmen einer Psychotherapie werden von etwa 10 % aller Psychotherapeut/innen begangen. Ziel der Studie war, die Folgen für Betroffene und den therapeutischen Umgang von Folgetherapeut/innen aufzuzeigen. 330 österreichische Psychotherapeut/innen wurden hinsichtlich ihrer Erfahrungen und ihres therapeutischen Umgangs mit Patient/innen, die in Vortherapien sexuelle Grenzüberschreitungen erleben mussten, mittels eines selbstkonstruierten Fragebogens befragt. Jede/r sechste befragte Therapeut/in (16.1 %, $n = 53$) wurde bereits von Patient/innen aufgesucht, die in einer früheren Psychotherapie sexuelle Grenzverletzungen erfahren haben. In allen berichteten Fällen zog der sexuelle Kontakt mit Psychotherapeut/innen schädliche Folgen bis hin zu Traumatisierungen nach sich. Entgegen den empfohlenen Regeln gab die Mehrheit der Befragten ein Vorgehen an, das nicht zunächst die Auswirkungen der sexuellen Grenzüberschreitungen in den Behandlungsmittelpunkt stellt. Sexuelle Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie sollten in Aus-, Fort- und Weiterbildungen als Thematik obligatorisch verankert werden. Die Ergebnisse liefern Anhaltspunkte für diesbezügliche Inhalte.

Schlüsselwörter: sexuelle Grenzverletzungen, sexuelle Grenzüberschreitungen, sexueller Missbrauch, Psychotherapie, Folgetherapie, Online-Befragung

Einleitung

Sexuelle Grenzverletzungen oder -überschreitungen durch Psychotherapeut/innen sind bereits gewisse Äußerungen oder Handlungen vonseiten der behandelnden Personen, die womöglich nicht gleich als solche erkannt werden. Dazu zählen Schilderungen eigener sexueller Erlebnisse gegenüber der/dem Patienten/in, ein voyeuristischer Befragungsstil im therapeutischen Gespräch, Bemerkungen über Aussehen und Kleidung sowie Berührungen, die Offenbarung von Liebesgefühlen verbunden mit dem Vorschlag, die Behandlung zu beenden, anzügliche Bemerkungen, Berührungen im Intimbereich, die als notwendig begründet werden, und sexuelle Handlungen, selbst dann, wenn sie von der/dem Patienten/in gewünscht sind (Tschan, 2001). Diese Entwicklung hin zum sexuellen Kontakt bzw. Geschlechtsverkehr als die schwerwiegendste Form der Grenzüberschreitung wird auch als «Slippery slope» oder «grooming» bezeichnet (ebd.). In Deutschland trat bereits 1998 der Paragraf § 174c Abs. 2, 3 StGB Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses in Kraft (Schönke & Schröder, 2014). In Österreich hingegen gilt erst seit 2006 der Paragraf § 212 Abs. 2 StGB Missbrauch eines Autoritätsverhältnisses auch für Psychotherapeut/innen (Doralt, 2016). Trotz dieser Strafbarkeit kommt es nicht nur in Einzelfällen zu sexuellen

Grenzverletzungen oder -überschreitungen im Rahmen einer Psychotherapie.

Prävalenz von sexuellen Grenzverletzungen und -überschreitungen in der Psychotherapie

Sexuelle Grenzüberschreitungen an Patient/innen werden im Durchschnitt von ca. 10 % aller Psychotherapeut/innen begangen (Löwer-Hirsch, 2017) und sind der zweithäufigste Beschwerdegrund unter negativen Effekten psychotherapeutischer Behandlungen (Kaczmarek et al., 2012). Jede/r zweite bis vierte Folgetherapeut/in gab in Befragungen an, mindestens eine/einen betroffenen Patienten/in in einer nachfolgenden Psychotherapie behandelt zu haben (Becker-Fischer et al., 2008). Als Folgetherapeut/innen werden jene Psychotherapeut/innen bezeichnet, die bereits betroffene Patient/innen behandelt haben.

Folgen für betroffene Patient/innen

In den überwiegenden Fällen sind problematische Folgen bis hin zu massiven Folgebeschwerden für die Betroffenen zu beobachten, die auch als «Professionales Missbrauchstrauma» beschrieben werden (ebd.). Dieses Missbrauchstrauma wird als professional bezeichnet, da

es sich um den Missbrauch einer beruflichen Funktion handelt. Folglich können alle im psychosozialen Bereich tätigen Personen dieses Missbrauchstrauma verursachen. Das Machtgefälle in der therapeutischen Beziehung, die Ausnutzung der Machtposition der Therapeut/innen sowie insbesondere der Vertrauensbruch sind zentrale Kennzeichen dieser traumatischen Erfahrung. Hier verursacht nicht die sexuelle Handlung per se eine Traumatisierung, sondern die Funktion dieser Handlung, d. h. die Zerstörung des Vertrauens und der Missbrauch der Übertragungsbeziehung (ebd.).

Folgetherapien von betroffenen Patient/innen

Aufgrund dieser Schädigungen, aber auch aufgrund der Probleme und Primärerkrankung(en), derentwegen die Patient/innen die Ersttherapie oder eine weitere frühere Therapie aufgesucht haben, sind Folgetherapien nach sexuellen Grenzverletzungen oder -überschreitungen in den meisten Fällen eine notwendige und wichtige Massnahme. Psychotherapeut/innen müssen für eine erfolgreiche Folgetherapie, die nicht zu einer erneuten Traumatisierung führt, mit der Problematik sowie traumatherapeutischen Regeln vertraut sein, um mit den Besonderheiten und Schwierigkeiten einer Folgetherapie angemessen umgehen zu können. Da viele betroffene Patient/innen als Folge der Grenzverletzungen grosses Misstrauen gegenüber der Psychotherapie haben, stellt bereits der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung eine grosse Herausforderung dar. In einer Befragung an $N = 77$ betroffenen Patient/innen zeigte sich, dass 46 % keine Folgetherapie in Anspruch nahmen, wobei dies am häufigsten damit begründet wurde, grundsätzlich das Vertrauen in Psychotherapeut/innen verloren zu haben («Einmal Täter/in, immer Täter/in») (Eichenberg et al., 2009).

In Folgetherapien muss beachtet werden, dass betroffene Patient/innen Reaktionen wie Ärger oder Wut (auf die/den missbrauchende/n Kollegen/in) und etwaige Abwehrhaltungen vonseiten der Folgetherapeut/innen äusserst sensibel wahrnehmen (Tschan, 2001). Da sie häufig emotional noch stark an die Ersttherapeut/innen gebunden sind, können solche Reaktionen eine Lösung von den Ersttherapeut/innen verhindern (Becker-Fischer et al., 2008). Günstige, hilfreiche Haltungen von Folgetherapeut/innen können mit dem Begriff «nicht-neutrale Abstinenzhaltung» zusammengefasst werden. Diese Haltung, auch als parteiliche Abstinenz bezeichnet, ist eine unabdingbare Voraussetzung in Folgetherapien (ebd.; Tschan, 2001). Eine neutrale Haltung von Folgetherapeut/innen gegenüber sexuellen Kontakten mit Psychotherapeut/innen kann hingegen zu einer erneuten Traumatisierung der Betroffenen führen (Schuppli-Delpy & Nicola, 1994). Für eine erfolgreiche Folgetherapie sind eine klare Position und die Anerkennung des Missbrauchs und der schädlichen Folgen vonseiten der Folgetherapeut/innen unbedingt erforderlich. In der ersten Phase von Folgetherapien gilt es, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen und den Fokus auf die traumatischen

Erfahrungen in der missbräuchlichen Therapie zu legen (Becker-Fischer et al., 2008). Die Primärstörungen können erst aufgearbeitet werden, wenn die Patient/innen in der Lage sind, die frühere Psychotherapie realistisch als missbräuchlich zu betrachten und die Verantwortung und Schuld für das Geschehene allein bei ihren früheren Psychotherapeut/innen zu sehen (ebd.; Schuppli-Delpy & Nicola, 1994). In jeder Phase einer Folgetherapie sind v. a. eine hohe Transparenz in der Arbeitsbeziehung und die Ermutigung, kritische Gedanken mitzuteilen, von grosser Bedeutung.

Stand der Forschung und Zielsetzung der Untersuchung

Studien, die den therapeutischen Umgang mit Betroffenen in solchen Folgetherapien explizit untersuchen, fehlen nicht nur in Österreich. Ein diesbezüglicher Mangel wurde schon zu Beginn der Erforschung dieses Problemfelds festgestellt. Zudem liegt zu dieser Thematik überwiegend ältere Literatur vor, in den letzten Jahren wurden seltener Forschungen über dieses Thema publiziert. Im deutschsprachigen Raum haben sich vor allem Becker-Fischer, Fischer und Eichenberg (2008) sowie Tschan (2001) in ihren Untersuchungen umfassend mit diesem Thema, dem «professionalen Missbrauchstrauma» und insbesondere mit Folgetherapien von betroffenen Patient/innen auseinandergesetzt. In der Hochphase der Erforschung zwischen 1980 und 2000 wurden in Befragungen von Therapeut/innen u. a. Einstellungen zu sexuellen Kontakten in der Psychotherapie, Beurteilungen von Ersttherapien und Folgetherapien, persönliche Erfahrungen mit betroffenen Patient/innen, Reaktionen der Psychotherapeut/innen auf Berichte von Patient/innen, Einschätzungen von Folgen für Patient/innen und die Häufigkeit von stationären Aufenthalten, Suizidversuchen und Suiziden als Folgen der sexuellen Kontakte sowie von formellen Beschwerden erhoben (Bouhoutsos et al., 1983; Gartrell et al., 1987; Pope & Vetter, 1991; Stake & Oliver, 1991). In einer dieser internationalen Studien (Bouhoutsos et al., 1983) wurde der therapeutische Prozess in Folgetherapien zwar genauer untersucht, jedoch wurde der Schwerpunkt nicht speziell auf den therapeutischen Umgang mit Betroffenen in Folgetherapien gelegt. Im deutschsprachigen Raum wurden lediglich in einer österreichischen Studie schwerpunktmässig Einstellungen von Psychotherapeut/innen zu sexuellen Kontakten in und nach Ende einer Psychotherapie wie auch Auswirkungen der sexuellen Kontakte untersucht (Haberfellner & Zankl, 2008). Diese Studie erhob zwar auch Angaben von Folgetherapeut/innen zu ihren Fällen von betroffenen Personen, die Berichte dieser befragten Folgetherapeut/innen bezogen sich aber vorrangig auf die missbräuchlichen Ersttherapien. In den erwähnten Studien wurden zudem keine offenen Fragen in den Fragebogen aufgenommen.

Aus diesem Grund war das vorrangige Ziel dieser Studie die quantitative und qualitative Untersuchung des

therapeutischen Umgangs mit dieser besonderen Patient/innengruppe in Folgetherapien. Ein weiteres Ziel war die systematische Erfassung der Auswirkungen auf die betroffenen Patient/innen aus Sicht der Folgetherapeut/innen. Ausserdem lag der Fokus auch auf der Erhebung von Einstellungen zu der Thematisierung von sexuellen Grenzverletzungen und -überschreitungen in der Psychotherapie, nicht nur von Folgetherapeut/innen, sondern auch von denjenigen Psychotherapeut/innen, die noch keine Folgetherapie ausgeführt haben.

In Österreich waren zum Befragungszeitpunkt 23 verschiedene Therapierichtungen zugelassen, die sich in vier Gruppen einteilen lassen: Methoden mit tiefenpsychologisch-psychodynamischer, humanistisch-existenzieller, systemischer sowie verhaltenstherapeutischer Orientierung. Vor diesem Hintergrund der Vielfalt an Therapierichtungen wurden in dieser Studie Folgetherapien von Betroffenen im Detail behandelt. Hierfür wurden u. a. Vorgehensweisen in der therapeutischen Aufarbeitung sowie Besonderheiten und Probleme in Folgetherapien erhoben. Um eine grösstmögliche inhaltliche Abdeckung zu erzielen und den befragten Personen die Möglichkeit zu geben, ihre Antworten selbst zu formulieren und so spezifische Informationen zu diesem Thema zu erhalten, wurden offene Fragen bzw. Antwortformate in die Befragung aufgenommen.

Material und Methoden

Stichprobe und Studiendesign

Die Grundgesamtheit dieser Studie war die Gruppe aller in Österreich tätigen Psychotherapeut/innen, die eine abgeschlossene Psychotherapieausbildung vorweisen können und in die Psychotherapeut/innenliste des BMSGPK eingetragen sind. Diese Kriterien schliessen jene bereits tätigen Psychotherapeut/innen, die sich noch in Ausbildung unter Supervision befinden, aus der Stichprobe aus.

In einer Erhebung unter jenen ausgebildeten Psychotherapeut/innen in Österreich wurde eine Online-Befragung im Zeitraum von April bis Juli 2018 durchgeführt. Die Befragung über das Online-Befragungstool UNIPARK wurde per E-Mail an 6.655 Personen ausgesendet. Das Gesamtsample der Befragung umfasste 578 Personen, davon haben die Befragung 330 Personen vollständig beendet und 248 Personen abgebrochen, wobei die meisten Abbrecher/innen (73.4 %, $n = 188$; $N = 248$) die Befragung auf den ersten beiden Seiten abbrachen, was ein typisches Muster hinsichtlich Befragungsabbrüchen darstellt (Knapp & Heidingsfelder, 1999). Folglich lag die Beendigungsquote bei 57.1 % und die Rücklaufquote bei 5.6 % ($N = 330$). Die Teilnehmenden wurden dahingehend instruiert, dass sich diese Befragung sowohl an Psychotherapeut/innen richtet, die bereits Patient/innen behandelt haben, die in einer vorherigen Psychotherapie sexuelle Grenzverletzungen oder -überschreitungen erlebt haben, als auch an Psychotherapeut/innen, die noch keine betroffenen Patient/innen behandelt haben.

Für die Online-Befragung wurde ein Fragebogen mit insgesamt 57 Items eingesetzt, die mit geschlossenen und offenen Antwortformaten formuliert wurden. Da in diesem Feld bis dato wenig Forschung mit evaluierten Fragebogen publiziert wurde, wurde ein neuer Fragebogen mit folgenden Themenblöcken entwickelt:

- soziodemografische Daten; u. a. Therapierichtung(en), Berufsdauer
- Angaben zu den betroffenen Patient/innen der Folgetherapeut/innen
- Angaben zum therapeutischen Umgang mit diesen Patient/innen
- Einstellungen zum Problemfeld sexuelle Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie, die auch von Psychotherapeut/innen beantwortet wurden, die noch keine persönliche Erfahrung in der Behandlung von Betroffenen haben

Die befragten Folgetherapeut/innen konnten bei der Frage nach betroffenen Patient/innen angeben, welche Art von sexuellen Grenzverletzungen oder -überschreitungen ihre Patient/innen erfahren haben (Mehrfachauswahl war möglich). Für diesen Fragebogen wurden Geschlechtsverkehr oder Berührungen im Intimbereich als sexuelle Grenzüberschreitung bzw. sexueller Missbrauch mit Intimkontakt zwischen Patient/in und Ersttherapeut/in definiert. Wenn es zu anzüglichen Bemerkungen, voyeuristischen Befragungen oder Austausch von Zärtlichkeiten etc. kam, wurde dies als sexuelle Grenzverletzung bzw. sexueller Missbrauch ohne Intimkontakt definiert.

Statistische Auswertung

Die statistischen Auswertungen und Analysen erfolgten mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 24. Es wurde in einem ersten Schritt eine deskriptive Datenanalyse durchgeführt. In weiterer Folge wurden Effekte mittels verschiedener inferenzstatistischer Verfahren (Chi-Quadrat-Test nach Pearson, Mann-Whitney U-Test und Wilcoxon-Test; Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % [$p = 0.05$]) untersucht, um Zusammenhänge und Unterschiede hinsichtlich der Teilstichproben darzustellen.

Inhaltsanalytische Auswertung

Die Daten der Items mit offenem Antwortformat wurden mithilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Hierfür wurde die Technik der inhaltlichen Strukturierung gewählt. Insgesamt wurden sieben Kategoriensysteme mit induktiv am Material gebildeten Kategorien erstellt (Tab. 1). Dieses Material umfasste alle Antworten der befragten Psychotherapeut/innen zu den Items mit offenem Antwortformat. Zusätzlich wurde bei jenen ausgewerteten Items hinsichtlich der genannten Antworten eine Häufigkeitsanalyse entsprechend den gebildeten Kategorien durchgeführt. Demnach wurden die Daten einer Kombination aus qualitativer und quantitativer Inhaltsanalyse unterzogen.

Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse zu den demografischen Angaben aller Psychotherapeut/innen, die an der Online-Befragung teilgenommen haben, sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Hinsichtlich der in Österreich anerkannten Therapierichtungen, in denen die befragten Psychotherapeut/innen ausgebildet sind, waren Mehrfachangaben möglich. Eingeteilt in die vier erwähnten Gruppen wurden am häufigsten Therapierichtungen mit humanistisch-existenzieller Orientierung (45 %) ausgewählt, gefolgt von Richtungen mit tiefenpsychologisch-psychodynamischer (28.9 %), systemischer (27.3 %) sowie verhaltenstherapeutischer Orientierung (13 %). Etwa die Hälfte der Befragten (47 %, $n = 152$) gab mindestens eine zusätzliche psychotherapeutische Ausbildung an. Davon gaben wiederum 47.4 % ($n = 72$) an, eine Traumatherapieausbildung zu haben.

Der Anteil an Folgetherapeut/innen in dieser Stichprobe lag bei 16.1 %, d. h., $n = 53$ Personen haben bereits Patient/innen behandelt, die sexuelle Grenzverletzungen oder -überschreitungen in einer vorherigen Psychotherapie erlebt haben. Jeweils in 9.1 % der angegebenen Fälle ($n = 30$; [$N = 330$]) wurde von den Folgetherapeut/innen die Antwortkategorie «Intimkontakt zwischen Patient/in und Therapeut/in» bzw. «kein Intimkontakt zwischen Patient/in und Therapeut/in» ausgewählt (Definition unter Stichprobe und Studiendesign). Ein kleiner Teil der Folgetherapeut/innen (2.1 %, $n = 7$) hat beide Fälle von sexuellen Grenzverletzungen (mit bzw. ohne Intimkontakt) bei dieser Frage angegeben. Mehrheitlich

lagen Fälle von sexuellen Grenzüberschreitungen bzw. sexuellem Missbrauch ohne Intimkontakt vor (65.3 %, $n = 32$).

Angaben zu betroffenen Patient/innen

Insgesamt berichteten die befragten Folgetherapeut/innen von $N = 159$ Patienten, die in therapeutischer Folgebehandlung waren. Demnach waren im Durchschnitt drei betroffene Personen bei den befragten Psychotherapeut/innen in Behandlung. In 88 % der Fälle ($n = 140$) sind diese Personen weiblich und in 12 % der Fälle männlich.

Von allen Folgetherapeut/innen wurden schädliche Folgen bis hin zu Traumatisierungen durch den sexuellen Kontakt angegeben. Die am häufigsten genannten Folgen waren (Mehrfachnennungen möglich): Scham- und Schuldgefühle (32 %, $n = 16$), (Re-)Traumatisierungen (28 %, $n = 14$), Vertrauensverlust oder -probleme (24 %, $n = 12$) und Selbstwertprobleme (20 %, $n = 10$). Sechs befragte Folgetherapeut/innen (11.3 %) gaben neben schädlichen Folgen durch den sexuellen Kontakt auch an, dass die betroffenen Personen z. B. davon berichteten, sich als Folge des sexuellen Kontakts begehrt und attraktiv gefühlt zu haben. Jedoch lagen nach Einschätzung der Folgetherapeut/innen in 76.3 % aller berichteten Fälle Traumafolgestörungen aus dem gesamten Traumafolgespektrum vor, die auf den sexuellen Kontakt bzw. die Grenzverletzungen oder -überschreitungen durch die Ersttherapeut/innen zurückzuführen sind.

Kategorien-system	Bezeichnung	Anzahl der Kategorien
K1	schädliche Folgen des sexuellen Kontakts für alle sexuell missbrauchten Patient/innen der befragten Personen ($n = 50$)	24
K4	anderes Vorgehen bei therapeutischer Aufarbeitung ($n = 26$)	4
K5	Beschreibung des therapeutischen Vorgehens ($n = 44$)	20
K6	Besonderheiten in der speziellen Situation als Folgetherapeut/in ($n = 40$)	16
K7	schädliche Folgen des sexuellen Kontakts, die die Psychotherapeut/innen ohne persönliche Erfahrung in der Behandlung von betroffenen Patient/innen angaben ($n = 222$)	31

Tab. 1: Ausgewählte Kategoriensysteme mit der Anzahl an induktiv gebildeten Kategorien

Stichprobe	N/n	Frauenanteil	Männeranteil	Alter	Dauer der Berufsausübung in Jahren
Gesamtstichprobe	330	230 (69.7%)	100 (30.3%)	$M = 52.2, SD = 9.5$ range: 29–81	$M = 15.4, SD = 9.3$ range: 1–41
Folgetherapeut/innen	53 (16.1%)	31 (58.5%)	22 (41.5%)	$M = 55.9, SD = 8.6$ range: 37–71	
Psychotherapeut/innen, ohne persönliche Erfahrung in der Behandlung	277 (83.9%)	199 (71.8%)	78 (28.2%)		

Tab. 2: Demografische Angaben der befragten Psychotherapeut/innen

Detailinformationen über die zuletzt behandelten betroffenen Patient/innen

Ein Teil der Folgetherapeut/innen ($n = 30$) gab spezifische Informationen zu ihrer/ihrem letzten betroffenen Patienten/in an, die/den diese behandelt haben. In 86.7 % der Fälle ($n = 26$) war eine Patientin betroffen, in 13.3 % der Fälle ($n = 4$) ein Patient. In den häufigsten Fällen 26.7 % ($n = 8$) fanden die sexuellen Grenzüberschreitungen oder -verletzungen länger als ein Jahr statt, in den seltensten Fällen 6,7 % ($n = 2$) waren diese einmalig. In zwei Fällen (6.7 %) kam es zu einer Anzeige der missbrauchenden Person, zu einer Verurteilung kam es jedoch in keinem Fall.

Therapeutischer Umgang mit betroffenen Patient/innen

Ein auffallendes Ergebnis bezüglich des therapeutischen Umgangs betrifft die Reihenfolge in der Aufarbeitung der sexuellen Grenzverletzungen oder -überschreitungen und der Primärstörungen. Annähernd ein Drittel (30.2 %, $n = 16$) bearbeitete zuerst die sexuellen Grenzverletzungen, 18.9 % ($n = 10$) zuerst die Primärstörung(en). Die Mehrheit, 50.9 % ($n = 27$), gab aber weder die sexuellen Grenzüberschreitungen noch die Primärstörung(en), sondern ein anderes Vorgehen im offenen Antwortfeld an. Diese inhaltsanalytisch ausgewerteten Angaben zeigten, dass in 53.9 % der Fälle ($n = 14$) die Reihenfolge von den Bedürfnissen und Prioritäten der/des Patienten/in abhing. In 23.1 % der Fälle ($n = 6$) wurden hier Angaben gemacht, die mit Ressourcenarbeit und Entlastung zusammengefasst werden können. In wenigen Fällen (19.2 %, $n = 5$) wurde genannt, dass die sexuellen Grenzverletzungen oder -überschreitungen und die Primärstörung(en) gleichzeitig bearbeitet wurden.

Hinsichtlich wesentlicher Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Folgetherapeut/innen, die im Fragebogen angeführt wurden, wurden acht von elf von der Mehrheit als sehr wichtig eingeschätzt, wie «klare Grenzen, die von Folgetherapeut/innen respektiert werden» gefolgt von «Vermittlung von Sicherheit, dass kein sexueller Kontakt vorkommen wird» und «eine klare Position zum Missbrauch». Hingegen wurde u. a. die «Parteilichkeit für Patient/innen» nicht von der Mehrheit als sehr wichtig bewertet.

Ergebnisse der Inhaltsanalyse der offenen Fragen zum therapeutischen Umgang

Die Folgetherapeut/innen konnten zum einen ihr therapeutisches Vorgehen im Umgang mit den sexuellen Grenzverletzungen oder -überschreitungen durch Ersttherapeut/innen in den Behandlungen von ihren betroffenen Patient/innen beschreiben. Diese Beschreibungen von $n = 44$ Personen fallen in insgesamt 20 induktiv identifizierte Kategorien. Die Bearbeitung von bestimmten Aspekten, Themen und Bedürfnissen, die als Folgen der

sexuellen Grenzverletzungen aufgetreten sind, wird dabei am häufigsten genannt. Diese Kategorie und vier weitere Kategorien sowie ausgewählte Ankerbeispiele dieser fünf häufigsten Kategorien sind in Tabelle 3 angeführt.

Zum anderen konnten die befragten Personen angeben, welche Besonderheiten sie in ihrer speziellen Situation als Folgetherapeut/in in Bezug auf das Setting, die Beziehung oder auch eigene Gefühle erlebten (z. B. Gegenübertragungskonstellationen oder Konflikte). Die beschriebenen, erlebten Besonderheiten von $n = 40$ Befragten wurden insgesamt 16 induktiv gebildeten Kategorien zugeordnet. In dieser speziellen Situation sind «Verärgerung, Wut, Aggressionen» die häufigsten genannten Besonderheiten (Tab. 4).

Angaben der Psychotherapeut/innen ohne persönliche Erfahrung in der Behandlung von betroffenen Patient/innen

Neben den Folgetherapeut/innen nahmen auch Psychotherapeut/innen an der Online-Befragung teil, die noch keine persönliche Erfahrung mit jenen, von sexuellen Grenzverletzungen oder -überschreitungen betroffenen Patient/innen gemacht haben (Tab. 2). Annähernd alle Befragten (94.6 %, $n = 262$) wären bereit, betroffene Patient/innen selbst psychotherapeutisch zu behandeln. Die Folgen, die sexuelle Kontakte zwischen Psychotherapeut/innen und Patient/innen nach sich ziehen können, wurden von 99.6 % dieser Psychotherapeut/innen ($n = 276$) als schädlich eingeschätzt und folgende Auswirkungen am häufigsten angegeben: (Re-)Traumatisierungen (46.9 %), Vertrauensverlust bzw. -bruch (30.6 %), negative Auswirkungen auf die Psychotherapie (26.6 %) und Abhängigkeiten (14 %). Eine Person gab an, dass sexueller Kontakt «positive» Folgen habe, während sechs Personen angaben, dass sexuelle Kontakte keine Folgen nach sich ziehen würden.

Aus-, Fort- und Weiterbildungen zur Problematik

Ein weiteres zentrales Ergebnis zeigt auf, dass die überwiegende Mehrheit aller Befragten der Meinung war, dass sexuelle Grenzverletzungen oder -überschreitungen durch Psychotherapeut/innen weder in Psychotherapieausbildungen (67 %, $n = 221$) noch in Fort- und Weiterbildungen, Supervisionen und Intervisionen (73 %, $n = 241$) ausführlich genug behandelt werden. Rund 55 % der befragten Folgetherapeut/innen ($n = 29$) setzten sich mit der Problematik am häufigsten im Rahmen der Psychotherapieausbildung auseinander. Dies gilt auch für die Mehrheit der Psychotherapeut/innen (41.5 %, $n = 115$), die selbst noch keine Folgetherapie durchgeführt haben (Mehrfachauswahl bezüglich der Auseinandersetzung mit der Thematik war möglich).

Ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der Folgetherapeut/innen und der Gruppe der Psychotherapeut/innen ohne persönliche Erfahrung in der Behandlung Betroffener betrifft das Wissen um den Paragraphen § 212

StGB, der den Missbrauch eines Autoritätsverhältnisses unter Strafe stellt. Der Gruppe der Folgetherapeut/innen war dieser Paragraf § 212 StGB signifikant häufiger bekannt als der anderen Gruppe ($\chi^2(1) = 9.86, p = .002$). Zusammengefasst kannten fast 20 % aller befragten Psychotherapeut/innen diesen Paragrafen § 212 StGB nicht.

Diskussion

Die Stichprobe dieser Online-Befragung bildet die zentralen Charakteristika der Population der österreichischen Psychotherapeut/innen hinsichtlich Geschlecht, Alter und Therapierichtungen weitgehend ab (Sagerschnig & Tanios, 2017). In dieser Befragung ist der Anteil der Folgetherapeut/innen (16.1 %, $n = 53$) deutlich kleiner im Vergleich mit anderen Befragungen von Psychotherapeut/innen, Psychiatern/innen und anderen im psychosozialen Bereich tätigen Personen zu diesem Thema (36–65 %

hatten betroffene Patient/innen in Folgebehandlung) (z. B. Bouhoutsos et al., 1983; Gartrell et al., 1987; Pope & Vetter, 1991; Stake & Oliver, 1991; Haberfellner & Zankl, 2008). Dieser Unterschied ergibt sich womöglich aufgrund der Stichprobengröße und -zusammensetzung, da in den anderen Studien mitunter auch Psychiater/innen oder Psycholog/innen befragt wurden. Hingegen kann die durchschnittliche Anzahl von drei Fällen mit den Ergebnissen anderer Studien (4.2 bzw. 2.3 Fälle) verglichen werden (Becker-Fischer et al., 2008; Haberfellner & Zankl, 2008). Auch im Vergleich der Ergebnisse zu den schädlichen Folgen und häufigsten Beschwerden für Betroffene besteht eine weitgehende Übereinstimmung (Löwer-Hirsch, 2017; Becker-Fischer et al., 2008; Fischer & Eichenberg, 2007). Zusammengefasst sind die häufigsten negativen oder schädlichen Folgen der sexuellen Kontakte Scham- und Schuldgefühle, (Re-)Traumatisierungen, Ängste vor Alleinsein oder vor körperlicher Nähe und Panikattacken, Selbstwert- sowie Vertrauensprobleme

Kategorie	Ankerbeispiele	N	%
K1: Bearbeitung von Aspekten, Themen, Bedürfnissen	«Bearbeitung von Folgen im Alltag»; «Schuld- und Schamgefühle werden bearbeitet»; «Grenzverletzungen als reparabel behandeln – entdramatisieren! nicht auf Missbrauch reduzieren»	18	40.9
K2: klare Haltung und Aufklärung	«Grenzüberschreitungen der missbrauchenden Person werden klar aufgezeigt»; «klar Stellung beziehen, weil Opfer sexueller Übergriffe oft die Schuld bei sich selbst suchen»	13	29.5
K3: Ressourcen stärken	«Ressourcen- und Zielorientierung»; «soziales Netz sichern»	12	27.3
K4: Vertrauens- und Beziehungsaufbau	«achtsame Beziehungsarbeit»; «wichtigste Basis Vertrauen in die jetzige Therapie und in mich»	12	27.3
K5: Stabilisierung, Unterstützung	«Stützung, wenn erforderlich»; «wichtig scheint mir die Ermutigung, die Therapie fortzusetzen, da eine grosse Tendenz besteht, sich nur vorsichtig einzulassen, bei Hürden, Schwierigkeiten abzubrechen»	10	22.7

Tab. 3: Kategorien des Kategoriensystems «Beschreibung des therapeutischen Vorgehens», denen am häufigsten Antworten zugeordnet werden konnten ($n = 44$)

Kategorie	Ankerbeispiele	N	%
K1: Verärgerung, Wut, Aggressionen	«Verärgerung über gewisse narzisstische Kollegen»; «Aggressionen gegenüber missbrauchenden Therapeut/innen, die in der Supervision bearbeitet wurden»	20	50
K2: spezifische Herausforderungen für den/die Therapeuten/in	«Umgang mit den Erwartungen und Befürchtungen des/der Klienten/in»; «abstinent neutral sein ist anstrengend»; «manipulierende Abbruchsankündigungen»	10	25
K3: erhöhte Anforderungen an den/die Therapeuten/in	«erhöhte Komplexität in der Therapiegestaltung»; «extra feinfühliges Vorgehen»; «Schamdynamiken erfordern hohe Präsenz und Personzentrierung»	8	20
K4: auf Grenzen achten	«strengere Anforderungen an den eigenen Umgang mit Grenzen (Zeiten)»; «Grenzen immer wieder thematisieren, Stopp gilt»	7	17.5
K5: Ambivalenz, Misstrauen, Unsicherheiten, Vorsicht seitens des/der Patienten/in	«aufflammendes Misstrauen dem Berufsstand gegenüber»; «mit dem Misstrauen immer wertschätzend umgehen, ist nicht immer leicht»; «Unsicherheiten seitens des/der Klienten/in, wie habe ich etwas Bestimmtes gemeint»	6	15

Tab. 4: Kategorien des Kategoriensystems «Besonderheiten in der speziellen Situation als Folgetherapeut», denen am häufigsten Antworten zugeordnet werden konnten ($n = 40$)

(vgl. Becker-Fischer et al., 2008; Fischer & Eichenberg, 2007). Weitere Störungen und Beschwerden, die in der Befragung angegeben wurden, finden sich auch in der Literatur und anderen Studien wie z. B. somatische Beschwerden, sexuelle Probleme und Funktionsstörungen, Schlafstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen (z. B. Löwer-Hirsch, 2017; Becker-Fischer et al., 2008; Amendt-Lyon et al., 2001; Heyne, 1995; Luepker, 1999).

Entgegen den empfohlenen Regeln wird von der Mehrheit ein Vorgehen angegeben, das nicht die Auswirkungen der sexuellen Grenzverletzungen oder -überschreitungen zunächst in den Behandlungsmittelpunkt stellt. Wie zuvor bereits dargelegt wurde, sollte bei der Aufarbeitung nach empfohlenen traumatherapeutischen Regeln vorgegangen werden und in der Anfangsphase einer Folgetherapie der Fokus vorerst nur auf die in vielen Fällen traumatischen Erfahrungen in der Ersttherapie gelegt werden (Becker-Fischer et al., 2008; Schuppli-Delpy & Nicola, 1994). Im Zuge der Einschätzung der Wichtigkeit von Haltungen und Verhaltensweisen im Rahmen einer Folgetherapie wurde die «Parteilichkeit für Patient/innen» nicht von der Mehrheit der Befragten als sehr wichtig bewertet. Diese Parteilichkeit oder «parteiliche bzw. nicht-neutrale Abstinenzhaltung» ist jedoch von grundlegender Bedeutung, um eine mögliche erneute Traumatisierung in der Folgetherapie zu verhindern (Tschan, 2001; Becker-Fischer et al., 2008).

Im Hinblick auf den therapeutischen Umgang und die Vorgehensweise in einer Folgetherapie sollte nicht ausser Acht gelassen werden, dass die therapeutische Aufarbeitung der sexuellen Grenzüberschreitungen auch von der Orientierung und dem/den Therapieverfahren abhängt, die die befragten Folgetherapeut/innen vertreten bzw. erlernt haben. Da in Österreich über 20 verschiedene Richtungen anerkannt sind, sollte hier hinterfragt werden, ob unterschiedliche Vorgehensweisen im Rahmen einer Folgetherapie von Betroffenen zur Anwendung kommen können oder ob gewisse Verfahren für die Aufarbeitung von sexuellen Grenzverletzungen, die in einer Psychotherapie stattfanden, nicht geeignet sind. Gerade die Tatsache, dass die meisten Patient/innen nach sexuellen Grenzüberschreitungen in ihrer Psychotherapie Traumafolgestörungen entwickeln, legt nahe, dass eine psychotherapeutische Kompetenz der Nachbehandler/innen wichtig ist.

Die überwiegende Mehrheit aller befragten Psychotherapeut/innen vertrat die Meinung, dass sexuelle Grenzverletzungen oder -überschreitungen durch Psychotherapeut/innen sowohl in Ausbildungen als auch in Fort- und Weiterbildungen nicht ausreichend thematisiert werden, was sich auch daran zeigt, dass ca. ein Fünftel den Paragraphen § 212 StGB, der den Missbrauch eines Autoritätsverhältnisses unter Strafe stellt und folglich auch für Psychotherapeut/innen gilt, nicht kannten. Weitere Ergebnisse der Online-Befragung verdeutlichen, dass zum einen nur etwas mehr als die Hälfte der Folgetherapeut/innen, zum anderen weniger als die Hälfte der Psychotherapeut/innen ohne persönliche Erfahrung mit betroffenen Patient/innen in ihrer Psychotherapieausbildung mit diesem Thema konfrontiert war und über die Problematik aufgeklärt wurde.

Methodische Limitationen

Als gravierendste Limitation dieser Online-Befragung muss die Rücklaufquote von 5.6 % reflektiert werden, die sehr gering und somit die Stichprobe ($N = 330$) nicht repräsentativ für alle österreichischen Psychotherapeut/innen ist. In Bezug auf die daraus resultierende Grösse der unterschiedlichen Teilstichproben muss angemerkt werden, dass folglich die Prävalenzzahlen klein sind sowie viele Ergebnisse der statistischen Analysen nicht signifikant sind. Die geringe Rücklaufquote lässt sich durch die Vermutung begründen, dass eine grosse Anzahl von E-Mails mit der Einladung zur Online-Befragung in den Spam-Ordern der Empfänger/innen gelandet ist, verursacht durch eine Klassifizierung als Spam aufgrund von Textstellen wie «sexueller Missbrauch» und dem enthaltenen Link zur Online-Befragung. Zudem könnten die Schwierigkeit und Problematik des Themas Gründe sein, dass Personen nicht an der Befragung teilgenommen haben. Womöglich könnten bei jenen Psychotherapeut/innen Widerstände bestehen, sich mit schweren Missständen im eigenen Berufsfeld auseinanderzusetzen. Da bei der Ausschreibung der Online-Befragung zum einen darauf geachtet wurde, alle Psychotherapeut/innen zur Teilnahme zu motivieren, d. h. nicht nur diejenigen, die besonders schwere Fälle von sexuellen Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie behandelt haben, kann davon ausgegangen werden, dass keine einseitige Stichprobenzusammensetzung vorliegt. Zum anderen wurde nicht nur nach negativen und schädlichen Folgen durch den sexuellen Kontakt, sondern auch nach für die Patient/innen möglicherweise angenehmen Folgen gefragt, um einer möglichen Verzerrung entgegenzuwirken.

Forschungsausblick

Die referierten Ergebnisse können als Anhaltspunkte für weitere Studien mit grösseren und repräsentativen Stichproben gesehen werden, die diese Problematik u. a. auch auf dem Hintergrund der «#MeToo-Bewegung» untersuchen. In nachfolgenden Studien sollten z. B. auch die Herausforderungen, Schwierigkeiten und spezifischen Probleme, die in Folgetherapien auftreten, vertieft, d. h. mit qualitativen Interviews, untersucht werden. Ausserdem könnte im Hinblick auf die grosse Anzahl an anerkannten Therapierichtungen in Österreich ein Forschungsschwerpunkt auf die unterschiedlichen Vorgehensweisen entsprechend den angewandten Methoden in den Behandlungen von betroffenen Patient/innen gelegt werden. Zum anderen können die Ergebnisse auch als Anhaltspunkte für Fort- und Weiterbildungen zu diesem Thema für Psychotherapeut/innen dienen, die obligatorisch angeboten und v. a. auch in die Ausbildung implementiert werden sollten. In diesen könnten dann auch die grundlegenden Fähigkeiten, Kenntnisse und Vorgehensweisen für die Behandlung in Folgetherapien vermittelt werden. Inhaltliche Anregungen sind in der Infobox zusammengestellt.

Infobox

Aus den Ergebnissen der qualitativen Aussagen der befragten Psychotherapeut/innen abgeleitete Empfehlungen:

- Obligatorische Verankerung in Psychotherapieausbildungen, Fort- und Weiterbildungen und in Ausbildungen von Traumatherapeut/innen
- Schulung von Supervisor/innen: Entwicklung einer Sensibilität für die Thematik und sofortige Thematisierung von Auffälligkeiten, wobei insgesamt ein Klima geschaffen werden muss, in dem Fehler angstfrei besprochen werden können
- Grundlagen zu sexuellen Grenzverletzungen oder -überschreitungen (u. a. Risikofaktoren für sexuelle Übergriffe)
- Folgen für betroffene Patient/innen (v. a. Traumafolgestörungen)
- Traumatherapeutische Regeln in Folgetherapien: Reihenfolge in der Aufarbeitung der sexuellen Grenzverletzungen oder -überschreitungen und der Primärstörungen
- Besonderheiten: günstige therapeutische Haltungen, spezifische Herausforderungen für und erhöhte Anforderungen an Therapeut/innen, Umgang mit Eigenübertragungsgefühlen
- Schwierigkeiten: Beachtung von und Umgang mit Grenzen, Angebote zu Grenzüberschreitungen seitens der Patient/innen, Umgang mit Misstrauen und Gefühlsambivalenz der Patient/innen
- Aufklärung über rechtliche Schritte zum richtigen Zeitpunkt

Literatur

- Amendt-Lyon, N., Korbei, L., Hutterer-Krisch, R., Pawlowsky, G., Rauscher-Gföhler, B. & Wiesnagrotzki, S. (2001). Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie und im Ausbildungsverhältnis. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.), *Fragen der Ethik in der Psychotherapie: Konfliktfelder, Machtmißbrauch, Berufspflichten* (S. 651–667). Wien: Springer.
- Becker-Fischer, M., Fischer G. & Eichenberg, C. (2008). *Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie: Orientierungshilfen für Therapeut und Klientin*. Kröning: Asanger.
- Bouhoutsos, J., Holroyd, J., Lerman, H., Forer, B.R. & Greenberg, M. (1983). Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Prof. Psychol.: Res. Pract.*, 14(2), 185–196.
- Doralt, W. (Hrsg.). (2016). *Kodex des Österreichischen Rechts. Strafgesetzbuch*. Wien: LexisNexis.
- Eichenberg, C., Dorniak, J. & Fischer, G. (2009). Sexuelle Übergriffe in therapeutischen Beziehungen: Risikofaktoren, Folgen und rechtliche Schritte. *PPmP*, 59(09/10), 337–344.
- Fischer, G. & Eichenberg, C. (2007). Sexuelle Kontakte innerhalb therapeutischer Beziehungen. *Psychotherapie Forum*, 15, 189–191.
- Gartrell, N., Herman, J., Olarte, S., Feldstein, M. & Localio, R. (1987). Reporting practices of psychiatrists who knew of sexual misconduct by colleagues. *Am. J. Orthopsychiatry*, 57(2), 287–295.
- Haberfellner, E.M. & Zankl, S. (2008). Einstellung zu sexuellen Kontakten in der Psychotherapie: Ergebnisse einer Befragung unter oberösterreichischen Psychotherapeuten. *Psychotherapie Forum*, 16(2), 92–97.
- Heyne, C. (1995). Grenzverletzungen in Therapie und Beratung: Typische Abläufe im Spannungsfeld von Machtmißbrauch und Manipulation. In U. Sonntag (Hrsg.), *Übergriffe und Machtmißbrauch in psychosozialen Arbeitsfeldern: Phänomen – Strukturen – Hintergründe* (S. 55–73). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kaczmarek, S., Passmann, K., Cappel, R., Hillebrand, V., Schleu, A. & Strauß, B. (2012). Wenn Psychotherapie schadet ... Systematik von Beschwerden über psychotherapeutische Behandlungen. *Psychotherapeut*, 57, 402–409.
- Knapp F. & Heidingsfelder, M. (1999). Drop-Out-Analyse: Wirkungen des Untersuchungsdesigns. https://www.gor.de/archive/gor99/tband99/pdfs/i_p/knapp.pdf (08.06.2021).
- Löwer-Hirsch, M. (2017). *Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie. Fallgeschichten und Psychodynamik*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Luepker, E.T. (1999). Effects of practioners' sexual misconduct: a follow-up study. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*, 27(1), 51–63.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Pope, K.S. & Vetter, V.A. (1991). Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy*, 28(3), 429–438.
- Sagerschnig, S. & Tanios, A. (2017). *Psychotherapie, klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2016*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Schönke, A. & Schröder, H. (2014). *Strafgesetzbuch. Kommentar*. München: C.H.Beck.
- Schuppli-Delpy, M. & Nicola, M. (1994). Folge-Therapien mit in Psychotherapie sexuell mißbrauchten Patientinnen. In K.M. Bachmann & W. Böker (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie* (S. 123–138). Bern: Huber.
- Stake, J.E. & Oliver, J. (1991). Sexual contact and touching between therapist and client: A survey of psychologists' attitudes and behavior. *Prof. Psychol.: Res. Pract.*, 22(4), 297–307.
- Tschan, W. (2001). *Missbrauchtes Vertrauen – Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen: Ursachen und Folgen: eine transdisziplinäre Darstellung*. Basel: Karger.

Therapeutic border violations in psychotherapy A survey among Austrian psychotherapists and follow-up therapists of affected patients

Abstract: Approximately 10 % of all psychotherapists commit sexual violations and cross sexual boundaries in the context of psychotherapy. The aim of the study was to show the consequences of those affected and the therapeutic treatment of follow-up therapists. 330 Austrian psychotherapists were asked about their experiences and their therapeutic treatment of patients, who had experienced sexual transgressions in previous therapies by using a self-designed questionnaire. Every sixth therapist who was interviewed (16.1 %, $n = 53$) has already been consulted by patients who have experienced sexual violations. In all reported cases, the sexual contact with psychotherapists entailed harmful consequences up to traumatization. Contrary to the recommended rules, the majority of the respondents indicated a procedure that did not initially focus on the effects of violations of sexual transgressions in the context of psychotherapy. Crossing sexual boundaries in the context of psychotherapy

should be made a compulsory subject of training and further education. The results provide indications for related contents.

Keywords: Therapeutic border violations, sexual abuse, psychotherapy, follow-up therapy, online survey

Violazione e superamento dei confini della sfera sessuale dei pazienti in psicoterapia Un sondaggio tra psicoterapeuti austriaci dei pazienti coinvolti

Riassunto: Il 10 % di tutti gli psicoterapeuti ha violato e superato i confini della sfera sessuale dei loro pazienti durante la psicoterapia. L'obiettivo dello studio è quello di evidenziare le conseguenze riscontrate nei pazienti coinvolti e l'approccio terapeutico adottato dai terapisti successivi. 330 psicoterapeuti austriaci hanno risposto a un questionario autonomamente redatto in relazione alle esperienze avute con pazienti che hanno subito violazioni della loro sfera sessuale durante le sedute della fase conoscitiva della terapia e del loro approccio verso tali pazienti. Uno psicoterapeuta su sei (16,1 %, $n = 53$) era stato già contattato da pazienti che avevano subito delle violazioni della sfera sessuale durante una terapia precedente. In tutti i casi riportati il contatto sessuale con lo psicoterapeuta ha avuto conseguenze dannose fino a condurre alla traumatizzazione. Contrariamente alle regole raccomandate, la maggioranza dei professionisti intervistati ha riportato di

non aver seguito un approccio che ponesse al centro della terapia le conseguenze del superamento dei confini della sfera sessuale del paziente. Tale violazione in psicoterapia dovrebbe diventare una tematica obbligatoriamente trattata nei corsi di formazione, di aggiornamento e di perfezionamento. I risultati forniscono delle indicazioni su possibili spunti di trattazione in tal senso.

Parole chiave: violazione dei confini della sfera sessuale, superamento dei confini della sfera sessuale, abuso sessuale, psicoterapia, psicoterapia successiva, sondaggio online

Die Autorinnen

Magdalena Schwabegger, MSc., hat Psychologie mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie an der Sigmund Freud PrivatUniversität in Wien und Berlin studiert. Derzeit ist sie als Klinische Psychologin in Ausbildung im Klinikum Anton Proksch Institut in Wien tätig.

Christiane Eichenberg, Univ.-Prof. Dr. phil. habil., Dipl.-Psych., ist Psychoanalytikerin und Leiterin des Instituts für Psychosomatik an der Medizinischen Fakultät der Sigmund Freud PrivatUniversität in Wien.

Kontakt

E-Mail: eichenberg@sfu.ac.at

Violations et transgressions des limites sexuelles dans le cadre de psychothérapies

Une enquête réalisée sous des thérapeutes (h/f) autrichiens ayant pris la suite de patients (h/f) concerné(e)s

Magdalena Schwabegger & Christiane Eichenberg

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 87–88

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-87>

Mots clés : violations des limites sexuelles, transgressions des limites sexuelles, abus sexuel, psychothérapie, thérapie consécutive, enquête en ligne

Les violations ou les transgressions de limites sexuelles dans le cadre d'une psychothérapie sont déjà certains propos exprimés par des psychothérapeutes traitant(e)s, qui ne sont éventuellement pas immédiatement reconnus comme tels. Ces violations des limites sont commises en moyenne par environ 10 % de l'ensemble des psychothérapeutes. Le but de cette étude consistait à montrer les conséquences pour les personnes concernées et le traitement de ces effets. La focalisation a prioritairement porté sur les expériences et l'approche thérapeutique de ce qu'on appelle les thérapeutes ayant pris la suite, qui prennent en thérapie consécutive des patientes et patients déjà concerné(e).

Une enquête en ligne a été réalisée pendant la période comprise entre avril et juillet 2018 dans le cadre d'un relevé sous des psychothérapeutes en Autriche. L'échantillon complet de l'enquête comprenait 578 personnes, parmi lesquelles 330 sont allées jusqu'au bout de l'enquête. Les participantes et participants ont été interrogé(e)s du point de vue des expériences qu'elles ou ils ont faites et notamment par rapport à l'approche thérapeutique qu'elles ou ils ont suivi dans le traitement de patientes et patients qui ont dû faire des expériences de violations ou de transgressions des limites sexuelles dans le cadre de thérapies précédentes. Comme peu de recherches accompagnées de questionnaires évalués ont été publiées dans ce domaine, on a eu recours à un questionnaire élaboré en interne. Les données collectées ont été évaluées et analysées au plan quantitatif et qualitatif.

Les résultats de l'enquête en ligne montrent qu'une ou un thérapeute interrogé(e) sur six (16,1 %, $n = 53$) a déjà reçu des patientes et patients qui ont fait l'expérience de violations des limites sexuelles dans le cadre d'une psychothérapie précédente. Dans l'ensemble, les thérapeutes interrogés ont fait état de 159 patientes et patients qui suivaient ou suivent encore des traitements thérapeutiques consécutifs. Dans tous les cas rapportés, les contacts sexuels avec des psychothérapeutes

entraînent des conséquences nocives pouvant aller jusqu'au traumatisme. Les évaluations statistiques les patientes et patients traité(e) des thérapeutes interrogé(e)s ($n = 50$) montrent les troubles suivants en conséquence de violations des limites sexuelles : sentiments de honte et de culpabilité (32 %), traumatismes et re-traumatismes (28 %), perte ou problèmes de confiance (24 %), problèmes d'estime de soi (20 %).

Contre toutes les règles recommandées, la majorité des thérapeutes ayant pris la suite interrogés ont dit avoir suivi une approche qui ne commence pas par mettre les effets des transgressions des limites sexuelles au centre du traitement. Le traitement devrait suivre des règles de thérapie des traumatismes liées à la mise en place d'une relation thérapeutique opérante, d'abord des transgressions ou des violations des limites sexuelles. Une thérapie consécutive réussie exige une prise de position claire et la reconnaissance de l'abus de la part du thérapeute consécutif (« abstinence non-partisane »).

La majorité de tous les psychothérapeutes interrogé(e)s ont par ailleurs défendu l'opinion que les violations des limites sexuelles par des psychothérapeutes ne sont pas suffisamment abordées, tant publiquement que dans le cadre de formations à la psychothérapie ou de formations continues et postgrade.

La plus grave limitation de cette enquête en ligne, et qui donne à réfléchir, est le taux de retour de 5,6 %, qui est faible ; l'échantillon n'est ainsi pas représentatif de tous les psychothérapeutes exerçant en Autriche. Il est possible que la problématique soulevée par le sujet ou des réticences à l'idée d'affronter de graves situations dans son propre environnement professionnel soient des motifs qui ont empêché des personnes à participer à l'enquête. Les résultats de cette enquête en ligne réalisée par des psychothérapeutes autrichiens doit servir à faire rendre obligatoire le traitement des violations des limites sexuelles dans les relations thérapeutiques dans la formation à la psychothérapie. Cette étude fournit

des points de repère pour des contenus spécifiques dans des formations de base, des formations continues et des formations postgrade destinées aux psychothérapeutes, dans le cadre desquelles les capacités fondamentales, des connaissances et des procédures à suivre pour le traitement de personnes concernées en thérapies consécutives doivent être transmises. Les résultats nommés et d'autres résultats de cette enquête en ligne peuvent en outre être considérés comme des points de repère pour les études suivantes à réaliser avec des échantillons plus importants et représentatifs, dans lesquelles les défis à relever, les difficultés et les problèmes spécifiques qui apparaissent dans des thérapies consécutives devront être examinés de façon approfondie.

Les auteures

Magdalena Schwabegger, MSc., a étudié la psychologie avec une spécialisation en psychologie clinique à l'université privée Sigmund Freud à Vienne et Berlin. Elle exerce actuellement en tant que psychologue clinique en formation au Klinikum Anton Proksch Institut à Vienne.

Christiane Eichenberg, professeure d'université Dr. phil. habil., Dipl.-Psych., est psychanalyste et directrice de l'institut de psychosomatique à la faculté de médecine de l'université privée Sigmund Freud à Vienne.

Contact

E-Mail : eichenberg@sfu.ac.at

Gewalt in Liebesbeziehungen von Jugendlichen

Beobachtungen zu Teen Dating Violence in Zeiten der Pandemie

Lucia Beltrami

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 89–93

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-89>

Zusammenfassung: Gewalt ist ein häufiges Phänomen in Beziehungen von Heranwachsenden. Daten aus Erhebungen, die vor der COVID-19-Pandemie durchgeführt wurden, haben erwiesen, dass in wenigstens einer von zehn Teenagerbeziehungen Mädchen Formen von psychologischer, physischer oder sexueller Gewalt erlebten. Diese Erfahrungen wirken sich zumeist deutlich auf deren Gesundheit aus. Gewalt kann sowohl im persönlichen Kontakt als auch online stattfinden; während der Lockdown-Phasen aufgrund des gesundheitlichen Notstands scheint sich gerade die zweite Art der Gewalt weiter verbreitet zu haben. Die Mädchen bzw. generell die Opfer dieser Gewalt bitten nur in den seltensten Fällen um Hilfe. Die Schliessung von Schulen und Diensten während der Pandemie hat die Suche nach Hilfe möglicherweise noch schwieriger gestaltet. Umso wichtiger ist es, dass man den Heranwachsenden zeigt, dass man ihnen glaubt, sie respektiert und unterstützt, wenn sie sich entschliessen, von ihren Erfahrungen zu berichten. Nur so kann aus diesem Moment der Mitteilung wirklich die Chance entstehen, persönlich an diesen Ereignissen zu wachsen und der Gewaltspirale zu entkommen.

Schlüsselwörter: Gewalt, Jugendliche, Beziehungen, Pandemie, Gesundheit, Psychotherapie

Die COVID-19-Pandemie hat einen gesundheitlichen und sozialen Notstand von ungeahntem Ausmass dargestellt. In jedem Teil der Erde haben Individuen, Gemeinden und Gesellschaften in kürzester Zeit dramatische Veränderungen miterlebt, die teils auch unumkehrbar sind: Trauer, Krankheit, Lockdown, Social Distancing, Abwesenheit von echten Bindungen, Arbeitsmarktkrisen, Mangel an vollwertigen und gemeinschaftlichen Beziehungserlebnissen, Verlust von Raum und Zeit ausserhalb der Familiengemeinschaft, begrenzter Zugang zu Dienstleistungen und Ressourcen. Jugendliche und Kinder waren lange zu Hause statt in der Schule, bei Freizeitaktivitäten, beim Sport, im Musikkurs; ganze Familien, junge und erwachsene Menschen, mussten neue Formen der Kommunikation, des Lernens und des Knüpfens von Beziehungen erlernen, wobei ständig der Gedanke der eigenen Sicherheit und der von anderen im Vordergrund stand.

Nunmehr rund zwei Jahre nach Feststellen der ersten Coronafälle sind die Auswirkungen der Pandemie auf die physische und psychologische Gesundheit, aber auch auf das wirtschaftliche und soziale Wohl der Einzelnen und der Gesellschaft als Ganzes eindeutig und ersichtlich. Weniger offensichtlich ist hingegen, was während des gesundheitlichen Notstands in anderen wichtigen Problembereichen gesundheitlicher, sozialer und politischer Natur vorging, so z. B. im Feld der geschlechterbasierten Gewalt gegen Frauen und Mädchen.

Gewalt gegen Frauen und Mädchen stellt eine schwere Verletzung der Menschenrechte dar und ist weltweit eines der grössten gesundheitspolitischen Probleme, betrifft es immerhin mindestens eine von drei Frauen im Laufe ihres Lebens, d. h. ca. 736 Millionen Frauen über 15 Jahren

(WHO, 2021). Obwohl derzeit noch Untersuchungen in der Bevölkerung angestellt werden, um abzuschätzen, inwieweit die Pandemie und die Massnahmen zur Eindämmung des Virus, wie z. B. Lockdowns, zu einem Anstieg oder Rückgang der Gewalt führten, oder ob die Raten weitgehend stabil blieben, scheint der gesundheitliche Notstand durch COVID-19 zu einem erheblichen Anstieg der telefonischen und digitalen Anfragen von Frauen bei Not- und Schutzdiensten geführt zu haben – in einigen Ländern sogar um ein Fünffaches (UN Women, 2020). Dieser Anstieg könnte auch auf die Form der Gewalt zutreffen, die Mädchen und Frauen am meisten erleiden, nämlich Gewalt durch den (männlichen) Partner oder Ex-Partner.

Teen Dating Violence

Wenn man an Gewalt in Beziehungen denkt, hat man üblicherweise das Bild eines Paares zweier erwachsener Menschen vor Augen, die verheiratet sind oder zusammenleben. In Wirklichkeit aber können sich solche Erlebnisse schon in den Beziehungen junger und sehr junger Heranwachsender ereignen, oft sogar in den allerersten Liebesbeziehungen.

Der englische Begriff *Teen Dating Violence* beschreibt gewalttätiges Verhalten zwischen Jugendlichen, die sich treffen, miteinander ausgehen oder ein Paar sind. Solche Verhaltensweisen reichen von «Dominanz und Kontrolle» (ständiges Anrufen der anderen Person; Verhindern, dass sie allein oder mit anderen ausgeht; permanentes Abfragen, was sie tut und mit wem) bis hin zu psychischer (Beleidigungen; Verspotten; Demütigungen, auch in der

Öffentlichkeit; Drohungen) wie auch physischer Gewalt (Ohrfeigen; Schläge; Tritte; gewalttätige Attacken) und sexueller Gewalt (Erzwingen von Geschlechtsverkehr; Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung). Besonders betroffen sind Mädchen; sie erleben Gewalt sowohl häufiger als auch schwerer. Schon vor der Pandemie haben weltweit mehr als 640 Millionen Mädchen und Frauen (also ca. 26 % der weiblichen Bevölkerung der Welt) Gewalt durch einen Partner erlebt. Unter denen, die eine Beziehung führten, hatte etwa jedes vierte Mädchen (24 %) zwischen 15 und 19 Jahren bereits physische oder sexuelle Gewalt durch ihren Freund erfahren (WHO, 2021).

Eine in Italien durchgeführte Multi-Methoden Studie mit Fragebogen, die an mehr als 700 Schülerinnen und Schüler im letzten Jahr der Oberstufe ausgegeben wurden, und mit 10 Fokusgruppen mit 40 Mädchen und Jungen zwischen 15 und 18 Jahren (Romito et al., 2007), hat ergeben, dass mehr als jedes zehnte Mädchen bereits Gewalt in einer Beziehung erlebt hat. Aus den Fokusgruppen ging hervor, dass solche Erfahrungen nicht immer als Gewalt betrachtet werden: Dominierendes und kontrollierendes Verhalten kann als Zeichen des Interesses und der Liebe missgedeutet werden («Er möchte nicht, dass ich mit anderen spreche, weil ich ihm gehöre»); physische Gewalt wird heruntergespielt («Er hat mich nur geschlagen, weil er eifersüchtig war»); erzwungener Geschlechtsverkehr wird nicht als solcher erkannt («Wenn ich nicht ja sage, verlässt er mich»). Auch aufgrund der Mechanismen, solche Verhaltensweisen zu verharmlosen und zu verleugnen, laufen Jungen und Mädchen sehr schnell Gefahr, ein Beziehungskonzept zu entwickeln, das von Dominanz über das Gegenüber gekennzeichnet ist. Gerade damit sich diese Denkweise nicht auch in späteren Beziehungen im Erwachsenenalter wiederholt, ist ein frühzeitiges Eingreifen entscheidend (Beltramini, 2020).

Gleichwohl können einige Jugendliche natürlich ähnliche Dynamiken schon im eigenen familiären Umfeld erlebt haben: Die zuvor genannte italienische Studie ergab, dass etwa eine/r von zehn Jugendlichen schon einmal miterlebt hat, wie der Vater die Mutter geschlagen hat, und gar eine/r von fünf Jugendlichen Zeuge/in schwerer psychischer Gewalt gegen die Mutter wurde; Ergebnisse, die mit denen in der internationalen Fachliteratur übereinstimmen. Aber auch wenn das Miterleben von Gewalt im familiären Umfeld das Risiko erhöht, als Jugendliche/r oder Erwachsene/r selbst einmal Gewalt in der Partnerschaft zu erfahren (WHO, 2019), bedeutet dies nicht, dass alle Kinder, die Gewalt in der Familie miterlebt oder erfahren haben, selbst gewalttätige Erwachsene oder (erneute) Opfer werden, v. a. wenn ihnen die Möglichkeit geboten wird, die Erlebnisse als solche zu erkennen, sich mitzuteilen und die Erfahrungen aufzuarbeiten.

Teen Dating Violence im Netz

Die COVID-19-Pandemie ist mit aller Macht in unser aller Leben eingedrungen. Während der Notlage hat sich Technologie als unverzichtbare Ressource und effektives

Werkzeug bewährt, um mit anderen und generell der Welt in Verbindung zu bleiben. Parallel dazu sind jedoch auch die Schattenseiten der digitalen Welt zutage getreten: Distanz, Isolierung, Abkopplung vom realen Leben sowie belästigendes und gewalttätiges Verhalten online gegen Frauen und Mädchen, auch in Liebesbeziehungen.

Die *Cyber-Gewalt in der Partnerschaft* beschreibt gewalttätige Verhaltensweisen von Beziehungspartnern, die mithilfe der neuen Kommunikationsmittel ausgeübt werden, und umfassen unter anderem Bedrohungen, Einschüchterungen, Belästigung, Erpressung, Beleidigungen, die Nutzung der sozialen Netzwerke des anderen ohne Zustimmung, das Senden von Bildern mit unerwünschtem sexuellen Inhalt und sexuelle Nötigung. Obwohl im Kontext der digitalen Welt, handelt es sich häufig um dieselben Formen der Gewalt, die schon zuvor beschrieben wurden; umgesetzt werden sie jedoch mittels der neuen Medien.

Eine Studie aus den USA, durchgeführt an einer Stichprobe von mehr als 5.000 Jungen und Mädchen, ergab, dass mehr als eine/r von vier Heranwachsenden in einer Beziehung im Jahr vor der Erhebung Cyber-Gewalt durch den/die Partner/in erfahren hatte; Mädchen waren hiervon doppelt so häufig betroffen wie Jungen (Zweig et al., 2013). Diese Verhaltensweisen, die schon vor der Pandemie zu beobachten waren, scheinen sich während des gesundheitlichen Notstands verschärft zu haben, wie die Zunahme der Kontaktaufnahmen bei einigen Opferhilfediensten nahelegen (Ragavan et al., 2020). So zeigen z. B. Daten vom Dienst *Love is Respect*, eine Hilfsorganisation in den USA für Jugendliche und junge Erwachsene, die der *National Domestic Violence Hotline* untersteht, dass die Cyber-Gewalt in Partnerschaften, die telefonisch oder im Chat gemeldet wurde, von 2019 zu 2020 um 101 % zugenommen hat.¹ Auch wenn ein Anstieg der telefonischen Kontaktaufnahmen nicht notwendigerweise auch eine tatsächliche Zunahme der Gewalt bedeuten muss, ist dieser Anstieg doch eine relevante Information, solange Daten aus umfassenderen Untersuchungen in der Bevölkerung nicht vorliegen.

Grundsätzlich scheinen die intensive Nutzung technischer Kommunikationsmittel durch Jungen und Mädchen, geringe Kenntnisse und mangelndes Bewusstsein in den Familien rund um das Thema Online-Gewalt sowie die allgemeine Tendenz zur Verharmlosung von Gewalt in Liebesbeziehungen Heranwachsender, auch durch Erwachsene, Faktoren zu sein, die das Risiko von Missbrauch mithilfe digitaler Medien erhöhen können. Diese Form der Gewalt, die keinesfalls als «weniger real, weil virtuell» zu betrachten ist, kann ebenso negative Auswirkungen auf das Leben und die Gesundheit des Opfers haben, gerade auch wegen der Allgegenwärtigkeit und der fehlenden physischen oder zeitlichen Barrieren: Angreifende können Opfer potenziell zu jeder Tageszeit und aus jeder Entfernung kontaktieren; Bilder, Videos oder anderes Material können unkontrolliert an Dritte weitergegeben werden.

¹ <https://injury.research.chop.edu/blog/posts/teen-dating-violence-and-digital-abuse-during-covid-19-pandemic> (25.10.2021).

Gesundheitliche Konsequenzen

Gewalt, egal ob direkt und unmittelbar oder mithilfe digitaler Kommunikationsmittel ausgeübt, kann sich auf jeden Aspekt der Gesundheit auswirken, sowohl auf psychischer, physischer als auch auf sexueller Ebene. Mädchen, die Gewalt in einer Beziehung erleben, sind doppelt so häufig von Essstörungen, Panikattacken, Selbstmordgedanken und Depressionen betroffen; ähnlich verhält es sich bei Jungen, auch wenn diese weniger häufig Opfer von Gewalt werden (Romito et al., 2013). Andere Folgen von Gewalt können Schlafstörungen, Alkoholmissbrauch (bei Mädchen), geringes Selbstwertgefühl, Verlust des Interesses am Leben, sowohl im familiären und schulischen Kontext als auch anderweitig, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen und Probleme in der Schule sein. Bei Opfern sexueller Gewalt treten häufig ebenso Scham- und Schuldgefühle, Depressionen, Angstzustände, posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen, Drogen- oder Alkoholmissbrauch sowie Selbstmordversuche auf. Es besteht das Risiko ungewollter Schwangerschaften, gynäkologischer Folgeschäden und sexuell übertragbarer Krankheiten; bei einigen Mädchen sind als Reaktionen auf Gewalterfahrungen auch vorsätzlich ungeschützter Geschlechtsverkehr, Promiskuität oder hypersexuelles Verhalten zu beobachten. All diese Symptome können verschiedene Ursachen haben, sind aber bei Menschen, die Gewalt erlebt haben, häufig anzutreffen.

Doch nicht immer sind die Folgen von Gewalt ersichtlich; einige Opfer entwickeln möglicherweise keine eindeutigen Anzeichen von Leid oder Schmerz.

Bitten um Hilfe

Nichtsdestotrotz können Gewalterfahrungen einen enormen Einfluss auf das Wohlbefinden haben. Dennoch bitten Heranwachsende nur in den seltensten Fällen um Hilfe. In der Regel widerstrebt es Mädchen und Jungen, sich jemandem anzuvertrauen, vor allem Erwachsenen. Wenn sie sich dann doch überwinden können, dann öffnen sie sich eher meist einem Freund oder einer Freundin; wenn die Vertrauensperson erwachsen ist, handelt es sich zumeist um ein Familienmitglied (meistens die Mutter), manchmal auch um eine Lehr- oder Erziehungskraft.

Die Bitte um Hilfe kann mehr oder weniger direkt sein: Es kommt nicht selten vor, dass Nachrichten auf anonymen Zetteln weitergegeben oder Fragen und Tipps für eine/n vermeintliche/n Freund/in in Schwierigkeiten gestellt werden; das Unwohlsein ist dabei mal mehr und mal weniger offenkundig. Wenn sich Jugendliche entschließen, von Geschehnissen zu berichten, können Einzelheiten durchaus auch nur «Stück für Stück» geschildert werden, einerseits um auszutesten, ob die erwachsene Person die Erlebnisse aufnehmen kann, andererseits um sich selbst als Opfer Raum und Würde zu verschaffen.

Als während der COVID-19-Pandemie die Schulen geschlossen waren oder nur Distanzunterricht angeboten wurde und auch viele persönliche Dienste nur eingeschränkt

zur Verfügung standen, hat sich die Suche nach Hilfe für Jugendliche möglicherweise noch schwieriger gestaltet. In mehreren Fällen scheint es jedoch eine Zunahme der Online-Dienste für Opfer sowie eine grössere Reichweite von Blogs, Foren, Selbsthilfegruppen und Anti-Gewalt-Bewegungen zu geben, die im Internet und von Jugendlichen scheinbar neue Impulse und Anregungen erhalten haben.

Antworten von Psychotherapeut/innen

Abgesehen von der Situation während der Pandemie kann das Thema Gewalt in Beziehungen von Jugendlichen auch allgemein für Psychotherapeut/innen aus verschiedensten Bereichen bedeutsam sein. Speziell für jene, die mit Jugendlichen und Familien arbeiten; die bei Seelsorgetelefonen oder mit Schulen, Beratungszentren oder Freizeit- und Bildungseinrichtungen zusammenarbeiten; die auf geschlechterbasierte Gewalt, Diskriminierung und Menschenrechte spezialisiert sind; die auf die Behandlung von Traumapatient/innen spezialisiert sind. Im weiteren Sinne könnten sich auch alle damit befassen, die sich mit der Förderung der Gesundheit auseinandersetzen, einschliesslich im Bereich Sexualität und Reproduktion, mit der Prävention von Risikoverhalten, mit Essstörungen sowie mit der Suizidprävention. In jedem dieser und noch weiterer Bereiche ist es möglich, auf Mädchen und Jungen zu treffen, denen Gewalt widerfahren ist oder die Gewalt miterlebt haben und die in einigen Fällen dann den Mut finden könnten, von ihren Erlebnissen zu berichten.

Es ist an dieser Stelle nicht möglich, die Methodiken der klinischen Intervention bei Gewaltopfern im Detail zu untersuchen – es sei auf Fachtexte und internationale Leitlinien verwiesen (z.B. van der Kolk, 2014; WHO, 2017). Dennoch sollen zumindest einige Leitlinien für das Zuhören bei Jugendlichen zusammengefasst werden, die für all diejenigen nützlich sein könnten, die aus unterschiedlichsten Gründen ein Mädchen oder einen Jungen von Gewalterfahrungen berichten hören könnten.

Zunächst erstmal ist es äusserst wichtig, sich der eigenen Rolle und des Umfangs der eigenen Handlungsräume bewusst zu sein. Gewalt kann zu Verwirrung und innerer Zerrissenheit führen, weshalb man sich unbedingt über die eigene Position im Klaren sein und wissen muss, was man tun kann und was nicht. Zum Schutz der eigenen Gesundheit und der der Jugendlichen ist es des Weiteren ratsam, die Opferhilfswerke in der eigenen Region zu kennen und bzw. oder zu wissen, an welche speziellen Zentren oder geschulte Kolleg/innen man sich im Bedarfsfall wenden kann.

Spezifisch auf das Gespräch bezogen ist es von zentraler Bedeutung, die Erzählung offen anzunehmen, dem/der Jugendlichen ausreichenden Raum und genügend Zeit zu bieten und die Bereitschaft zu zusätzlichen Gesprächen zu signalisieren, wenn sich der/die Jugendliche nicht mehr in der Lage fühlt, das Gespräch zu diesem Zeitpunkt fortzuführen. In jedem Fall ist es dazu fundamental wichtig, den Berichten Glauben zu schenken, Verständnis zu zeigen, nicht zu urteilen und sich solidarisch zu zeigen, indem man aufmerksam, aber nicht aufdringlich zuhört.

Das Risiko der sekundären Viktimisierung sollte im Auge behalten werden: Wenn durch Verhalten und Reaktionen die Glaubwürdigkeit des Opfers infrage gestellt wird, die Auswirkungen des Erlebnisses heruntergespielt werden oder der Eindruck vermittelt wird, das Opfer könnte für die Geschehnisse mitverantwortlich sein, kann dies Wut, das Gefühl von Machtlosigkeit und Schuldgefühle beim Opfer verstärken. Die/der Heranwachsende könnte sich so zum Schweigen gezwungen sehen, gesundheitliche Probleme könnten sich verschlimmern. Es ist weiterhin wichtig, keine Versprechungen zu machen, die man nicht sicher einhalten kann; es sollte vermieden werden, Erwartungen zu wecken, die eventuell nicht erfüllt werden können, z. B., dass die Gewalt auf jeden Fall aufhören wird oder dass Täter/innen in jedem Fall bestraft würden, obwohl man sich dessen nicht absolut sicher ist. Ebenso sollte man auch nicht versprechen, dass alles Gesagte vertraulich behandelt wird, wenn man sich dessen nicht sicher ist. Ein/e Psychotherapeut/in kann sogar gesetzlich dazu gezwungen sein, Meldepflichten zu erfüllen – es ist in diesem Fall wichtig, der/dem Jugendlichen von dieser Verpflichtung zu berichten und zu vermitteln, dass das eigene Handeln dem Wohl der/des Jugendlichen dient und diese/r das Recht hat, über alles informiert zu werden, was geschieht.

Ausserdem ist es immer wichtig, dem/der Jugendlichen alle Informationen über Opferhilfsdienste zu geben, an die sich bei Bedarf gewendet werden kann, um Hilfe zu erhalten: Einerseits vermittelt dies, dass es auch in dieser Situation Unterstützung gibt; andererseits erhält das Mädchen/der Junge so zumindest teilweise das Gefühl der «Kontrolle» über das eigene Leben zurück, das durch die Gewalterfahrung möglicherweise erschüttert wurde. Aus denselben Gründen ist es auch notwendig, die «Grenzen» des/der Jugendlichen zu respektieren, auch im physischen Sinne: Man sollte nicht davon ausgehen, dass eine Berührung wie eine Umarmung oder eine Hand auf der Schulter immer gewollt ist.

Für Besprechungen und Interventionen, die online ablaufen, wie es in der Pandemie sehr üblich geworden ist, gelten im Grunde die gleichen Hinweise, wobei auch in der Distanz der Sicherheit des/der Jugendlichen Priorität einzuräumen ist; er/sie muss sich in einer sicheren Umgebung befinden und frei sprechen können. Ausserdem sollte eine erwachsene Person in der Nähe sein, an die er/sie sich direkt wenden könnte (Ragavan et al., 2020).

Schlussbetrachtungen

Wenngleich Gewalt bereits Teil des Lebens von Heranwachsenden in Liebesbeziehungen ist, ist es doch nicht immer leicht, im Blick zu behalten, was Jugendlichen in diesem heiklen Spannungsfeld passieren kann. Im Zusammenhang mit der weltweiten Pandemie ist dies zweifelsohne noch komplexer. Sowohl bei der Erkennung gewalttätigen Verhaltens als auch bei den zu ergreifenden Präventions- und Gegenmassnahmen sind zahlreiche Aspekte zu berücksichtigen.

Es gilt als erwiesen, dass Gewalt gegen Frauen und Mädchen kein «Notstandsphänomen» ist, sondern strukturell mit der Geschlechterdynamik unserer Gesellschaften zusammenhängt (Europarat, 2011). Dennoch zeigt die Forschung, dass Gewalt in Zeiten schwerer Krisen – wie Pandemien, Kriege, Naturkatastrophen – enorm zunehmen kann und es deswegen spezielle Massnahmen zur Unterstützung der Opfer und zur Prävention erfordert. In diesem Sinne sind viele der Einschränkungen, die wir in dieser pandemischen Krise hinnehmen mussten, wie z. B. die Schliessungen von Schulen und anderen Bildungseinrichtungen, der Rückgang von Präventionsveranstaltungen in diesen Einrichtungen und die zunehmenden Schwierigkeiten beim Zugang zu Sozial- und Gesundheitsdiensten, eindeutige Hindernisse bei der Bekämpfung dieses Phänomens. Andererseits ist zu hoffen, dass die gesellschaftliche, politische und mediale Aufmerksamkeit, die den Hilferufen der Opfer während des Notstandes zuteil wurde, es ermöglicht, die Opferhilfsdienste zu stärken, die Behörden für das Thema zu sensibilisieren, den Einsatz von Mitteln zur Prävention, zum Schutz der Opfer und zur strafrechtlichen Verfolgung der Täter/innen zu verstärken, so wie es die einschlägigen Rechtsvorschriften vorsehen (ebd.), und das gesellschaftliche und individuelle Bewusstsein für das Ausmass und die Auswirkungen zu verbessern, die Gewalt auf Wohlbefinden und Gesundheit haben kann. Ausgebildete Psycholog/innen und Psychotherapeut/innen können dabei eine Schlüsselrolle spielen, indem sie sich der Herausforderung der Intervention annehmen, sowohl bei der Prävention als auch bei der Unterstützung oder Behandlung von Opfern.

In der Ungewissheit, die unsere Zeit kennzeichnet, gibt es daher einige Gewissheiten: Gewalt kommt häufig vor und wird oft totgeschwiegen, ist dadurch aber nicht weniger schmerzhaft; den Anfang des Weges aus der Gewaltspirale können ein Raum für authentisches Zuhören sein sowie eine offene und nicht wertende Konfrontation, die Möglichkeit, von seinen Erlebnissen zu berichten und sich dabei respektiert, unterstützt und ernst genommen zu fühlen – auf individueller, aber auch auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene.

Literatur

- Beltramini, L. (2020). *La violenza di genere in adolescenza. Una guida per la prevenzione a scuola*. Rom: Carocci.
- Europarat (2011). *Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt (Istanbul-Konvention)*. Strassburg: Europarat.
- Ragavan, M.D. et al. (2020). Supporting Adolescents and Young Adults Exposed to or Experiencing Violence During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 67, 18–20.
- Romito, P., Beltramini, L. & Escrivà-Agüir, V. (2013). Intimate Partner Violence and Mental Health among Italian Adolescents: Gender Similarities and Differences. *Violence Against Women*, 19(1), 89–106.
- Romito, P., Paci, D. & Beltramini, L. (2007). Ragazzi e ragazze nel Friuli-Venezia Giulia. Rapporti di genere, esperienze e percezioni di violenza, rapporto di ricerca non pubblicato per la Regione Friuli-Venezia Giulia e la Commissione regionale per le pari opportunità, Trieste.

- UN Women (2020). Intensification of efforts to eliminate all forms of violence against women: Report of the Secretary-General, p. 4.
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- WHO (2017). *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused*. WHO Clinical Guidelines. Genf: WHO.
- WHO (2019). *RESPECT WOMEN: Preventing Violence against Women*. Genf: WHO.
- WHO (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. Genf: WHO.
- Zweig, J.M. et al. (2013). The Rate of Cyber Dating Abuse among Teens and how It Relates to Other Forms of Teen Dating Violence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(7), 1063–77.

Violence in teen dating Observations on teen dating violence in times of the pandemic

Abstract: Violence is a common phenomenon in adolescent relationships. Data from surveys conducted prior to the COVID-19 pandemic have demonstrated that in at least one in ten teenage relationships, girls experienced forms of psychological, physical, or sexual violence. For the most part, these experiences have a significant impact on their health. Violence can occur both in person and online; during lockdown periods due to health emergencies, it is the second type of violence that appears to have become more prevalent. The girls, or victims of this violence in general, rarely ask for help. The closure of schools and

services during the pandemic may have made seeking help even more difficult. This makes it all the more important to show adolescents that you believe them, respect them, and support them when they decide to tell you about their experiences. Only in this way can this moment of sharing truly become an opportunity for personal growth based on these events and escape the spiral of violence.

Keywords: violence, teenagers, relationships, pandemic, health, psychotherapy

Die Autorin

Lucia Beltramini ist Psychologin, Psychotherapeutin, Doktorin der Neuro- und Kognitionswissenschaften und Dozentin an der Universität Triest, wo sie das Fach «Gewalt gegen Frauen und Minderjährige» unterrichtet. Sie befasst sich mit der Prävention geschlechterbasierter Gewalt sowie der Förderung der Chancengleichheit und bietet Forschungs-, Schulungs- und Interventionsmassnahmen an. Sie hat mehrere wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema veröffentlicht und ist Autorin des Buches *La violenza di genere in adolescenza. Una guida per la prevenzione a scuola* (2020, zu Dt.: *Geschlechterbasierte Gewalt bei Jugendlichen. Ein Leitfaden für die Prävention in der Schule*).

Kontakt

E-Mail: dr.lucibeltramini@gmail.com

Violenza nelle coppie di adolescenti

Riflessioni sulla teen dating violence in tempi di pandemia

Lucia Beltramini

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 95–98

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-95>

Riassunto: La violenza nelle coppie di adolescenti è un fenomeno frequente. Dati di ricerca raccolti prima della pandemia da Covid-19 evidenziano come in almeno una coppia di giovani su dieci le ragazze subiscano forme di violenza psicologica, fisica e sessuale, con esiti importanti sulla loro salute. Tali violenze possono essere esercitate di persona o tramite modalità online; nei periodi di confinamento legati all'emergenza sanitaria questa seconda tipologia di violenza sembra aver visto maggiore diffusione. Raramente ragazze/i vittime di violenza chiedono aiuto per la violenza che subiscono. Durante la pandemia formulare questa richiesta potrebbe essere risultato ancora più complesso a causa della chiusura di scuole e servizi. Tuttavia, quando un adolescente sceglie di raccontare la propria storia, è particolarmente importante che si senta creduta/o, rispettata/o e sostenuta/o, per rendere il momento della condivisione una reale opportunità di crescita personale e di possibile uscita dalla violenza.

Parole chiave: violenza, adolescenti, coppia, pandemia, salute, psicoterapia

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato un'emergenza sanitaria e sociale dalla portata inimmaginabile. In ogni parte del mondo, individui, comunità e società hanno vissuto, in un lasso di tempo molto breve, cambiamenti drammatici e a volte irreversibili: lutti, malattie, confinamento, distanziamento sociale, lontananza dagli affetti, crisi lavorative, mancanza di una vita di relazione piena e condivisa, perdita di spazi e tempi esterni al nucleo familiare, limitazione nell'accesso a servizi e risorse. Ragazzi e ragazze, bambini e bambine, per molto tempo, sono stati a casa da scuole, contesti ricreativi, sportivi, musicali; famiglie intere, giovani e adulti, hanno dovuto imparare nuovi modi di comunicare, apprendere e relazionarsi, prestando costante attenzione alla propria sicurezza e a quella degli altri.

A distanza di quasi due anni dall'identificazione dei primi casi di Covid-19, l'impatto della pandemia sul benessere fisico, psicologico ma anche economico e sociale di singoli e società appare evidente. Meno evidente è però quanto è accaduto durante l'emergenza sanitaria nell'ambito di altre importanti problematiche sanitarie, sociali e politiche come la violenza di genere contro donne e ragazze.

La violenza contro donne e ragazze rappresenta, a livello mondiale, una grave violazione dei diritti umani e un problema di salute pubblica tra i più rilevanti, interessando almeno una ragazza/donna su tre nel corso della vita, pari a circa 736 milioni di donne di età superiore ai 15 anni (WHO, 2021). Sebbene ricerche di popolazione siano in corso per stimare in quale misura la pandemia e le misure di contenimento del virus, come il confinamento, abbiano portato ad un aumento, una diminuzione o una sostanziale stabilità nei tassi di violenza, l'emergenza sa-

nitaria da Covid-19 sembra aver mostrato un incremento notevole – in alcuni Paesi aumentato fino a cinque volte (UN Women, 2020) – nelle richieste d'aiuto delle donne ai servizi deputati al sostegno e alla protezione, soprattutto attraverso canali telefonici o telematici. Questo sembra essere vero anche per la forma di violenza che maggiormente colpisce ragazze e donne, ovvero la violenza esercitata da un partner o da un ex.

Teen dating violence

Quando si pensa alla violenza dal partner si è soliti immaginare coppie adulte, sposate o che convivono. In realtà esperienze simili si possono verificare anche tra giovani e giovanissimi che stanno scoprendo le relazioni di coppia spesso per la prima volta.

L'espressione inglese *teen dating violence* descrive i comportamenti violenti che si possono verificare tra ragazzi/e che si frequentano, che escono insieme o che costituiscono una coppia. Questi comportamenti possono andare da manifestazioni di «dominazione e controllo» (telefonare continuamente all'altra persona; impedirle di uscire da sola o con altri; voler sapere continuamente cosa fa e con chi), alla violenza psicologica (insulti, prese in giro, umiliazioni anche in pubblico, minacce), alla violenza fisica (schiaffi, pugni, calci, aggressioni), a quella sessuale (pressioni per avere rapporti sessuali, stupro o tentato stupro). Ad esserne colpite sono soprattutto le ragazze, che subiscono violenze più gravi e più frequenti. Nel mondo, già prima della pandemia, più di 640 milioni di ragazze e donne (pari al 26 % della popolazione femminile globale) avevano subito violenza da un partner;

tra le ragazze che vivevano una relazione di coppia, circa una ragazza su quattro (24 %) dai 15 ai 19 anni aveva già vissuto esperienze di violenza fisica o sessuale dal proprio fidanzato (WHO, 2021).

Uno studio multi-metodo condotto in Italia con questionari somministrati a più di 700 ragazzi/e dell'ultimo anno delle scuole superiori e 10 focus group realizzati con 40 ragazze/i dai 15 ai 18 anni d'età (Romito et al., 2007), ha evidenziato come più di una ragazza su dieci abbia già vissuto esperienze di violenza nella coppia. Dai focus group è emerso come non sempre tali atti siano riconosciuti come violenza: i comportamenti di dominazione e controllo possono essere scambiati per segni di interessamento e amore («Non vuole che parli con altri perché sono sua»); la violenza fisica può essere minimizzata («Mi ha colpita solo perché era geloso»); le pressioni sessuali possono non essere riconosciute come tali («Se non gli dico di sì mi lascia»). Anche per la presenza di questi meccanismi di minimizzazione e negazione, ragazzi e ragazze sono maggiormente a rischio di fare proprio un modello di relazione di coppia improntato all'esercizio del dominio sull'altro che potrebbe riprodursi anche nelle future relazioni adulte e per il quale risulta cruciale un intervento precoce (Beltramini, 2020).

Naturalmente alcuni adolescenti potrebbero aver già assistito a simili dinamiche in famiglia: nello studio italiano citato, circa un ragazzo/a su dieci aveva visto il padre picchiare la madre e quasi un adolescente su cinque aveva assistito a gravi violenze psicologiche sulla madre, dati in linea con la letteratura internazionale sull'argomento. Sebbene aver vissuto in simili contesti familiari aumenti il rischio di incorrere in esperienze di violenza nella coppia in adolescenza o in età adulta (WHO, 2019), questo non significa che tutti i bambini che hanno subito o assistito a violenza in famiglia diventeranno degli adulti violenti o le bambine delle vittime, soprattutto se viene offerta loro la possibilità di riconoscere, raccontare ed elaborare quanto vissuto.

Cyber-Teen dating violence

La pandemia da Covid-19 si è fatta strada, con prepotenza, nella vita di ciascuno di noi. Nell'emergenza, la tecnologia ha rappresentato una risorsa imprescindibile e un vero e proprio strumento per continuare a mantenere la connessione con gli altri e con il mondo. Tuttavia, accanto a questo si sono manifestati anche i limiti della realtà digitale: la distanza, l'isolamento, la disconnessione con la vita reale, come pure il ricorso a comportamenti violenti e molesti online nei confronti di ragazze e donne, anche nell'ambito di relazioni sentimentali.

La «*cyber-violenza di coppia*» descrive i comportamenti violenti perpetrati dal partner tramite i nuovi mezzi di comunicazione e include tra gli altri minacce, intimidazioni, molestie, ricatti, insulti, utilizzo dei social network del partner senza il suo consenso, invio di immagini con contenuti sessuali non richiesti, ricatti sessuali. Pur nella specificità del mondo digitale, spesso si tratta delle stesse

forme di violenza precedentemente descritte, che vengono però esercitate con le nuove modalità informatiche.

Una ricerca condotta negli Stati Uniti su un campione di oltre 5.000 ragazzi e ragazze, ha rilevato come più di 1 adolescente su 4 che è in coppia ha vissuto esperienze di cyber-violenza dal partner nell'anno precedente lo studio, e che le ragazze ne sono vittime il doppio rispetto ai ragazzi (Zweig et al., 2013). Tali comportamenti, presenti già prima della pandemia, sembrerebbero essersi acuiti durante l'emergenza sanitaria, stando all'incremento dei contatti registrato da alcuni servizi di aiuto alle vittime (Ragavan et al., 2020). Ad esempio, dati raccolti da *Love is Respect*, servizio rivolto ad adolescenti e giovani adulti statunitensi nell'ambito della *Nation Domestic Violence Hotline*, hanno evidenziato che le cyber-violenze di coppia riportate telefonicamente o via chat sono aumentate del 101 % dal 2019 al 2020¹. Sebbene un aumento dei contatti telefonici non sia necessariamente indice di un aumento effettivo del tasso di violenza, rimane un dato rilevante, in attesa di indagini di popolazione più esaustive.

In generale, il grande utilizzo di strumenti tecnologici tra ragazzi e ragazze, una scarsa conoscenza e consapevolezza da parte delle famiglie dei rischi legati alle violenze online e una generale tendenza alla minimizzazione della violenza nelle coppie di adolescenti anche da parte degli adulti, sembrano essere fattori in grado di aumentare il rischio di abusi tramite dispositivi tecnologici. Tali violenze, lungi dall'essere considerate «meno reali perché virtuali» possono condurre ai medesimi esiti negativi sulla vita e la salute di chi ne è vittima, anche a causa della loro pervasività e della mancanza di limite fisico e temporale: potenzialmente, l'aggressore potrebbe contattare la vittima in ogni momento della giornata e ad ogni distanza, e immagini, video o altro materiale potrebbero essere diffuse a terzi senza controllo.

L'impatto sulla salute

La violenza, che sia esercitata direttamente o tramite modalità digitali, può impattare su tutte le sfere della salute, da quella psicologica a quella fisica e sessuale. Quando subiscono violenze nella coppia, le ragazze corrono un rischio raddoppiato rispetto alle altre di andare incontro a disturbi del comportamento alimentare, sintomi di attacchi di panico, pensieri suicidari e sintomi depressivi; anche se subiscono meno violenza, per i maschi la tendenza è la stessa (Romito et al., 2013). Altri esiti della violenza sulla salute possono essere disturbi del sonno, abuso di alcolici (per le ragazze), bassa autostima, perdita di interesse per ciò che accade in famiglia, a scuola o negli altri contesti di vita, problemi di memoria e concentrazione, difficoltà scolastiche. In presenza di violenza sessuale sono poi frequenti vissuti di colpa e di vergogna, sintomi depressivi, ansia, disturbo da stress post-traumatico, disturbi alimentari, abuso di droghe o alcol, tentato suicidio. Vi è

¹ <https://injury.research.chop.edu/blog/posts/teen-dating-violence-and-digital-abuse-during-covid-19-pandemic> (25.10.2021).

il rischio di andare incontro a gravidanze, complicazioni ginecologiche, malattie a trasmissione sessuale; alcune ragazze, come reazione al vissuto violento, possono esporsi a rapporti sessuali non protetti e a promiscuità sessuale, e presentare comportamenti iper-sessualizzati. Tutti questi sintomi possono avere più cause, ma sono frequenti tra chi ha subito violenze.

Non sempre gli esiti della violenza sono però evidenti, e una parte delle vittime potrebbe non presentare chiari sintomi di disagio o malessere.

La richiesta d'aiuto

Nonostante la violenza possa avere un impatto importante sul benessere, raramente le/gli adolescenti chiedono aiuto. Ragazze e ragazzi sono generalmente poco propensi a fidarsi e a confidarsi, soprattutto con gli adulti. Quando scelgono di farlo, la fiducia viene generalmente riposta in un'amica/o; se il confidente è un adulto, solitamente si tratta di un familiare (più spesso la madre), talvolta un insegnante o un educatore/trice.

La richiesta di aiuto può essere più o meno diretta: non è infrequente, ad esempio, il ricorso a bigliettini anonimi o alla richiesta di informazioni per una presunta amica in difficoltà, con una manifestazione di disagio a volte evidente altre celata. Quando la ragazza decide di raccontare quanto accaduto, la storia può essere riportata «un pezzo per volta», a testare le capacità dell'adulto di reggere il vissuto e di dare spazio e dignità alla vittima.

Durante l'emergenza sanitaria da Covid-19, con le scuole chiuse o a distanza e molti servizi sul territorio ad accesso limitato, formulare una richiesta di aiuto per un adolescente potrebbe essere risultato ancora più complesso. Tuttavia, in diverse realtà sembra esserci stato sia un potenziamento dei servizi online per le vittime, sia una diffusione maggiore di blog, forum, gruppi di aiuto, movimenti anti-violenza che proprio nella rete e anche tra i giovani sembrano aver trovato nuovi stimoli e respiro.

La risposta della/del professionista

A prescindere dalla situazione pandemica, la questione della violenza di coppia in adolescenza può interessare psicoterapeuti che operano in ambiti di intervento anche molto differenti. In senso più specifico, può essere di interesse per coloro che lavorano con adolescenti e famiglie; per chi collabora con scuole, sportelli d'ascolto, consultori, servizi ricreativi ed educativi; per chi si occupa di violenza di genere, discriminazioni e diritti umani; per chi lavora col trauma. In senso ampio, può interessare tutti coloro che si occupano di promozione della salute, anche sessuale e riproduttiva, di prevenzione dei comportamenti a rischio, di disturbi del comportamento alimentare, di prevenzione del rischio suicidario. In ciascuno di questi contesti e in altri ancora, è possibile incontrare ragazze/i che hanno subito o sono stati esposti a comportamenti

violenti e che in alcuni casi trovano il coraggio di raccontare la loro storia.

Sebbene non sia possibile in questa sede analizzare nel dettaglio la modalità di intervento clinico da realizzare con le vittime di violenza, per le quali si rimanda a testi specialistici e a linee guida internazionali (ad esempio van der Kolk, 2014; WHO, 2017), è tuttavia possibile sintetizzare alcune linee di indirizzo per l'ascolto dell'adolescente, utili ad operatrici/tori che a diverso titolo potrebbero confrontarsi con il racconto di una/o ragazza/o che sta vivendo o ha vissuto una storia di violenza.

In primo luogo, è fondamentale avere chiaro il proprio ruolo e il perimetro delle proprie azioni. La violenza può creare confusione e frammentazione, per questo motivo è particolarmente importante essere consapevoli della propria posizione, di ciò che si può e non può fare. Parimenti, essere a conoscenza della rete anti-violenza presente sul proprio territorio e/o rivolgersi a centri specialistici o a colleghi più formati in caso di bisogno, rappresentano importanti fattori di tutela sia nei confronti dell'adolescente che del benessere del professionista.

Per quanto riguarda lo specifico del colloquio, risulta fondamentale accogliere il racconto e offrire uno spazio e un tempo adeguati per l'ascolto, rendendosi disponibili a parlare della violenza anche in altri momenti se l'adolescente non dovesse sentirselo in quel frangente. Cruciale in ogni situazione è credere a quanto viene riferito, adottando un atteggiamento di comprensione non giudicante e di solidarietà morale, nel contesto di un ascolto attento ma non intrusivo.

Particolare attenzione va prestata al rischio di vittimizzazione secondaria: comportamenti quali mettere in dubbio la credibilità della vittima, trasmetterle l'idea che sia in parte responsabile di quanto accaduto, sminuire l'impatto della violenza, possono incrementare il senso di impotenza, la rabbia e la colpa delle vittime, inducendole ancora di più al silenzio e peggiorando le problematiche legate alla salute. È altresì importante non fare promesse che non si è certi di poter mantenere, evitando quindi di creare aspettative che potrebbero risultare disattese, ad esempio promettendo che la violenza sicuramente cesserà o che il colpevole sarà sicuramente punito se non si è assolutamente certi che questo accadrà. Allo stesso modo, non si dovrebbe promettere che la rivelazione sarà mantenuta riservata se non si è sicuri di poterlo fare. Il professionista potrebbe infatti trovarsi, per legge, a dover adempiere ad obblighi di segnalazione: in questi casi è importante comunicare tale obbligo all'adolescente, trasmettendo il messaggio che quanto l'adulto sta facendo è per il bene della ragazza/o e che la stessa/o ha il diritto di essere informata/o su quanto sta accadendo.

Sempre importante è fornire all'adolescente tutte le informazioni sui servizi a cui rivolgersi per chiedere aiuto: da una parte questo trasmette l'idea che vi sia una possibilità di sostegno; dall'altra rimette nelle mani della ragazza/o almeno una parte di quel senso di «controllo» sulla propria vita che la situazione violenta potrebbe aver minato. Per lo stesso motivo è essenziale rispettare i «confini», anche fisici, della ragazza/o, senza dare per

scontato che un contatto – come un abbraccio o una mano sulla spalla – rappresentino sempre contatti graditi.

Per i colloqui o gli interventi online, così rilevanti durante il periodo pandemico, le indicazioni restano le medesime, con l'accortezza di prestare attenzione alla sicurezza della ragazza/o anche a distanza, chiedendosi se l'adolescente può parlare liberamente, se si trova in un luogo sicuro e se c'è un adulto di riferimento al quale può comunque rivolgersi anche in presenza (Ragavan et al., 2020).

Riflessioni conclusive

Sebbene la violenza possa già far parte della vita di coppia degli adolescenti, non è sempre semplice riuscire a portare lo sguardo a quanto può accadere a ragazzi e ragazze in una sfera relazionale così delicata. Fare questo in un contesto di pandemia mondiale risulta senza dubbio ancora più complesso. Gli aspetti da considerare sono infatti molteplici, sia per quanto attiene al riconoscimento della violenza sia per quanto riguarda le iniziative di prevenzione e contrasto da poter adottare.

Da una parte, pur essendo noto che la violenza contro le donne e le ragazze non rappresenta una questione «emergenziale» ma ha una natura strutturale connessa alle dinamiche di genere proprie delle nostre società (Consiglio d'Europa, 2011), le ricerche in materia evidenziano che in periodi di crisi severa – come le pandemie, le guerre, le catastrofi naturali – la violenza può vedere una particolare recrudescenza e necessitare di specifici interventi a supporto delle vittime e preventivi. In tal senso, molti dei cambiamenti che ci siamo trovati a vivere in questa crisi pandemica, come la chiusura delle scuole e di altri contesti educativi, la diminuzione delle attività di prevenzione della violenza che si svolgono in tali ambiti e l'aumentata difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari, hanno rappresentato degli evidenti ostacoli al contrasto del fenomeno. Dall'altra, si auspica che l'attenzione sociale, politica e mediatica che è stata portata durante l'emergenza alle richieste di aiuto delle vittime, permetta di rafforzare i servizi a sostegno, sensibilizzare le istituzioni al tema, incrementare il ricorso a strumenti di prevenzione, protezione delle vittime e persecuzione dei colpevoli, come richiesto dalla normativa in materia (ibid.), aumentando la consapevolezza sociale e individuale della diffusione e dell'impatto che la violenza può avere sul benessere e sulla salute. In questo, psicologhe/i e psicoterapeute/i formate/i possono giocare un ruolo fondamentale, accettando la sfida dell'intervento, sia in fase di prevenzione sia nei percorsi di sostegno o cura.

Nell'incertezza che caratterizza questo momento storico, vi sono quindi alcune certezze: che la violenza sia frequente e spesso taciuta, ma che non per questo

faccia meno male, e che uno spazio di ascolto autentico, un confronto aperto e non giudicante, il poter raccontare la propria storia sentendosi rispettati, sostenuti, creduti – a livello individuale, ma anche istituzionale e sociale – possa rappresentare l'avvio di un percorso di uscita dalla violenza.

Bibliografia

- Beltramini, L. (2020). *La violenza di genere in adolescenza. Una guida per la prevenzione a scuola*. Roma: Carocci.
- Consiglio d'Europa (2011). *Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul)*. Strasbourg: Council of Europe.
- Ragavan, M.D. et al. (2020). Supporting Adolescents and Young Adults Exposed to or Experiencing Violence During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health, 67*, 18–20.
- Romito, P., Beltramini, L. & Escrivà-Agüir, V. (2013). Intimate Partner Violence and Mental Health among Italian Adolescents: Gender Similarities and Differences. *Violence Against Women, 19*(1), 89–106.
- Romito, P., Paci, D. & Beltramini, L. (2007). Ragazzi e ragazze nel Friuli-Venezia Giulia. Rapporti di genere, esperienze e percezioni di violenza, rapporto di ricerca non pubblicato per la Regione Friuli-Venezia Giulia e la Commissione regionale per le pari opportunità, Trieste.
- UN Women (2020). Intensification of efforts to eliminate all forms of violence against women: Report of the Secretary-General, p. 4.
- van der Kolk, B.A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- WHO (2017). *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused. WHO Clinical Guidelines*. Geneva: WHO.
- WHO (2019). *RESPECT WOMEN: Preventing Violence against Women*. Geneva: WHO.
- WHO (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. Geneva: WHO.
- Zweig, J.M. et al. (2013). The Rate of Cyber Dating Abuse among Teens and how It Relates to Other Forms of Teen Dating Violence. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(7), 1063–77.

L'autrice

Lucia Beltramini è Psicologa, psicoterapeuta, dottore di ricerca in neuroscienze e scienze cognitive e docente a contratto presso l'Università di Trieste con dove insegna «Violenza alle donne e ai minori». Si occupa di prevenzione della violenza di genere e di promozione delle pari opportunità, svolgendo attività di ricerca, formazione e intervento. Ha all'attivo diverse pubblicazioni scientifiche sul tema ed è autrice del libro *La violenza di genere in adolescenza. Una guida per la prevenzione a scuola* (2020).

Contatto

E-Mail: dr.lucibeltramini@gmail.com

Violence au sein des groupes d'adolescents

Réflexions sur la violence dans les relations chez les adolescents par temps de pandémie

Lucia Beltrami

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 99–100

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-99>

Mots clés : violence, adolescents, couple, pandémie, santé, psychothérapeute

La pandémie de Covid 19 a représenté une urgence sanitaire et sociale d'une ampleur inimaginable : près de deux ans après l'identification des premiers cas, son impact sur le bien-être physique, psychologique, économique et social des individus et de la société est évident. De plus, dans la crise sanitaire actuelle, les problèmes déjà existants dans la période pré-pandémique semblent s'être aggravés ; parmi ceux-ci, la violence sexiste à l'égard des femmes et des jeunes filles.

Les violences genrées représentent, dans le monde, une violation grave des droits de l'homme et un problème majeur de santé publique, touchant au moins une jeune fille/femme sur trois au cours de leur vie (OMS, 2021). Bien que des enquêtes de population soient en cours pour estimer dans quelle mesure la pandémie a impacté les niveaux de violence, l'urgence sanitaire a entraîné une augmentation notable des demandes d'aide adressées par des femmes et des jeunes filles aux services de soutien et de protection (ONU FEMMES, 2020). Cela semble également le cas pour la forme de violence la plus répandue, c'est-à-dire celle exercée par un partenaire ou un ex.

Quand on pense aux violences conjugales on imagine volontiers des couples adultes, mariés ou en concubinage. En réalité, des violences similaires peuvent se produire entre jeunes et très jeunes qui découvrent souvent pour la première fois les relations de couple. L'expression anglaise « *teen dating violence* » décrit précisément les comportements de contrôle et de violence psychologique, physique et sexuelle que l'on peut retrouver entre garçons/filles qui se fréquentent, sortent ensemble ou qui forment un couple. Les données chiffrées montrent que dans au moins un couple d'adolescents sur dix, les jeunes filles ont déjà vécu de telles expériences, exercées par leur partenaire ou leur ex, soit personnellement soit via des actions en ligne (Beltrami, 2020). Au cours des périodes de confinement en lien avec l'urgence sanitaire du Covid 19, ce deuxième type de violence, appelée *cyber violence dans les couples*, semble avoir connu une plus grande ampleur (Ragavan et al., 2020).

Bien que la violence ne soit pas toujours reconnue comme telle, les comportements de contrôle peuvent être confondus avec des marques d'inquiétude et d'amour ;

la violence physique peut être minimisée ; les pressions sexuelles niées. Subir des violences peut avoir des conséquences importantes sur la santé des adolescents, augmentant le risque de connaître de nombreux problèmes physiques, psychologiques et sexuels, tels que troubles de l'alimentation, symptômes de crises de panique, pensées suicidaires, symptômes dépressifs, difficultés scolaires, anxiété, troubles de stress post-traumatique, toxicomanie ou alcoolisme, tentative de suicide, grossesse non désirée ; maladies sexuellement transmissibles. Bien qu'ils subissent moins de *teen dating violence*, la tendance est la même pour les jeunes gens selon différents indicateurs de mauvaise santé (Romito et al., 2013). Tous ces symptômes peuvent avoir des causes diverses mais ils sont fréquents parmi ceux qui ont subi des violences.

Il est cependant rare que les adolescents demandent de l'aide. Lorsqu'ils décident de le faire, ils se tournent généralement vers un ami, un membre de la famille, un enseignant, et beaucoup moins souvent vers des professionnels sociaux ou de la santé ou bien vers les forces de l'ordre. Souvent, l'histoire arrive « petit à petit » ou bien par le biais d'une question indirecte, par exemple par la demande d'informations pour une prétendue connaissance en difficulté. Au cours de la pandémie, avec les écoles fermées ou l'enseignement en distanciel et de nombreux services régionaux offrant un accès limité, formuler une demande d'aide s'avérerait encore plus compliqué pour un adolescent.

Compte tenu du nombre de violences, et en tant que psychologues et psychothérapeutes dans différents domaines, il est possible de rencontrer des jeunes filles et des jeunes gens qui ont subi ou ont été exposés à des comportements violents et qui, dans certains cas, trouvent le courage de raconter leur histoire. Il est donc crucial que tous les professionnels soient formés sur le sujet, aient une idée claire de leur rôle et du périmètre de leur action, connaissent le réseau anti-violence sur leur territoire et se donnent la possibilité de consulter des centres spécialisés ou de s'adresser à collègues plus spécialisés en cas de besoin. En ce qui concerne l'entretien avec la jeune victime, il est important qu'il y ait une écoute attentive, non intrusive et jamais re-victimisante ;

des comportements tels que la remise en cause de la crédibilité de la victime, véhiculer l'idée qu'elle est en partie responsable de ce qui s'est passé ou diminuer l'impact de la violence exercée peut augmenter le sentiment d'impuissance, de colère et de culpabilité, poussant encore plus l'adolescent au silence et aggravant ses problèmes de santé. A en croire ce qui est rapporté, adopter une attitude compréhensive sans émettre de jugement et faire preuve de solidarité morale sont autant d'éléments fondamentaux de soutien face au récit de la violence. Il est également important de ne pas faire de promesse que vous n'êtes pas certain de pouvoir tenir, de remplir les obligations de déclaration dans les cas prévus par la loi en communiquant ces obligations à la jeune fille/au jeune homme et en l'informant de l'existence du réseau de services existant dans sa région, réseau auquel elle/il pourrait s'adresser en cas de besoin.

Dans l'incertitude qui caractérise ce moment historique, il y a donc des certitudes : que la violence quoique fréquente et souvent non dite n'en est pas moins doulou-

reuse, qu'un espace d'écoute authentique, une rencontre ouverte et sans jugement, la possibilité de raconter son histoire se sentir respecté(e), soutenu(e), cru(e), peut représenter le début d'une sortie de la violence.

L'auteur

Lucia Beltramini est psychologue, psychothérapeute, docteure en neurosciences et sciences cognitives et chargée de cours à l'Université de Trieste où elle enseigne « La violence envers les femmes et les mineurs ». Elle s'occupe de la prévention de la violence genrée et de la promotion de l'égalité des chances en menant des activités de recherche, de formation et d'intervention. Elle a à son actif plusieurs publications scientifiques sur le sujet et est l'auteure du livre *La violence de genre dans l'adolescence. Guide pour la prévention à l'école* (2020).

Contact

E-Mail : dr.lucibeltramini@gmail.com

Kinder und Jugendliche in der Pandemie

Wie erleben sie die Veränderungen, die ihr und unser Leben durcheinandergebracht haben?

Mara Foppoli

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 101–104

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-101>

Zusammenfassung: In diesem Artikel wird mithilfe der Berichte der wichtigsten Träger niederschwelliger Angebote im Bereich der Förderung und Unterstützung von Kindern dargestellt, wie Kinder und Jugendliche die Pandemiesituation erleben. Insbesondere wird über die Faktoren berichtet, die den grössten Einfluss auf die psychische Belastung haben könnten, und über Risiko- und Schutzfaktoren. Abschliessend wird überlegt, welche Rolle die Psychotherapie in den kommenden Jahren für Jugendliche und Kinder spielen könnte.

Schlüsselwörter: Adoleszenz, Covid-19, psychosoziale Hilfe, niederschwellig

Einführung

Diese Arbeit zielt darauf ab, mithilfe der Berichte der grössten Jugendorganisationen der Schweiz einen Blickwinkel zu beleuchten, der oft im Hintergrund bleibt: wie Kinder und Jugendliche diese Pandemiejahre erleben. In der Tat können wir sofort feststellen, dass es zahlreiche Forschungsarbeiten gibt, die versuchen, auf eine mehr oder weniger optimistische Weise Licht in das Geschehen zu bringen. Daher möchten wir uns an Ergebnisse einiger der zahlreichen Forschungen anlehnen, um zu versuchen, diesen Blickwinkel ans Licht zu holen.

Der Ausbruch der durch SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie und die Massnahmen, die ergriffen wurden, um die Verbreitung dieses neuen Coronavirus einzudämmen, wie z. B. die Einschränkung der Bewegungsfreiheit, die räumliche Distanzierung, die reduzierten Arbeitszeiten und der Distanzunterricht, haben tiefgreifende Auswirkungen auf das tägliche Leben der Bevölkerung (Stocker et al., 2021). Die Unsicherheit, die Angst vor Ansteckung, die Sorge um den Arbeitsplatz, die Ängste im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Entwicklung und die zahlreichen zusätzlichen Aufgaben zu Hause haben die psychische Gesundheit sowohl von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen auf eine harte Probe gestellt.

Die psychische Belastung

Aus ersten Ergebnissen der Studien über die durch das Coronavirus ausgelöste Krise ist hervorgegangen, dass die psychische Belastung und die Folgen der Krankheit die Bevölkerung auf unterschiedlicher Art und Weise treffen und sich besonders auf bestimmte Gruppen beziehen, darunter auch Kinder und Jugendliche. Ähnliches ergeben die Daten der Berichte über niederschwellige Beratungs-

und Informationsangebote im Bereich der psychischen Gesundheit wie von Pro Juventute, UNICEF¹, Pro Mente Sana und Telefono Amico aus den Jahren 2020/21.

Insgesamt geht aus einer ersten Analyse dieser Daten hervor, dass es kein einheitliches Modell für die psychische Reaktion auf die Krise gibt: Die Antworten reichen von einer starken Zunahme der Symptome psychischer Belastung über eine erhöhte Resilienz bis hin zu positiven emotionalen Auswirkungen. U. a. wird deutlich, dass die mit dem Coronavirus verbundenen Probleme, die Unsicherheit in der Arbeitswelt, finanzielle Probleme und Zukunftsängste, das psychische Wohlbefinden beeinträchtigen und dass alleinlebende oder sozial isolierte Personen am stärksten davon betroffen sind. Auch die Reaktionen bei Beendigung des Lockdowns sind nicht einheitlich und führen nicht immer zu einem sofortigen Gefühl der Erleichterung oder zu einer Abnahme der psychischen Belastungen.

Auch wenn der Grossteil der Bevölkerung gut mit der Krise umzugehen scheint, weiss man noch wenig über deren langfristige Auswirkungen. Einige Berichte sprechen von einer «Lost covid generation» (UNICEF, 2020) und zeigen auf, welche Auswirkungen die Pandemie auf die

1 UNICEF hat im Jahr 2020 mit der Umfrage «The future we want» eine Untersuchung in Italien durchgeführt, an der 2.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 19 Jahren beteiligt waren. Im Alter zwischen 15 und 19 Jahren durchlaufen Mädchen und Jungen diese heikle Übergangsphase von der Kindheit hin zum Erwachsensein und zur Autonomie. In dieser Phase finden entscheidende Schritte im kognitiven und im emotionalen Bereich statt. Diese Lebensphase zeichnet sich dadurch aus, dass die Fähigkeit entwickelt wird, die eigene Zeit und die eigenen Räume zu planen und zu organisieren. Es ist eine Zeit kontinuierlicher Gefühlsschwankungen, die sich durch eine Zunahme von Stress auszeichnet, v. a. beim weiblichen Geschlecht. Diesbezügliche Studien zeigen, dass die Auswirkungen von Stress im Leben für Mädchen grösser sind. Für sie ist der Übergang zur Adoleszenz eine Zeit, in der sie besonders verletzlich sind. In dieser Phase spielt die Sozialisation in der Entwicklung der Minderjährigen eine Rolle von grundlegender Bedeutung.

psychische Gesundheit haben kann. Denn auch negative wirtschaftliche Auswirkungen, wie z. B. der Verlust des Arbeitsplatzes, können das Familienleben und damit auch das Leben der Kinder und Jugendlichen verändern, es härter machen und die psychische Belastung erhöhen. Ein anderer Blickwinkel zeigt, dass es auch positive Auswirkungen geben kann in Richtung verbesserter Anpassungsstrategien, wie die Entschleunigung während eines Lockdowns, der verstärkte Familienzusammenhalt oder eine verbesserte Selbstwirksamkeitserwartung.

Wird der Fokus auf Kinder und Jugendliche gerichtet, zeigt sich vor allem das starke Bedürfnis nach körperlichem Kontakt mit Gleichaltrigen. Schulschliessungen und räumliche Distanzierung sind eine schwierige Herausforderung. Es wäre wünschenswert, wenn eine Gruppenbildung nicht als unverantwortliches Verhalten abgestempelt werden würde, wenn dies z. B. durch das Tragen von Masken, das Desinfizieren der Hände und durch Impfungen begleitet ist.

Die Ergebnisse des Berichts «Pro Juventute Corona» (Pro Juventute, 2021) lassen leicht erkennen, dass die Kinder und Jugendlichen der Pandemie auf unterschiedliche Art und Weise entgegengetreten, je nach emotionalen und materiellen Ressourcen. Denn nach einem kurzfristigen Schock in der ersten Pandemiephase im Frühling 2020 sehen wir nun, dass weitere Herausforderungen entstehen. In Bezug auf den Gesundheitszustand der Psyche wird von vielen berichtet, dass ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden aufgrund von sozialen Auflagen und im Allgemeinen durch die Unsicherheit in ihrem Leben, insbesondere in Bezug auf die Zukunft, drastisch abgenommen haben. Ca. 40 % der Bevölkerung geben an, dass sich die Pandemie negativ auf ihre Stimmung ausgewirkt hat. Für die Altersgruppe der 16–24-Jährigen steigt dieser Anteil sogar auf 55 %. Ausserdem fühlte sich zum Zeitpunkt der Umfrage mehr als die Hälfte wegen der Coronapandemie und ihren Nebenwirkungen schlechter.

Auch wenn die jüngeren Generationen im Vergleich zu den älteren gut mit der Pandemie und den Einschränkungen umgehen, so fühlen sich doch viele Jugendliche einsam, ihnen fehlt Energie und sie fühlen sich im Alltag und in der Schule unter Druck gesetzt. Sie sind über eine geringere oder fehlende Bildung und über eine Abnahme der Beschäftigungs- und Karrierechancen beunruhigt. Hinzu kommen Sorgen um eine auch langfristige Ausdünnung des sozialen Netzes (USFP, 2021; SSR, 2021). Festgestellt wurde auch das Aufkommen eines Gefühls des Verlorenseins, das noch schlimmere Folgen für die vulnerablen Gruppen haben könnte, für die der Übergang zum Erwachsensein durch die Isolierung, das Fehlen eines familiären Bezugsumfelds und durch einen mangelnden Zugang zu Informationen und Diensten behindert werden kann, wodurch auch die Wahrnehmung ihrer Rechte beschränkt wird.

Die Pandemie als Verstärker der Ungleichheit

Die Pandemie wirkt wie ein Beschleuniger und Multiplikator der bereits bestehenden sozialen Ungleichheit und

der damit verbundenen Entwicklungsrisiken. Die soziale Schere öffnet sich in besorgniserregender Weise immer mehr, nicht nur in Bezug auf Reichtum und Einkommen, sondern auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit. Bei Menschen mit geringem Einkommen ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich ihre psychische Gesundheit nachhaltig verschlechtert, signifikant höher. Erneut finden wir hier ein Zusammentreffen von Risikofaktoren wie soziale Isolation, Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit (SSR, 2021; CSS, 2021).

Mehrere Ergebnisse weisen auch auf Unterschiede bei den Geschlechtern hin. Das psychologische Wohlbefinden hat sich mit Andauern der Pandemie bei jugendlichen Mädchen und jungen Frauen stärker als bei gleichaltrigen Männern verschlechtert. Oder zumindest besteht bei Mädchen und jungen Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie dieses Empfinden zum Ausdruck bringen. Gleichzeitig äussern sie mehr Zukunftsängste, bei ihnen ist es wahrscheinlicher, dass sie depressive Symptome und emotionale Probleme zeigen, sie berichten über ein verringertes Wohlbefinden und haben mehr Angst, Freundschaften zu verlieren (Bernath et al., 2021). In der Zwischenzeit sind weitere Studien zu dem Schluss gekommen, dass es bei Jungen im Vorschul- und Schulalter signifikant wahrscheinlicher ist, dass sie sich auflehnd verhalten oder dass Probleme mit Aggressivität auftreten, als bei gleichaltrigen Mädchen. Einige Studien stellen auch Altersunterschiede fest (USFP, 2021), wie bei der emotionalen Bewältigung des Lockdowns: Das affektive, aggressive und auflehrende Verhalten (z. B. Provozieren, Schreien) trat deutlicher bei Vorschul- als bei Schulkindern auf. Bei Kindern im frühen Schulalter (7–10 Jahre) war es wahrscheinlicher, dass sie ein ängstliches Verhalten zeigen, während bei älteren Kindern und Jugendlichen (11–19 Jahre) mit höherer Wahrscheinlichkeit emotionale Probleme und Sorgen sowie eine zunehmende Nervosität auftraten (USFP, 2021; SRR, 2021).

Zahlreiche Studien legen nahe, dass man der Situation der jungen Erwachsenen mehr Aufmerksamkeit widmen sollte (USFP, 2021). Es handelt sich um prägende Veränderungsprozesse, sowohl im Hinblick auf den Übergang zur höheren Schulbildung oder in die berufliche Ausbildung (Lehre, allgemeinbildende Schule) oder den Wechsel in das Berufsleben als auch in Bezug auf die Ablösung von den Eltern, das Bedürfnis nach Mobilität oder die Entwicklung von stabilen Beziehungen und Freundschaften. Jeder dieser Bereiche war und ist weiterhin von der Pandemie betroffen, und wurde oft sogar durch sie erschüttert. Dies hat einen grossen Einfluss auf die empfundene Lebensqualität und die Zufriedenheit. Besorgniserregend ist in diesem Zusammenhang die Entdeckung, dass die Pandemie bei jungen Erwachsenen die Angst vor einer Stigmatisierung durch eine psychische Erkrankung gesteigert hat. Fast drei Viertel stehen unter dem Druck, immer gesund und leistungsfähig sein zu müssen (USFP, 2021).

Für einige besonders unter Stress stehende Kinder und Jugendliche verschlechtert sich die Situation nochmals dadurch, dass der bereits vorher bestehende Mangel im

Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote vielerorts zugenommen hat. Die Wartezeiten für eine reguläre ambulante Behandlung in den Kinder- und Jugendpsychiatrien der Krankenhäuser haben sich im Jahr 2021 gegenüber dem Vorjahr signifikant verlängert. Die Experten sind sich über die Tatsache einig, dass die Situation im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders alarmierend ist. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten, den halbstationären und den stationären Bereich. In einigen Kantonen wird die Situation als dramatisch beschrieben. In den Notfallambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie stieg die Zahl der Fälle nach dem ersten Lockdown und in der zweiten Pandemiewelle im Herbst/Winter 2020/21 signifikant an. Dies sind deutliche Hinweise darauf, dass die Pandemie auch Kinder und Jugendliche belastet (USFP, 2021).

Bei 38 % der Jugendlichen zwischen 18 und 35 Jahren hat die Coronapandemie die Einsamkeit verstärkt. Fast ein Drittel berichtet von einer depressiven Gemütsverfassung, bei etwas mehr als einem Fünftel der jungen Menschen zwischen 18 und 35 Jahren hat sich die Angst verstärkt (CSS, 2021). Bei der Beratungsstelle *consulenza+ascolto* 147 von Pro Juventute konnte ein Zuwachs von ca. 40 % bei den Themen «Einsamkeit», «Freunde verlieren» oder «psychische Gesundheit» und bei Suizidgedanken verzeichnet werden.²

Die Lockerung der Coronamassnahmen im Juni 2021 hat im Juli zu positiven Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Bevölkerung geführt, zum Beispiel weniger Einsamkeit (-8 %), weniger Langeweile (-11 %), Mangel an Bewegung (-15 %). Dies hat aber nicht zu einer Entspannung in Bezug auf die sozialen Beziehungen geführt. Das Gefühl, als Familie/Partner stärker zu sein, hat z. B. weiter abgenommen (-3 %), Spannungen und Konflikte in der Familie haben nur leicht abgenommen (-3 %).

In der ersten Hälfte des Jahres 2021 konnten die Experten von Pro Juventute eine Zunahme um 6,7 % bei der Beratung von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit Konfliktsituationen mit ihren Eltern verzeichnen. Darüber hinaus haben die Beratungen im Jahr 2020 zu den Themen «Konflikte mit den Eltern» (+33 %), «Konflikte mit den Geschwistern» (+27 %) und «Gewalt in der Familie» (+17 %) gegenüber dem Vorjahr signifikant zugenommen.

Vielleicht sollten auch wir als Psychotherapeuten anfangen – durch eine Vernetzung zwischen den bestehenden öffentlichen Einrichtungen und den selbstständigen Praxen – präsenter zu sein und mehr miteinander zu kooperieren, um mehr Menschen, und v. a. Kindern und Jugendlichen, den Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung zu ermöglichen. Dies würde ein frühzeitiges Handeln ermöglichen, bevor sich Situationen verfestigen können. Es bleibt also zu wünschen, dass die

Psychotherapeuten stärker in diesen Prozess einbezogen werden.

Aus den Daten geht noch ein weiteres Thema hervor, nämlich die Auswirkungen der Krise auf die Bildungs- und Berufschancen junger Menschen. Hier wird das wenige Vertrauen in die Zukunft deutlich.

Seit Pandemiebeginn haben die Einschränkungen im analogen Leben das digitale Leben der jungen Menschen intensiviert. Neueste Studien bestätigen, dass es während des Lockdowns zu einer deutlichen Zunahme der Digitalisierung gekommen ist und dass junge Leute – auch wenn sie bereits vor der Pandemie grösstenteils Digital Natives waren – allein neue Aktivitäten in den digitalen Medien entdeckt haben. U. a. hat die Pandemie zu einer intensiven Nutzung der Streaming-Dienste geführt (Bernath et al., 2021).

Hinzu kommt die Erfahrung, häufiger als vorher online auf Fake News oder Hassnachrichten zu stossen. Eine Zunahme gab es auch bei der sexuellen Belästigung von Kindern und Jugendlichen im digitalen Raum. Im Jahr 2020 wurden offiziell 130 Cyber-Grooming-Delikte verzeichnet, wobei die meisten Opfer zwischen 10 und 14 Jahre alt waren. Wahrscheinlich liegt die Dunkelziffer noch viel höher.

Die Nutzung der digitalen Medien spielt weiterhin nicht nur beim Lernen und in der sozialen Interaktion eine Rolle, sondern auch bei der Beschaffung von Informationen. Die Forschung lässt vermuten, dass die Häufigkeit der Informationen und die Art der Quellen Auswirkungen auf die mit dem Coronavirus zusammenhängenden Ängste haben. Je häufiger sich junge Leute informierten und je intensiver sie die traditionellen journalistischen und die neuen digitalen Medien nutzten, umso grösser waren ihre Ängste und Sorgen (Bernath et al., 2021).

Abschliessende Betrachtung

Es ist noch nicht klar, welche mittel- bis langfristigen Folgen die Krise mit sich bringt oder ob sie Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben wird. Einige Forscher stellen einen Anstieg der Anzahl der Selbstmordversuche fest (z. B. Gunnell et al., 2020). Bei den Faktoren, die diese Zunahme der Selbstmordversuche beeinflussen, könnte es sich um die gleichen Faktoren handeln, die auch ganz im Allgemeinen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben. Sher (2020) hebt im Zusammenhang mit Selbstmord die besondere Bedeutung der wirtschaftlichen Situation hervor (wirtschaftliche Unsicherheit, finanzielle Schwierigkeiten und Arbeitslosigkeit).

Wir möchten erneut darauf hinweisen, dass der Zugang zu einer Behandlung sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich eine Bedingung ist, die besonders für Jugendliche und Kinder sichergestellt werden muss, indem Lücken geschlossen und das Angebot erweitert wird. Durch die Erfahrungen mit Videositzungen während des Lockdowns konnten wir sehen, dass diese Methode mit Nutzen angewendet werden kann. In der Tat war so eine Digitalisierung der Psychotherapie mit ermutigenden und

² Pro Juventute führt regelmässig Statistiken über die von ihr betreuten Kontakte und hat ein Barometer über die Anliegen der Jugendlichen erstellt. Die Referenzstichprobe für diese Daten war 40.746 und es gab einen Anstieg von 31,3 % der Chats; 68,4 % waren weiblich und 27,4 % männlich. Der Anteil der persönlichen Probleme liegt 2021 bei 42,3 %, während er 2019 bei 35,6 % lag.

guten Ergebnissen möglich. Die Online-Beratung kann somit als sinnvolles Instrument angesehen werden, um Barrieren beim Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen abzubauen, auch in der Zeit nach der Pandemie. Dennoch könnten weitere Forschungen in diese Richtung aussagekräftigere Daten liefern, die es anschliessend zu berücksichtigen gilt.

Auch der niederschwellige Zugang zu psychosozialer Unterstützung für eine frühe Erkennung und ein früheres Eingreifen bei psychischen Erkrankungen sollte in jedem Fall gefördert werden. Der Zugang dazu muss je nach Altersgruppe über mehrere Kanäle möglich sein (Telefon, Chat, E-Mail, Social Media, Plattformen, Apps), insbesondere für Jugendliche und Kinder. Die Heranwachsenden fordern im wesentlichen eine Rückkehr zu einer neuen Normalität, die ihre Bedürfnisse, ihre Vision von der Zukunft berücksichtigt. Dabei ist es von wesentlicher Bedeutung, ihnen einen Zugang zu niederschweligen Angeboten zu garantieren: im Bereich des Zuhörens und der Beratung, zu psychotherapeutischen Diensten und zu einer angemessenen Menge an Informationen über das, was passiert, und zwar durch zügige und spezielle Kommunikation. Es bleibt zu wünschen, dass Instrumente entwickelt werden, mit denen das erreichte Wohlbefinden erfasst und überwacht werden kann.

Verwendete Quellen

- Bernath, J., Suter, L., Walle, G., Kulling, C., Willemsse, I., Süss, D. (2021). *JAMES focus: Comportamento informativo e benessere in tempi di crisi*. Zürich: zhaw.
- Consiglio die Governo die Zurigo (2021). Comunicato stampa del Consiglio di Governo di Zurigo «Pacchetto di misure per migliorare la situazione dell'assistenza nella psichiatria infantile e adolescenziale» (comunicato stampa del Consiglio di Governo di Zurigo, 10.06.2021).
- Favretto, A. R., Maturo, A. & Tomeller, S. (2021). *L'impatto sociale del COVID-19*. Mailand: F. Angeli.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C. & Pirkis, J. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6).
- Landolt, N. L. (2021). C'è una drastica emergenza di approvvigionamento in Argovia. *Aargauer Zeitung*, 09.10.2021.
- Moeschler O. & Bassin-Wenger, A. (2010). *Covid-19 e condizioni di vita in Svizzera nel 2021 (SILC)*. Neuchâtel: Ufficio federale di statistica UST.
- Pro Juventute (2021). *Rapporto Pro Juventute Covid 2021*. Zürich: Pro Juventute.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*, 113(10).
- SSR Corona Monitor (2021). *Corona e disuguaglianza in Svizzera. Una prima analisi degli effetti distributivi della pandemia di Covid-19*. Bern: SSR.
- SSR (2021) Covid-19 e condizioni di vita in Svizzera nel 2021 (SILC) in I giovani svizzeri nella pandemia – valutazione speciale del Corona Monitor della SSR per conto dell'UFSP (2021). Bern: SSR.
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Erster Teilbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2021). *I giovani svizzeri nella pandemia – valutazione speciale del Monitor Corona della SSR per conto dell'UFSP*. Bern: USFP.
- Süss, D., Domdey, P., Steiner, L., Löpf, S. & Bernath, J. (2021). *Giovani ai tempi della pandemia di Covid-19. Risultati di un'indagine ripetuta sui giovani del Cantone di Zurigo*. Zürich: zhaw.
- Tasset, I. (2021). *Studio sulla salute CSS*. Zürich: Sotomo.
- UNICEF (2020). *Essere adolescenti ai tempi del COVID-19, Idee e proposte per un futuro migliore, Unicef, Rapporto Novembre 2020*. New York: Ed. Unicef.
- UNICEF (2020). *Ufficio Regionale dell'UNICEF per l'Europa e l'Asia. The future we want in: Verting a lost covid generation, Unicef world Children Day 20. November 2020*. New York: Ed. Unicef.
- UNICEF (2021). *Rapporto Unicef Corona virus 2021. Salute mentale di Bambini e Adolescenti Tra COVID-19 e Passato Pandemia*. Rom: Unicef.
- USFP (2021). *L'impatto della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale della popolazione svizzera e sulle cure psichiatrico-psicoterapeutiche in Svizzera*. Bern: USFP.
- USFP (2021). *Corona e disuguaglianza in Svizzera. Una prima analisi degli effetti distributivi della pandemia di Covid-19*. Bern: USFP.
- <https://iris.paho.org/handle/10665.2/708>
- https://www.swissinfo.ch/ita/societa/epidemia_coronavirus—la-situazione-in-svizzera/45590960
- <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/das-bag/aktuell/news/news-20-11-2020.html>
- <https://www.css.ch/it/chi-e-css/chi-siamo/media-ubblicazioni/studio-salute.html>
- <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/scuola-e-covid-19-pensieri-e-aspettative-degli-adolescenti>
- <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/scuola-e-covid-19-pensieri-e-aspettative-degli-adolescenti>
- <https://www.experimental.bfs.admin.ch/expstat/it/home/metodi-innovativi/silc.assetdetail.19204350.html>
- <https://www.sf-mvb.ch>

Children and adolescents in the pandemic How are they experiencing the changes that have disrupted their lives and ours?

Abstract: With the help of reports from the main providers of low-threshold services in the field of child development and support, this article presents how children and adolescents experience the pandemic situation. In particular, it reports on the factors that might have the greatest influence on psychological stress as well as on risk and protective factors. Finally, we consider the role psychotherapy might play for adolescents and children in the coming years.

Keywords: adolescence, Covid-19, psychosocial help, low-threshold

Die Autorin

Mara Foppoli ist Psychologin der ASP, Gestalt-Psychotherapeutin, Gestalt-Spiel-Therapeutin, EMDR-Therapeutin, Gründungsmitglied des International Gestalt Institute Switzerland (IGIS), Managerin der Stiftung Fondazione per bambini e giovani und Leiterin des IGIS Lugano.

Kontakt

E-Mail: mara.foppoli@gmail.com

Bambini e giovani nella pandemia

Come stanno vivendo i cambiamenti che hanno travolto le loro e le nostre vite?

Mara Foppoli

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 105–108

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-105>

Riassunto: In questo articolo vengono presi in considerazione i report delle maggiori fondazioni di sostegno e aiuto nell'infanzia a bassa soglia per delineare la situazione pandemica vissuta da bambini e adolescenti. In articolare vengono riferiti i fattori che possono influenzare maggiormente il carico psichico e i fattori di rischio e quelli protettivi. In conclusione vengono fatte delle riflessioni sul tipo di ruolo che la psicoterapia potrebbe essere chiamata a svolgere nei prossimi anni per i giovani e i bambini.

Parole chiave: adolescenza, covid, aiuto psicosociale, bassa soglia

Introduzione

Il presente lavoro si pone come obiettivo il portare alla luce un punto di vista che spesso rimane sullo sfondo, ovvero, come i bambini, i giovani e gli adolescenti stanno vivendo questi anni pandemici utilizzando i report delle maggiori organizzazioni per giovani presenti in Svizzera. In effetti una prima osservazione che ci sentiamo di notare è come ci sia un fiorire di ricerche che hanno come tentativo di far luce su quanto stia avvenendo in maniera più o meno ottimistica. Per questo vorremmo appoggiarci a risultati di alcune delle numerose ricerche per tentare di far scaturire questo punto di vista.

Lo scoppio della pandemia di COVID-19 e i provvedimenti adottati per contenere la diffusione del nuovo coronavirus hanno inciso profondamente sulla quotidianità della popolazione, tra gli altri con le limitazioni delle libertà di movimento, il distanziamento sociale, il lavoro ridotto, il lavoro e la scuola da casa (Stocker et al., 2021). Così l'incertezza, la paura del contagio, le preoccupazioni per il posto di lavoro, i timori legati allo sviluppo economico o i molteplici oneri tra le mura domestiche hanno messo a dura prova la salute psichica sia di adulti, sia di bambini e giovani.

Il carico psichico

Da primi risultati di studi sulla crisi innescata dal coronavirus è emerso come il carico psichico e le conseguenze della malattia colpiscono in modo eterogeneo la popolazione e in misura particolare determinati gruppi tra cui anche i bambini e gli adolescenti. A questo si affiancano anche i dati sui report di servizi a bassa soglia di consulenza e informazione nel settore della salute mentale

come Pro Juventute, Unicef¹, Pro Mente Sana, Telefono amico, nel corso del 2020 e 2021.

Nel complesso, da una prima analisi di questi dati emerge come non esista un modello uniforme di reazione psichica alla crisi: le risposte vanno da un forte aumento dei sintomi di carico psichico a un'elevata resilienza fino ad effetti emotivi positivi. Fra questi comunque emergono come i problemi di conciliabilità dovuti al coronavirus, incertezza lavorativa, problemi finanziari e timori legati al futuro possono compromettere il benessere psichico e come le persone che vivono da sole o socialmente isolate sono maggiormente a rischio. Anche le reazioni alla fine del lockdown possono dirsi non uniformi e non sempre hanno corrisposto a sensazioni di sollievo immediato o diminuzione dei carichi psichici.

Seppur la maggior parte della popolazione sembra gestire bene la crisi, ancora non si conoscono bene gli effetti sul lungo termine. Esistono report che parlano di lost generation covid (Unicef, 2020) in cui vengono evidenziati come ci possano essere degli effetti sulla salute mentale durante la pandemia. Infatti, gli effetti economici negativi come, ad esempio, la perdita di lavoro, possono cambiare la vita familiare e quindi anche quella dei bambini e dei giovani, aumentando le austerità e le reazioni sul carico psichico.

¹ Unicef ha svolto un'indagine che nel 2020 ha coinvolto 2.000 adolescenti tra i 15 e 19 anni utilizzando il sondaggio «the future we want» in Italia. Tra i 15 e i 19 anni, ragazze e ragazzi vivono il delicato periodo di transizione che segna il passaggio dall'infanzia all'età adulta, all'autonomia. Tutto ciò avviene attraverso step cruciali che investono la loro sfera cognitiva ed emotiva. È infatti quella fase della vita segnata dallo sviluppo delle capacità di pianificazione e organizzazione dei propri tempi e spazi, è un periodo di cambiamenti repentini nelle emozioni, caratterizzato da un aumento dello stress, soprattutto per il sesso femminile – studi in merito indicano che gli effetti dello stress nella vita risultano maggiori per le ragazze, per le quali la transizione all'adolescenza rappresenta un periodo di particolare vulnerabilità. In questa fase è la socializzazione a svolgere un ruolo fondamentale nello sviluppo del minorenne.

Un altro punto di vista, rivela che ci possono anche essere degli effetti positivi nella direzione di maggiori strategie adattive come il rallentamento dei ritmi durante il lockdown o la maggiore coesione familiare e il senso di autoefficacia. Volendo focalizzarci su bambini ed adolescenti, un aspetto che emerge in maniera preponderante è il forte bisogno di contatto fisico con i coetanei. La chiusura delle scuole e le regole di distanziamento rappresentano una prova difficile. Sarebbe auspicabile che lo stare in gruppo non venga bollato come comportamento irresponsabile se, ad esempio, corroborato da mascherine, disinfettante mani e vaccinazioni.

Inoltrandoci nei risultati del rapporto Pro Juventute Corona (Pro Juventute, 2021) possiamo facilmente notare che i bambini e gli adolescenti stanno affrontando la pandemia in modo diverso a seconda delle risorse emotive e materiali. Infatti, ad uno shock a breve termine della prima fase della pandemia (primavera 2020), assistiamo all'emergere di ulteriori sfide. Per quel che riguarda lo stato di salute mentale, molti riferiscono che la loro qualità di vita e il loro benessere siano drasticamente diminuiti a causa dei vincoli sociali e in generale a causa delle incertezze nella loro vita e in particolar modo riguardo al futuro. Circa il 40 % della popolazione afferma che la pandemia ha avuto un impatto negativo sul proprio umore. Inoltre, per la fascia tra i 16–24 anni, tale percentuale arriva ad essere pari al 55 %. Inoltre, più della metà di questa fascia di età si sente peggio nel momento del sondaggio a causa della pandemia di Corona e dei suoi effetti collaterali.

Seppur le nuove generazioni stiano affrontando bene la pandemia e le restrizioni rispetto alle generazioni più anziane, molti giovani sperimentano solitudine e una mancanza di energia e si sentono sotto pressione nella vita di tutti i giorni e a scuola, si preoccupano di un'istruzione considerata più povera o manchevole e di un decremento delle opportunità di impiego e di carriera. A questo si aggiungono le preoccupazioni dell'impoverimento della rete sociale anche sul lungo termine (USFP, 2021; SSR, 2021). Vi è anche da segnalare l'insorgere di un senso di smarrimento che rischia di avere effetti ancora peggiori per i gruppi più vulnerabili, per cui il periodo di transizione adolescenziale può anche essere ostacolato dall'isolamento, dalla mancanza di un ambiente familiare di riferimento, dallo scarso accesso alle informazioni e ai servizi, minando quindi anche il pieno godimento dei loro diritti.

La pandemia come un acceleratore delle disuguaglianze

La pandemia agisce come un acceleratore e moltiplicatore delle disuguaglianze sociali preesistenti e i connessi rischi per lo sviluppo. In questo il divario sociale si sta allargando in modo preoccupante, non solo in termini di ricchezza e reddito, ma anche in termini di salute mentale. Le persone con redditi bassi hanno significativamente più probabilità di avere un deterioramento persistente della

salute mentale. Di nuovo troviamo ancora la concomitanza con fattori di rischio quali l'isolamento sociale, la mancanza di un lavoro o impiegabilità (SSR, 2021; CSS, 2021).

Vari risultati indicano anche differenze di genere. Il benessere psicologico si è deteriorato di più nelle adolescenti e nelle giovani donne con il progredire della pandemia rispetto agli adolescenti maschi e ai giovani uomini. Almeno le ragazze e le giovani donne hanno maggiori probabilità di esternare questi sentimenti. Esprimono nel contempo più paure per il futuro, hanno maggiori probabilità di mostrare sintomi depressivi e problemi emotivi, riportano un benessere più scarso e più paure di perdere amicizie (Bernath et al., 2021). Nel frattempo, ulteriori studi concludono che i bambini in età prescolare e scolare hanno significativamente più probabilità di sperimentare comportamenti oppositivi e problemi aggressivi nei ragazzi rispetto alle ragazze della stessa età. Alcuni studi trovano anche differenze di età (USFP, 2021) come la gestione emotiva del periodo di blocco: il comportamento affettivo, aggressivo e oppositivo (es sfidare, urlare) era più evidente nei bambini in età prescolare, ma anche in età scolare. I bambini in età scolare precoce (7–10 anni) avevano maggiori probabilità di mostrare un comportamento ansioso, mentre i bambini più grandi e gli adolescenti (11–19 anni) avevano maggiori probabilità di riportare problemi emotivi e preoccupazioni, nonché un aumento del nervosismo (USFP, 2021, SRR, 2021).

Numerosi studi suggeriscono che si dovrebbe prestare particolare attenzione alla situazione dei giovani adulti (USFP 2021). Si tratta di processi formativi di cambiamento, sia per quanto riguarda il passaggio all'istruzione superiore o alla formazione professionale (apprendistato, scuola generale) o il passaggio alla vita lavorativa, sia per quanto riguarda il distacco dai genitori o il loro bisogno di mobilità o per quanto riguarda lo sviluppo di relazioni e amicizie solide. Ognuna di queste aree è stata e continua ad essere colpita dalla pandemia, spesso scossa. Ciò ha un forte impatto sulla qualità della vita percepita e sulla soddisfazione. In questo contesto, è preoccupante anche la scoperta che la pandemia ha aumentato la paura dello stigma a causa della malattia mentale tra i giovani adulti. Quasi tre quarti si sentono sotto pressione per essere sempre sani ed efficienti (USFP, 2021).

Per alcuni dei bambini e degli adolescenti particolarmente stressati, la situazione sta peggiorando al punto che in molti luoghi è peggiorata la carenza di cure psichiatrico-psicoterapeutiche già esistente. Ad esempio, i tempi di attesa per i regolari trattamenti ambulatoriali negli ambulatori ospedalieri in psichiatria infantile e adolescenziale sono aumentati significativamente nel 2021 rispetto all'anno precedente. Gli esperti concordano sul fatto che la situazione nel campo della psichiatria infantile e adolescenziale è particolarmente allarmante. Questo vale anche per i settori ambulatoriale, intermedio e ospedaliero. In alcuni Cantoni la situazione è descritta come drammatica. Negli ambulatori d'urgenza della psichiatria infantile e adolescenziale, il numero di casi è aumentato significativamente dopo il primo lockdown

e nella seconda ondata pandemica nell'autunno/inverno 2020/2021. Queste sono chiare indicazioni di quanto la pandemia gravi anche su bambini e adolescenti (USFP, 2021).

Nel 38 % dei giovani tra i 18 e i 35 anni, la pandemia di corona ha aumentato la solitudine. Quasi un terzo riporta stati d'animo depressivi, in poco più di un quinto dei giovani tra i 18 e i 35 anni, l'ansia si è intensificata (CSS, 2021). Nella consulenza+ascolto 147 di Pro Juventute, argomenti come «solitudine», «perdere amici» o «salute mentale» sono aumentate, come i pensieri suicidali di circa il 40 %.²

L'allentamento delle misure corona nel giugno 2021 ha avuto un effetto positivo sul benessere della popolazione, es. meno solitudine (-8 %), noia (-11 %) e mancanza di esercizio fisico (-15 %) a luglio. Ciò ha portato a un rilassamento nelle relazioni sociali. Ad esempio, la sensazione di essere più forti come famiglia / partner ha continuato a diminuire (-3 %), le tensioni e i conflitti familiari sono diminuiti solo leggermente (-3 %).

Nella prima metà del 2021, gli esperti di Pro Juventute hanno registrato un aumento del 6,7 % nelle consulenze a bambini e adolescenti su situazioni di conflitto con i genitori. Inoltre le consulenze sui temi dei «conflitti con i genitori» (+33 %), dei «conflitti con i fratelli» (+27 %) e della «violenza in famiglia» (+17 %) sono aumentate significativamente nel 2020 rispetto all'anno precedente.

In questo forse anche come psicoterapeuti dovremmo cominciare a svolgere un ruolo di maggiore presenza e cooperazione attraverso un lavoro di rete tra le strutture pubbliche esistenti e gli studi indipendenti per favorire un maggiore accesso alle cure di psicoterapia ad un numero maggiore di persone con un riconoscimento soprattutto nei casi di bambini e giovani. Questo permetterebbe un intervento precoce prima che le situazioni si cristallizzino. Ci si auspica dunque un maggiore coinvolgimento come psicoterapeuti in questo processo di intervento.

Un altro tema emergente dai dati riguarda gli effetti della crisi sulle opportunità educative e professionali dei giovani. Vi è qui una grossa sfiducia verso il futuro.

Dall'inizio della pandemia, le restrizioni nella «vita analogica» hanno intensificato la «vita digitale» dei giovani. Recenti studi confermano che durante il lockdown c'è stata una forte impennata della digitalizzazione e che i giovani – seppur già prima della pandemia fossero per lo più «nativi digitali» – hanno scoperto da soli nuove attività su media digitali. Tra le altre cose, il periodo pandemico ha fatto scoprire l'uso dei servizi di streaming in maniera intensiva (Bernath et al., 2021).

A questo si aggiunge l'esperienza di aver incontrato false segnalazioni o messaggi di odio online più spesso di

prima. Un aumento può anche essere visto nelle molestie sessuali di bambini e adolescenti nello spazio digitale. Nel 2020, ci sono stati ufficialmente 130 crimini di adescamento, la maggior parte delle vittime aveva tra i 10 e i 14 anni. È probabile che il numero di casi non segnalati sia molto più alto.

L'uso dei media digitali continua a svolgere un ruolo non solo nell'apprendimento e nell'interazione sociale, ma anche nella raccolta di informazioni. La ricerca suggerisce che la frequenza delle informazioni e la natura delle fonti abbiano avuto un impatto sui timori legati al coronavirus. Più frequentemente i giovani si informavano e più intensamente utilizzavano i media giornalistici tradizionali e i nuovi media digitali, più pronunciate erano le loro paure e preoccupazioni (Bernath et al., 2021).

Riflessioni conclusive

Non è ancora chiaro quali saranno le conseguenze a medio lungo termine o se la crisi avrà ripercussioni sulla salute psichica. Alcuni rilevano un aumento dei tentativi di suicidio (es. Gunnell et al., 2020). I fattori che potrebbero far aumentare tale prevalenza dei tentativi di suicidio potrebbero essere gli stessi in grado di influenzare la salute mentale in generale. Sher (2020) sottolinea la particolare importanza della situazione economica (incertezza economica, difficoltà finanziaria e disoccupazione) in relazione ai suicidi.

Di nuovo ci preme sottolineare come l'accesso alla presa a carico sia in ambito pubblico che privato sia una condizione da garantire soprattutto per giovani e bambini colmando le lacune e sviluppando ulteriormente le offerte. Le esperienze di video sedute durante il lockdown hanno permesso di vederne una loro applicazione in maniera proficua. Questo di fatto ha permesso una digitalizzazione della psicoterapia con risultati incoraggianti e validi. Così i consulti a distanza possono considerarsi uno strumento utile per eliminare le barriere di accesso alla presa a carico psichiatrico-psicoterapeutico anche nel periodo successivo alla pandemia. Tuttavia, ulteriori ricerche in questo senso potrebbero fornire dati maggiormente solidi da tenere in considerazione.

Anche l'accesso a bassa soglia di sostegno psicosociale per il rilevamento e l'intervento precoce in caso di malattia psichica risulta assolutamente da favorire. L'accesso deve essere possibile attraverso numerosi canali (telefono, chat, e-mail, social media, piattaforma, app) a seconda della fascia di età, specie per i giovani e bambini. Gli adolescenti chiedono in buona sostanza un ritorno a una nuova normalità che tenga conto dei loro bisogni, della loro visione del futuro. In questo diventa essenziale garantire loro l'accesso a servizi di bassa soglia di ascolto e consulenza, servizi di psicoterapia e un adeguato livello di informazioni tempestivo su quanto stia accadendo attraverso una comunicazione dedicata. Ci si auspica anche di assistere a uno sviluppo di strumenti di rilevazione e monitoraggio del livello di benessere che hanno raggiunto.

² Pro Juventute svolge regolarmente una statistica dei contatti che gestisce e ha realizzato il barometro delle preoccupazioni dei giovani. Il campione di riferimento di questi dati è stato di 40.746 e vi è stato un incremento del 31,3 % di chat; 68,4 % di genere femminile e il 27,4 % di genere maschile. Il tema relativo ai problemi personali è pari al 42,3 % nel 2021 mentre era pari al 35,6 % nel 2019.

Fonti utilizzate

- Bernath, J., Suter, L., Walle, G., Kulling, C., Willemse, I., Süß, D. (2021). *JAMES focus: Comportamento informativo e benessere in tempi di crisi*. Zurigo: zhaw.
- Consiglio die Governo die Zurigo (2021). Comunicato stampa del Consiglio di Governo di Zurigo «Pacchetto di misure per migliorare la situazione dell'assistenza nella psichiatria infantile e adolescenziale» (comunicato stampa del Consiglio di Governo di Zurigo, 10.06.2021).
- Favretto, A.R., Maturò, A. & Tomeller, S. (2021). *L'impatto sociale del COVID-19*. Milano: F. Angeli.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R.C. & Pirkis, J. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6).
- Landolt, N.L. (2021). C'è una drastica emergenza di approvvigionamento in Argovia. *Aargauer Zeitung*, 09.10.2021.
- Moeschler O. & Bassin-Wenger, A. (2010). Covid-19 e condizioni di vita in Svizzera nel 2021 (SILC); Neuchâtel, ufficio federale di statistica UST.
- Pro Juventute (2021). *Rapporto Pro Juventute Covid 2021*. Zurigo: Pro Juventute.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*, 113(10).
- SSR Corona Monitor (2021). *Corona e disuguaglianza in Svizzera. Una prima analisi degli effetti distributivi della pandemia di Covid-19*. Berna: SSR.
- SSR (2021) Covid-19 e condizioni di vita in Svizzera nel 2021 (SILC) in I giovani svizzeri nella pandemia – valutazione speciale del Corona Monitor della SSR per conto dell'UFSP (2021). Berna.
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Erster Teilbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2021). *I giovani svizzeri nella pandemia – valutazione speciale del Monitor Corona della SSR per conto dell'UFSP*. Berna: USFP.
- Süß, D., Domdey, P., Steiner, L., Löpfe, S. & Bernath, J. (2021). *Giovani ai tempi della pandemia di Covid-19. Risultati di un'indagine ripetuta sui giovani del Cantone di Zurigo*. Zurigo: zhaw.
- Tasset, I. (2021). *Studio sulla salute CSS*. Zurigo: Sotomo.
- UNICEF (2020). *Essere adolescenti ai tempi del COVID-19, Idee e proposte per un futuro migliore, Unicef, Rapporto Novembre 2020*. New York: Ed. Unicef.
- UNICEF (2020). *Ufficio Regionale dell'UNICEF per l'Europa e l'Asia. The future we want in: Verting a lost covid generation, Unicef world Children Day 20. November 2020*. New York: Ed. Unicef.
- UNICEF (2021). *Rapporto Unicef Corona virus 2021. Salute mentale di Bambini e Adolescenti Tra COVID-19 e Passato Pandemia*. Roma: Unicef.
- USFP (2021). *L'impatto della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale della popolazione svizzera e sulle cure psichiatrico-psicoterapeutiche in Svizzera*. Berna: USFP.
- USFP (2021). *Corona e disuguaglianza in Svizzera. Una prima analisi degli effetti distributivi della pandemia di Covid-19*. Berna: USFP. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/708>
https://www.swissinfo.ch/ita/societa/epidemia_coronavirus—la-situazione-in-svizzera/45590960
<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/das-bag/aktuell/news/news-20-11-2020.html>
<https://www.css.ch/it/chi-e-css/chi-siamo/media-ubblicazioni/studio-salute.html>
<https://www.savethechildren.it/blog-notizie/scuola-e-covid-19-pensieri-e-aspettative-degli-adolescenti>
<https://www.savethechildren.it/blog-notizie/scuola-e-covid-19-pensieri-e-aspettative-degli-adolescenti>
<https://www.experimental.bfs.admin.ch/expstat/it/home/metodi-innovativi/silc.assetdetail.19204350.html>
<https://www.sf-mvb.ch>

L'autrice

Mara Foppoli, psicologa, psicoterapeuta Gestalt, ASP, Emdr Practitioner, Gestalt Play therapy Practitioner, membro fondatore di IGIS (International Gestalt Institute Switzerland), Manager fondazione per bambini e giovani, Direttore IGIS Lugano.

Contatto

E-Mail: mara.foppoli@gmail.com

Les enfants et les jeunes durant la pandémie

Comment vivent-ils les changements qui ont submergé leur vie et la nôtre ?

Mara Foppoli

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 109–110

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-109>

Mots-clés : adolescence, covid, aide psychosociale, bas seuil

Introduction

L'objectif de ce travail est de mettre en lumière un point de vue qui reste souvent à l'arrière-plan, à savoir comment les enfants, les jeunes et les adolescents vivent ces années de pandémie en se basant sur les rapports des principales organisations de jeunesse en Suisse. En fait, nous avons d'abord constaté qu'il existe une prolifération de recherches qui tentent de faire la lumière sur ce qui se passe d'une manière plus ou moins optimiste. C'est pourquoi nous aimerions nous appuyer sur les résultats d'une partie de ces nombreuses recherches pour tenter de faire ressortir ce point de vue.

L'apparition de la pandémie de COVID-19 et les mesures prises pour contenir la propagation du nouveau coronavirus ont profondément affecté la vie quotidienne de la population, notamment avec les limitations de la liberté de mouvement, de la distanciation sociale, du chômage partiel, du télétravail et de l'école à domicile. Ainsi, l'incertitude, la peur de la contagion, les préoccupations au sujet du lieu de travail, les craintes liées au développement économique ou les multiples charges à la maison ont mis à rude épreuve la santé mentale des adultes, des enfants et des jeunes.

La pandémie agit comme un accélérateur et un multiplicateur des inégalités sociales préexistantes et des risques de développement connexes. Dans ce contexte, la fracture sociale se creuse de manière alarmante, non seulement en termes de richesse et de revenus, mais aussi en termes de santé mentale. Les personnes à faibles revenus sont nettement plus susceptibles de voir leur santé mentale se détériorer de manière persistante. Là encore, nous constatons la concomitance de facteurs de risque tels que l'isolement social, le manque d'emploi ou d'employabilité.

La charge psychique

Les premiers résultats des études sur la crise déclenchée par le coronavirus ont révélé que la charge psychique et les conséquences de la maladie affectent la population de manière hétérogène et en particulier certains groupes, dont les enfants et les adolescents. Ces résultats sont

corroborés par les données rapportées par les services de conseil et d'information à bas seuil dans le domaine de la santé mentale tels que Pro Juventute, Unicef¹, Pro Mente Sana, Telefono amico, en 2020 et 2021.

Globalement, une première analyse de ces données démontre qu'il n'existe pas de modèle uniforme de réaction psychique à la crise : les réponses vont d'une forte augmentation des symptômes de charge psychique à une grande résilience jusqu'à des effets émotionnels positifs. Parmi ceux-ci, cependant, il apparaît que les problèmes de conciliation dus au coronavirus, l'incertitude de l'emploi, les problèmes financiers et les craintes liées à l'avenir peuvent compromettre le bien-être mental et que les personnes qui vivent seules ou socialement isolées sont plus à risque. Même les réactions à la fin du confinement peuvent être considérées comme inégales et ne correspondaient pas toujours à des sentiments de soulagement immédiat ou de diminution des charges psychiques.

Bien que la majeure partie de la population semble bien gérer la crise, les effets à long terme ne sont pas encore bien connus.

Il y a des rapports qui parlent de la génération perdue covid dans lesquels il est mis en évidence de quelle manière la santé mentale peut être affectée pendant la pandémie. En fait, les effets économiques négatifs tels que la perte de travail, peuvent changer la vie familiale et donc aussi celle des enfants et des jeunes en augmentant l'austérité et les réactions sur la charge psychique. Un autre point de vue révèle qu'il peut également y avoir des effets positifs dans le sens de stratégies plus adaptatives telles que ralentir

1 Unicef a effectué une enquête en 2020, auprès de 2000 adolescents âgés de 15 à 19 ans en utilisant le questionnaire sur le futur que nous voulons en Italie. Entre 15 et 19 ans, filles et garçons vivent la période de transition délicate qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte, à l'autonomie. Tout cela se produit à travers des étapes cruciales qui touchent leur sphère cognitive et émotionnelle. Il s'agit de cette phase de la vie marquée par le développement de la capacité à planifier et organiser son propre temps et espace ; c'est une période empreinte de changements émotionnels soudains, caractérisée par un stress accru, en particulier pour les femmes – des études à ce sujet indiquent que les effets du stress dans la vie sont plus importants pour les filles, pour qui la transition vers l'adolescence représente une période de vulnérabilité particulière. À ce stade, la socialisation joue un rôle fondamental dans le développement du mineur.

le rythme pendant le confinement ou une plus grande cohésion familiale et un sentiment d'auto-efficacité.

Lorsque l'on considère les enfants et les adolescents, un aspect qui émerge de manière prépondérante est le fort besoin de contact physique avec les pairs. La fermeture des écoles et les règles de distanciation représentent une grande difficulté. Il serait souhaitable que le fait de se voir en groupe ne soit pas qualifié de comportement irresponsable si par exemple cette rencontre s'effectue avec port de masques, vaccination et désinfectant pour les mains.

En examinant les résultats du rapport Pro Juventute Corona, nous pouvons facilement remarquer que les enfants et les adolescents font face à la pandémie différemment en fonction des ressources émotionnelles et matérielles. En effet, face à un choc à court terme de la première phase de la pandémie (printemps 2020), nous assistons à l'émergence de nouveaux défis.

En ce qui concerne l'état de santé mentale, beaucoup rapportent que leur qualité de vie et leur bien-être ont considérablement diminué en raison de contraintes sociales et en général en raison d'incertitudes dans leur vie et surtout en ce qui concerne l'avenir. Environ 40 % de la population affirme que la pandémie a eu un impact négatif sur leur humeur. En outre, pour le groupe d'âge des 16–24 ans, ce pourcentage peut atteindre 55 %. Ainsi, plus de la moitié de ce groupe d'âge se sentait plus mal au moment de l'enquête en raison de la pandémie de Corona et de ses effets collatéraux.

Bien que les nouvelles générations s'adaptent bien à la pandémie et aux restrictions par rapport aux générations plus âgées, de nombreux jeunes éprouvent de la solitude et un manque d'énergie et se sentent sous pression dans la vie quotidienne et à l'école, s'inquiétant d'une éducation considérée comme insuffisante ou manquante et craignant une diminution des possibilités d'emploi et de carrière. À cela s'ajoutent les préoccupations de l'appauvrissement du réseau social également à long terme.

Depuis le début de la pandémie, les restrictions de la « vie analogique » ont intensifié la « vie numérique » des jeunes. Des études récentes confirment qu'au cours du verrouillage, la numérisation a connu une forte poussée et que les jeunes – bien qu'ils fussent pour la plupart « natifs du numérique » avant la pandémie – ont découvert eux-mêmes de nouvelles activités sur les médias numériques. La période de pandémie a notamment permis de découvrir l'utilisation intensive des services de streaming.

Plusieurs résultats indiquent également des différences entre les sexes. Le bien-être psychologique s'est davantage détérioré chez les adolescentes et les jeunes femmes à mesure que la pandémie progressait que chez les adolescents

et les jeunes hommes. Au moins, les filles et les jeunes femmes sont plus susceptibles d'exprimer ces sentiments. Dans le même temps, ils expriment davantage de craintes pour l'avenir, sont plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs et des problèmes émotionnels, font état d'un moins bon bien-être et craignent davantage de perdre leurs amitiés.

Un autre point de vue révèle qu'il peut également y avoir des effets positifs dans le sens de stratégies plus adaptatives telles que ralentir le rythme pendant le confinement ou une plus grande cohésion familiale et un sentiment d'auto-efficacité.

Réflexions concluantes

Il n'est pas encore clair quelles seront les conséquences sur une période moyenne-longue ou si la crise aura des répercussions sur la santé mentale. Certains notent une augmentation des tentatives de suicide. Les facteurs qui pourraient augmenter cette prévalence des tentatives de suicide pourraient être les mêmes que ceux qui peuvent affecter la santé mentale en général. Sher (2020) souligne l'importance particulière de la situation économique (incertitude économique, difficultés financières et chômage) par rapport aux suicides. Encore une fois, nous voudrions souligner que l'accès aux soins dans les secteurs publics et privés est une condition à garantir, en particulier pour les jeunes et les enfants, en comblant les lacunes et en développant davantage les offres.

Les adolescents demandent essentiellement le retour à une nouvelle normalité qui tienne compte de leurs besoins et de leur vision de l'avenir. En cela, il devient essentiel de leur garantir l'accès à des services d'écoute et de conseil à bas seuil, à des services de psychothérapie et à un niveau adéquat d'information en temps utile sur ce qui se passe, par une communication dédiée. On espère également voir se développer des outils permettant de détecter et de suivre le niveau de bien-être qu'ils ont atteint.

L'auteur

Mara Foppoli, psychologue, psychothérapeute Gestalt, ASP, Emdr Practitioner, Gestalt Play Therapy, membre fondateur de l'IGIS (International Gestalt Institute Switzerland), Manager Fondation pour l'Enfance et la Jeunesse, Directrice IGIS Lugano.

Contact

E-Mail : mara.foppoli@gmail.com

Buchbesprechung

Fuchs, Christian (2021). *Der Körper, das Trauma und der Affekt. Theorie und Praxis der Polyvagaltheorie in der Psychotherapie*

Gevelsberg: EHP

ISBN: 978-3-89797-674-0

192 S., 26.99 EUR, 28.55 CHF

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (1) 2022 111

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-111>

Der Autor stellt in seinem Buch kein neues und eigenständiges Trauma-Therapieverfahren vor, sondern zeigt, wie humanistisch orientierte Verfahren von Erkenntnissen der Polyvagaltheorie profitieren können. Im ersten Teil wird unter dem Titel «Trauma und Autonomes Nervensystem» die von Stephen Porges formulierte Polyvagaltheorie vorgestellt, gegliedert in ein Kapitel zur «Theorie des autonomen Nervensystems», eines zur «Neurozeption», eines zu «Reaktionen des Organismus», eines zur «Co-Regulation» und schliesslich eines zu den therapeutischen Konsequenzen dieser naturwissenschaftlichen Grundlagen. Der zweite, deutliche umfangreichere Teil trägt den Titel «Praktisches Arbeiten» und gliedert sich in drei Kapitel: «Therapie und Polyvagaltheorie», «Experimente» und «Traumatische Reaktionen». Das Buch ist sehr praxisbezogen, mit Fallvignetten versehen und nimmt unter anderem auch Übungen auf, wie sie Peter Levine einsetzt in der Therapie traumatisierter Menschen. Zu Beginn finden sich die Beschreibung von Materialien, die für die Therapie hinzugezogen werden können, Fortbildungsempfehlungen und Literaturhinweise.

Christian Fuchs ist Gestalttherapeut und hat bereits ein Buch zur *Gestalt des Traumatischen* publiziert (vgl. die Buchbesprechung in *Psychotherapie-Wissenschaft*

Heft 1-2021, S. 73f.). Das hier besprochene Buch ergänzt das erste, indem es eine fundierte naturwissenschaftliche Grundlage zum Verständnis körperlicher Vorgänge bei Traumatisierungen und für ein daraus abgeleitetes körperorientiertes therapeutisches Arbeiten liefert.

Stephen Porges ist ein amerikanischer Psychotraumatologe und hat unter der Bezeichnung Polyvagaltheorie eine Theorie zur Traumabehandlung vorgelegt. Er postuliert darin eine Dysregulation des autonomen Nervensystems, wobei der parasympathische Zweig des Vagusnervs für soziales Engagement stehe, das sympathische System für Kampf-Flucht-Verhalten und der dorsal-parasympathische Zweig des Vagus für Immobilisierung (Erstarrung). Durch geeignete Übungen kann das dysregulierte Nervensystem wieder gestärkt werden, sodass aus Verspannung auch wieder Entspannung entstehen kann. PatientInnen können durch geeignete Übungen den Pendelvorgang zwischen den Polen Stress und Entspannung steuern und so emotionale Sicherheit finden. Fuchs ergänzt diese auf ein eher naturwissenschaftliches Verständnis beschränkte Arbeitsweise durch seine humanistische, beziehungsorientierte und Sinn erarbeitende Orientierung in wertvoller Weise. Die Darstellung der «Experimente» wirkt zwar etwas zu werkzeugkastenmässig, die Fallvignetten aus der Praxis zeigen jedoch schön, wie diese Werkzeuge in bestimmten Momenten des Therapieprozesses wirkungsvoll eingesetzt werden können zur Unterstützung der emotionalen Verarbeitung des Geschehenen und einer Neuorientierung.

Das Buch ist nicht nur für GestalttherapeutInnen bereichernd, sondern kann von allen beziehungs-, körper- und emotionsorientierten Therapierenden mit Gewinn gelesen werden. Durch seine hohe Praxisorientierung ist es leicht lesbar.

Peter Schulthess

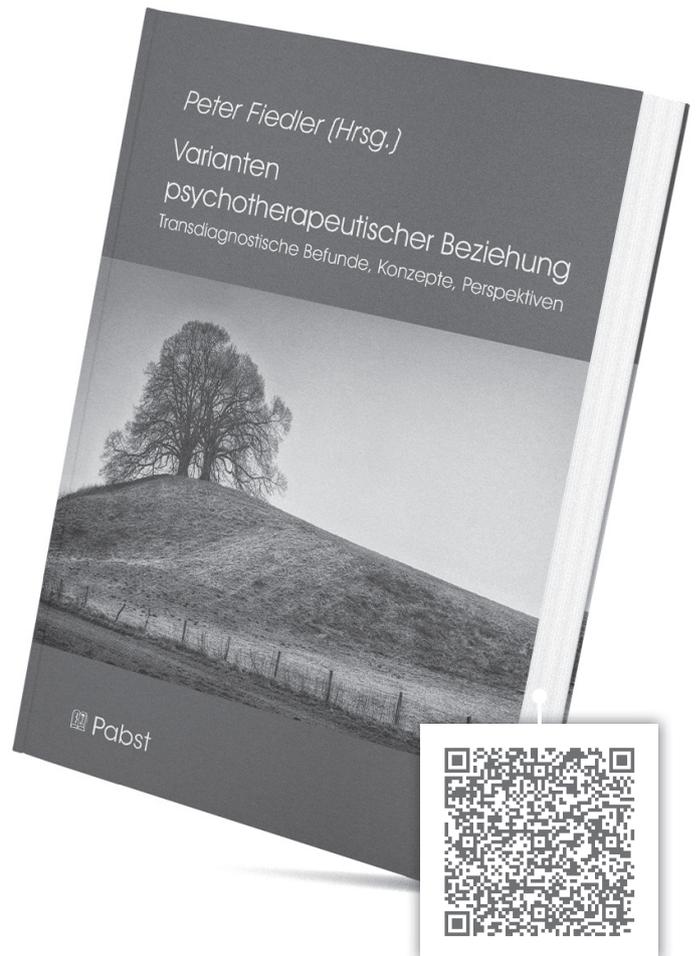
Peter Fiedler (Hrsg.)

Varianten psychotherapeutischer Beziehung

Transdiagnostische Befunde,
Konzepte, Perspektiven

In der Psychotherapie ist die Beziehung zwischen Klient und Therapeut der wichtigste Erfolgsfaktor: Es geht weniger darum, Patienten zu ändern, als mit ihnen gemeinsam solidarisch widrige Lebensumstände zu bearbeiten. Wenn Therapie wirken soll, muss sie den Klienten extrem variabel annehmen. Die Beziehungskompetenzen in verschiedenen therapeutischen Richtungen unterscheiden sich teilweise deutlich und lassen sich in einem produktiven Ergänzungsverhältnis verstehen.

Peter Fiedler und Kollegen stellen in 14 Einzelbeiträgen gut evaluierte Varianten der Therapiebeziehungen vor: in der Verhaltenstherapie, der Klärungsorientierten Psychotherapie (KOP), in der psychoanalytisch-interaktionellen Methode, der Strukturbezogenen Psychotherapie, der Schematherapie, der Personzentrierten Gesprächstherapie, der Hypnotherapie, der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT), der Psychodynamischen und Übertragungsfokussierten Psychotherapie, der Systemischen Therapie, der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) und dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), in der Dialektisch-Behavioralen



Therapie (DBT) und der Akzeptanz + Commitment-Therapie (ACT).

Einen zentralen Beitrag bietet Peter Fiedler selbst: Existenzielle Psychotherapie. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Behandlung von existenziell bedeutsamen Problem- und Lebenslagen.

Die aktuelle Bestandsaufnahme möglicher Vielgestaltigkeit erweitert den Blick für die klinische Praxis. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden angeregt, nicht nur ihre Beziehungen, sondern auch ihr Selbstverständnis neu zu reflektieren und weiter fortzuentwickeln.

276 Seiten, Hardcover

ISBN 978-3-95853-442-1

25,00 €

ebook

ISBN 978-3-95853-441-4

12,00 €

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

+49 (0) 5484-308 | +49 (0) 5484-550
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com



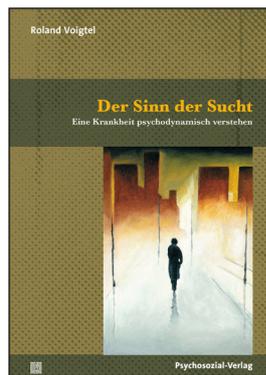
Buchtipps



Michael Parsons
**Lebendigkeit
in der Psychoanalyse**

383 Seiten
Broschur • € 39,90
ISBN 978-3-8379-3137-2

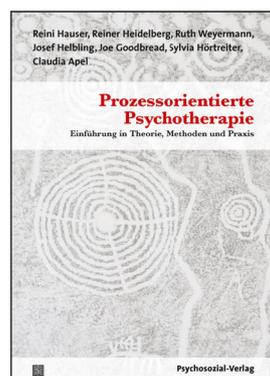
Michael Parsons erneuert über die Idee der Lebendigkeit bestehende Zugänge zur Psychoanalyse. Im Zentrum steht dabei die Figur des vitalen Psychoanalytikers bzw. der vitalen Psychoanalytikerin und deren Fähigkeit, sich lebendig zu fühlen und lebendig zu bleiben.



Roland Voigtel
Der Sinn der Sucht
Eine Krankheit
psychodynamisch verstehen

445 Seiten
Broschur • € 39,90
ISBN 978-3-8379-3144-0

Ausgehend von der Grundidee einer missglückten Beziehungserfahrung des Kleinkindes mit seiner Bezugsperson ermöglicht Voigtel Therapeut*innen ein einführendes Verständnis, diagnostische Sicherheit und die Wahl der passenden Haltung und Behandlungsform für ihre Patient*innen.



**Reini Hauser, Reiner Heidelberg,
Ruth Weyermann, Josef Helbling,
Joe Goodbread, Sylvia Hörtrreiter,
Claudia Apel**
**Prozessorientierte
Psychotherapie**
Einführung in Theorie, Methoden und Praxis

**Prozessorientierte
Psychotherapie**
Einführung in Theorie,
Methoden und Praxis
277 Seiten
Broschur • € 36,90
ISBN 978-3-8379-3153-2

Die Autor*innen geben einen umfassenden Einblick in Theorie, Methode und Praxis der Prozessorientierten Psychotherapie. Eine Darstellung des Forschungsstandes zu Wirksamkeit und Therapieerfolg sowie Übungen für einen Transfer von der Theorie in die Praxis runden das Buch ab.



**Artur R. Boelderl,
Peter Widmer (Hg.)**
**Von den Schwierigkeiten,
zur Welt zu kommen**
Transdisziplinäre Perspektiven
auf die Geburt

208 Seiten
Broschur • € 22,90
ISBN 978-3-8379-3098-6

Psychoanalyse, Philosophie, Medizin und Sozialwissenschaften nehmen den Begriff der Geburt auf unterschiedlichste Weise in den Blick – die Autor*innen spüren diesen vielfältigen Perspektiven transdisziplinär nach.



Sabine Trenk-Hinterberger
**Das Zusammenspiel
der Generationen**
Von der Bedeutung der Großeltern
in psychoanalytischen
Behandlungen

118 Seiten
Broschur • € 19,90
ISBN 978-3-8379-3147-1

Anhand von Fallvignetten beschreibt Sabine Trenk-Hinterberger die prägende Einflussnahme der Großeltern in der Enkelgeneration. Der Blick auf die psychoanalytischen Prozesse erweitert den Zugang zu unbewussten Konflikten in psychoanalytischen Prozessen.



Michael Bachg, Serge K. D. Sulz (Hg.)
**Bühnen des Bewusstseins –
Die Pesso-Therapie**
Anwendung, Entwicklung,
Wirksamkeit

500 Seiten
Broschur • € 54,90
ISBN 978-3-8379-3140-2

Die Beiträger*innen zeigen Prinzipien und Wege auf, wie entwicklungs-traumatisierten Menschen ein Gefühl der Sicherheit, Beruhigung und Hoffnung zurückgegeben werden kann.