

Editorial

Liebe Mitglieder und Freunde der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspsychologie. Sie haben sich vielleicht gewundert, dass Sie zwei Newsletter erhalten haben. Dies hat natürlich einen besonderen Grund. Wir bitten Sie, Ihr zweites Exemplar in Ihrem Bekanntenkreis an potentielle neue Mitglieder unserer Gesellschaft zu verteilen. Interessierte Personen finden in dieser Ausgabe das Aufnahmereglement und können sich bei Fragen an die Mitglieder des Vorstandes (siehe Rubrik Kontaktadressen) wenden.

Im Mittelpunkt dieses Newsletters stehen verschiedene Konferenzbeiträge. Herr Prof. Urs Baumann hat sich freundlicherweise bereit erklärt, seine Plenumsbeitrag "Beziehung zwischen Gesundheitspsychologie und Klinischer Psychologie" anlässlich der Tagung der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie vom 7. bis 9. Juli 1999 in Freiburg/Schweiz in diese Ausgabe zu veröffentlichen. Frau Dr. Nicole Bachmann, Herr Dr. Manfred Laucht und Herr Prof. Hans-Dieter Schneider hatten anlässlich unserer diesjährigen Weiterbildungstagung am 11. September zum Thema „Resilienz“ referiert. Die Kurzfassungen der Beiträge finden Sie ebenfalls in diesem Newsletter.

Neben diesen Konferenzbeiträgen finden Sie eine kleine Einführung in die Themensuche im Internet mittels der Suchmaschine AltaVista sowie das detaillierte Mitgliederverzeichnis der SGGPsy mit einigen Änderungen und Ergänzungen.

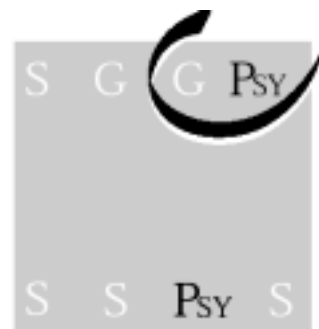
Im Namen des Vorstandes würden wir uns über ein reges Interesse an unserer Gesellschaft freuen und wünschen wir Ihnen viel Spass beim Lesen.

IN DIESER AUSGABE/DANS CE NUMERO

1	Editorial
2	Beziehung zwischen Gesundheitspsychologie und Klinischer Psychologie
8	Relation entre la psychologie de la santé et la psychologie clinique
14	Überblick über den Stand der Resilienz-Forschung
15	Etat des recherches sur la résilience: aperçu
17	Wovor schützen Schutzfaktoren?
18	Les facteurs de protection. De quoi protègent-ils?
19	Altavista: Wer sucht, der findet - qui cherche trouve
21	Aufnahmereglement der SGGPsy
22	Règlement d'admission de la SSPsyS
23	Adressen - Adresses / Mitglieder - Membres

Chers membres et amis de la Société suisse de psychologie de la santé,
Peut-être serez-vous étonnés de recevoir la Newsletter en double exemplaire. Cette démarche a sa raison d'être. Nous vous demandons de bien vouloir remettre le deuxième exemplaire à l'une de vos connaissances susceptible d'adhérer à notre société. Les personnes intéressées trouveront dans cette édition notre règlement d'admission. Elles pourront adresser leurs questions aux membres du Comité (voir rubrique adresses de contact).
Le présent numéro de notre Newsletter contient le compte rendu de divers exposés de conférences. Le professeur Urs Baumann a bien voulu nous autoriser à publier ici l'exposé qu'il a présenté en séance plénière lors des journées du groupe "Psychologie de la santé" de la Société allemande de psychologie qui ont eu lieu du 7 au 9 juillet 1999 à Fribourg en Suisse. Il s'y est exprimé sur le thème de la "Relation entre la psychologie de la santé et la psychologie clinique". Lors de notre journée de perfectionnement du 11 septembre de cette année, Madame Nicole Bachmann, M. Manfred Laucht et le professeur Hans-Dieter Schneider s'étaient exprimés sur le thème de "la résilience". Vous trouverez également dans cette Newsletter un résumé des propos qu'ils ont tenus à cette occasion. Outre ces comptes rendus, ce numéro comporte une petite introduction à la recherche thématique dans Internet au moyen du moteur de recherche AltaVista ainsi que la liste détaillée des membres de la Société suisse de psychologie de la santé (SSPsyS), à laquelle ont été apportés quelques adjonctions et compléments.

Le Comité serait heureux de vous voir manifester un vif intérêt pour les sujets présentés. Il vous souhaite bonne lecture.



Auf der Tagung der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie vom 7. bis 9. Juli 1999 in Freiburg/Schweiz haben mehrere Mitglieder der SGGPsy aktiv teilgenommen und dadurch eine Gelegenheit genutzt, mit Kollegen/innen aus Deutschland ins Gespräch zu kommen.

Wir haben Prof. Dr. Urs Baumann um die Erlaubnis gebeten, eine Kurzfassung seines wissenschafts- und verbandspolitisch sehr bedenkenswerten Beitrages für den Newsletter zur Verfügung zu stellen. Mit dem Abdruck laden wir Sie ein, Ihre Meinung zu den darin aufgegriffenen Themen durch Leserbriefe zu äussern. Wenn mindestens vier Personen Interesse an der Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe anmelden, wird der Vorstand die Bildung einer solchen Arbeitsgruppe für eine zeitlich beschränkte Dauer unterstützen.

Beziehung zwischen Gesundheitspsychologie und Klinischer Psychologie

Urs Baumann

Institut für Psychologie der Universität Salzburg Österreich
(Von H.-D.Schneider in gekürzte und umredigierte Fassung der Vortragsfassung)

1. Einleitung

In meinem Beitrag werde ich die Beziehung der Klinischen Psychologie zur Gesundheits-psychologie aus meiner Sicht darlegen.

Die Beziehungen zwischen Wissenschaftsbereichen zu klären, mag nicht immer sinnvoll sein. Ich halte die Klärung der Beziehungen aus mehreren Gründen für das Verhältnis der Disziplinen nach aussen, aber auch fachintern für notwendig:

(1) Für Studienpläne sind Fächerabgrenzungen wünschenswert, damit Studierende nicht einer babylonischen Sprachverwirrung gegenüber stehen.

Gesundheitspsychologie am Ort X sollte nicht am Ort Y mit Klinischer Psychologie identisch sein und umgekehrt.

(2) Im Aussenverhältnis ist es sinnvoll, "Markenzeichen", also überall verständliche Begriffe, zu verwenden, die auf dem Markt klare Erkennungszeichen sind. So ist die mangelnde Abgrenzung der Berufsbezeichnungen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie in der Bevölkerung berufspolitisch eher schädlich.

(3) Wissenschaften sind strukturiert und organisiert. Das geschieht durch Fachgruppen als Ansprechpartner in spezifischen Fragen, durch Fachzeitschriften mit ihrem jeweiligen Profil, durch Kongresse mit spezifischer Thematik etc..

(4) Auch auf der Ebene der Gesetzgeber haben wir Begriffe, die es zu präzisieren gilt. Im Gesundheitswesen werden Begriffe wie Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie verwendet und sind daher zu klären.

2. Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie - zur Frage der Erstgeburt und zum Problem der Geschwisterivalität

Die Anfänge der wissenschaftlichen Klinischen Psychologie datieren aus dem Ende des 19. Jahrhunderts. Der Amerikaner *Lighthner Witmer* (1867-1956) prägte um die Jahrhundertwende den Begriff der Klinischen Psychologie in den USA durch die erste Psychologische Klinik (die einer Erziehungs-beratungsstelle entsprach) und gründete die erste klinisch-psychologische Fachzeitschrift. Seit 1917 ist die Klinische Psychologie als Organisation von ForscherInnen und PraktikerInnen durch die *American Association of Clinical Psychologists* repräsentiert. 1919 ging diese Organisation in der *American Psychological Association APA* als klinische Sektion auf.

Im deutschsprachigen Raum gibt es zwar seit Beginn des 20. Jahrhunderts in der Psychologie eine Vielzahl an wissenschaftlichen und praktischen Aktivitäten, die dem Felde der Klinischen Psychologie zuzuordnen sind. Der Begriff der Klinischen Psychologie im engeren Sinne hatte jedoch im deutschsprachigen Raum in Wissenschaft und im Berufsfeld lange Zeit keine große Bedeutung. Die Klinische Psychologie war in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum vor allem durch *Psychodiagnostik* (z.B. Differenzialdiagnostik zwischen Neurose und Psychose), *Erziehungsberatung* und *Psychologische Intervention* (insbesondere *Psychotherapie*) bei psychischen Störungen vertreten.

Erst Mitte des 20. Jahrhunderts begann sich der Begriff der Klinischen Psychologie im deutschsprachigen Raum zu etablieren. Man kann seit Beginn der 70er Jahre von einer zunehmenden Bedeutung der Klinischen Psychologie als Anwendungsfach in der Wissenschaft und als Berufsfeld

sprechen. Durch die verschiedenen Psychotherapieverfahren verlagerte sich die Berufs-identität der Klinischen PsychologInnen *von der Diagnostik zur Therapie* (Wittchen & Fichter, 1980; Schorr, 1991).

In dem Buch *Health Psychology* von Stone et al. (1987) geben Rodin und Stone einen historischen Abriss der Geschichte der *Gesundheitspsychologie*. Als Wurzeln werden Bemühungen um die Implementierung der Psychologie im Medizinstudium genannt. Die explizite Geburtsstunde der Gesundheitspsychologie datiert mit der Gründung der APA Division of Health Psychology 1978. Vermutlich gibt es auch zeitlich frühere Ansätze - sicher seit Ende der 60er Jahre. Es besteht also zwischen der Klinischen und der Gesundheitspsychologie ein Altersunterschied von ca. 60 Jahren. So ist es nicht verwunderlich, wenn zu Beginn der 90er Jahre bei der Entstehung der deutschsprachigen Gesundheitspsychologie die Klinischen Psychologen - ich selbst nicht ausgenommen - diese Bestrebungen eher skeptisch betrachtet haben.

Inhaltlich waren die Anliegen der Gesundheitspsychologie zwar in der Klinischen Psychologie konzeptuell vertreten. In der Realität war aber Prävention kein zentrales Anliegen der Klinischen Psychologie, noch weniger die Gesundheitsförderung.

3. Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie: wer hat die schlauere Definition?

Definitionen prägen auch Berufsfelder. Die Mediziner definieren und okkupieren seit langem ihr Berufsfeld mit dicken Klassifikationssystemen wie DSM-IV oder ICD-10. Wie definieren sich aber die Klinische Psychologie und die Gesundheitspsychologie?

Die Umschreibung der Klinischen Psychologie umfasst heute auch die somatischen Krankheiten. Nach Baumann und Perrez (1998b, S.4) ergibt sich folgende Umschreibung für *Klinische Psychologie*

Sie ist diejenige Teildisziplin der Psychologie, die sich befasst mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten von somatischen Störungen/ Krankheiten. Ihre Bereiche sind: Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie und Intervention mit den Komponenten der Prävention, Behandlung/Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung und Evaluation.

Die Klinische Psychologie hat damit viele Facetten, und sie ist auf psychische Störungen und somatische Krankheiten bezogen.

Die *Gesundheitspsychologie* hat nach Schmidt und Schwenkmezger (1992) eine bescheidenere und eine ambitioniertere Definition (s. Tabelle 1). Bei der engeren Definition stehen *Gesundheitsförderung und Prävention* im Vordergrund. Damit haben wir zur Klinischen Psychologie einen definitorischen Überlappungsbereich, da die Klinische Psychologie die Prävention und teilweise auch die Gesundheitsförderung zum Gegenstand hat. Bei der weiten Definition (z.B. Schwarzer, 1997) haben wir für die Gesundheitspsychologie eine Umschreibung vergleichbar zur Klinischen Psychologie, so daß die Gesundheitspsychologie kein spezifisches und abgrenzbares Feld mehr darstellt.

Vgl. Tabelle 1

Ein Feld, das zum einen Gesundheitspsychologie genannt wird, zum andern Klinische Psychologie, ist ein Ärgernis. Aber auch berufspolitisch ist diese Gleichsetzung nicht sinnvoll. Da man mit überlappenden Clustern durchaus sinnvoll leben kann, ist die enge Umschreibung aus meiner Sicht sinnvoller.

Tabelle 1/ Tableau 1

Gebiet	Domaine	Klinische Psychologie/ Psychologie clinique	Gesundheitspsychologie/ Psychology de la Santé	
			weit/large	eng/étroit
Psychische Störungen	Troubles psychiques	x	x	x
Somatische Krankheiten	Maladies somatiques	x	x	x
Ätiologie/Bedingungsanalyse	Etiologie/analyse des conditions	x	x	(x)
Klassifikation, Diagnostik	Classification, diagnostic	x	x	
Epidemiologie	Epidémiologie	x	x	
Prävention	Prévention	x	x	x
Behandlung, Psychotherapie	Traitement, psychothérapie	x	x	
Rehabilitation	Réadaptation	x	x	
Gesundheitsversorgung	Dispensation de soins de santé	x	x	x
Evaluation	Evaluation	x	x	x
Gesundheitsförderung	Promotion de la santé		x	x

4. Klinische Psychologie handelt - Gesundheitspsychologie denkt

Die definitorische Abgrenzung zwischen Fächern kann auch mit den Begriffen Grundlagenfach und Anwendungsfach erfolgen. Die *Klinische Psychologie* wurde vielfach als Anwendungsfach bezeichnet und Grundlagenfächern wie Allgemeine Psychologie oder Persönlichkeitspsychologie gegenübergestellt. Man könnte auch Fächer aufgrund ihres Anteiles an nomologischem Wissen und technologischem Wissen beschreiben. In diesem Sinne hat die Klinische Psychologie sicher einen sehr hohen Anteil an technologischem Wissen, während z.B. die Allgemeine Psychologie wenig technologisches Wissen pflegt. Wenn man aber die klinisch-psychologische Forschung genauer betrachtet (z.B. zur Ätiologie, aber auch zur Therapie), haben wir auch viele Aussagen, die eher den Grundlagenwissenschaften zuzuordnen sind.

Die *Gesundheitspsychologie* tut sich bei dieser Einordnung in die klassische Zweiteilung Grundlagen-/Anwendung schwer und hat aus meiner Sicht bis heute keine klare Position. Schwarzer (1997) spricht zwar im Vorwort seines Lehrbuches von der Klinischen Psychologie als Anwendungsfach, von der die Gesundheitspsychologie durch ihre stärkere Grundlagenorientierung abzugrenzen sei. Diese Zuweisung ist aber für beide Fächer nicht sehr überzeugend.

Die Gesundheitspsychologie hat zwar bisher den Technologiebezug nicht so stark in den Vordergrund gerückt wie die Klinische Psychologie, die dies vor allem über die Psychotherapie vornimmt. Dennoch finden wir in den Publikationen zur Gesundheitspsychologie ein beträchtliches Maß an Interventionswissen. Umgekehrt sind Fragestellungen, die man in der Gesundheitspsychologie vielleicht eher dem Grundlagenwissen zuordnen würde - z.B. Soziale Unterstützung und Krankheit - auch in der Klinischen Psychologie zu finden.

Das Verhältnis der Gesundheitspsychologie zur Technologie ist aber nicht nur aus Definitionen zu entnehmen, sondern auch aus Berufsbezeichnungen, Weiterbildungsgängen etc. Hier sind für mich diverse Fragen offen, da die Gesundheitspsychologie, zumindest in den deutschsprachigen Ländern, bisher keine klare Position bezogen hat.

Bilanzierend unterscheiden sich aus meiner Sicht die Klinische Psychologie und die Gesundheitspsychologie nicht in ihrem Technologiegehalt. Die Beziehung zur Technologie ist aber in der Klinischen Psychologie eindeutig und bejahend geklärt, in der Gesundheitspsychologie sehe ich zumindest noch Ambivalenzen.

5. Klinische Psychologie als etablierter Beruf und die Gesundheitspsychologie?

Die Klinische Psychologie hat in den 70-er Jahren des 20. Jahrhunderts international einen sehr großen Aufschwung erlebt. Die Studienpräferenz bezüglich Klinischer Psychologie schlägt sich auch in der Berufssituation nieder. Insgesamt kann man davon ausgehen, daß in den deutschsprachigen Ländern ca. 60 Prozent der PsychologInnen im Gesundheitswesen tätig sind und davon ca. zwei Drittel psychotherapeutische Qualifikationen aufweisen. Dies bedeutet, daß der größte psychologische Arbeitsbereich von der Klinischen Psychologie getragen wird.

Weil man in Deutschland als Psychologe im Gesundheitswesen nur als psychologischer Psychotherapeut tätig sein kann, läuft der Begriff des Klinischen Psychologen Gefahr, zum Auslaufmodell zu werden.

Wie steht es mit den Gesundheitspsychologie in der Praxis? Dazu gibt es nur aus Österreich präzise Zahlen, da dieser Titel dort ein gesetzlicher Titel ist und alle Träger dieses Titels in einem Register eingetragen sind. Im Gesetz ist die Gesundheitspsychologie nicht unterschiedlich zur Klinischen Psychologie definiert, so daß es nicht verwundert, wenn gemäss neuesten Statistiken fast alle 2500 Klinischen PsychologInnen in Österreich auch den Titel des Gesundheitspsychologen führen. Die beiden Titel sind zum Doppelpack geworden und haben bisher ihre Spezifität verloren.

In Deutschland gibt es zwar im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen die Sektion Gesundheits-/Umwelt-/Schriftpsychologie mit ihrem merkwürdigen Sammeltopf-namen, doch ist dieser Bereich bisher als Praxissektor nicht sehr in den Vordergrund getreten.

Wenn der BDP 21 000 Mitglieder und die Sektion Klinische Psychologie 7000 Mitglieder aufweist, finden sich gerade noch 400 Mitglieder in der Sektion Gesundheits-/Umwelt-/Schriftpsychologie.

6. Klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen - wer ist in der Heilkundler (und kann kassieren)?

Für das Berufsfeld der Klinischen PsychologInnen ist die Intervention ein zentrales Element.

Die klinisch-psychologischen Interventionen sind vor allem durch die Spezifität der Methode charakterisiert (Perrez & Baumann, 1998a,b). Diese hat ihren Ansatzpunkt in der psychischen Datenebene, d.h. im Erleben und Verhalten (z.B. Gespräch, Übungen). Nicht die Ätiologie der Störung oder der Zielbereich charakterisieren also die klinisch-psychologischen Interventionen, sondern deren Methoden.

Klinisch-psychologische Interventionen können auch auf somatische Merkmale bzw. Störungen ausgerichtet sein. Weitere Bestimmungsstücke der klinisch-psychologischen Intervention können unterschiedliche Funktionen haben: Prävention, Behandlung, Rehabilitation.

Klinisch-psychologische Interventionen wären also ein schöner identitätsstiftender Begriff für die Klinische Psychologie, wenn es nicht die Psychotherapie gäbe, die zum zentralen Begriff im Gesundheitswesen für die PsychologInnen geworden ist.

Fachwissenschaftlich wurde und wird Psychotherapie als Spezialfall der klinisch-psychologischen Intervention gesehen. Der traditionelle Psychotherapiebegriff betrifft jene klinisch-psychologischen Interventionsmethoden, die auf die Therapie gestörter Funktionsmuster (Syndrome) und gestörter interpersoneller Systeme bei psychischen Störungen bezogen sind (Freedheim, 1992).

Die gegenseitige Beziehung von klinisch-psychologischer Intervention und Psychotherapie wird heute aber vielfach berufsständisch und nicht fachwissenschaftlich definitorisch geregelt. In Deutschland strebt man aufgrund des neuen Psychotherapeutengesetzes aus psychologischer Sicht eine möglichst weite Definition von Psychotherapie an, da sich dann für psychotherapeutische PsychologInnen das im Gesetz umschriebene Berufsfeld erweitert. Für deutsche PsychologInnen besteht letztlich kein Interesse an einem klinisch-psychologischen Interventionsbegriff, da nur der Psychotherapiebegriff die Berufsbasis bildet und daher dieser möglichst den gesamten Interventionsbereich abdecken sollte.

In Österreich wird der «Psychobereich» durch zwei Gesetze geregelt: das Psychologen- und das Psychotherapiegesetz. Die Relation der klinisch-psychologischen Intervention zur Psychotherapie ist aber vom österreichischen Gesetzgeber nicht geklärt worden. Berufspolitisch liegt es (wie in Deutschland) im Interesse der psychologischen, aber auch der nicht-psychologischen PsychotherapeutInnen, den Psychotherapiebegriff möglichst weit auszu-dehnen, da nur für psychotherapeutische, nicht aber für klinisch-psychologische Interventionen ansatzweise sozialrechtliche Regelungen vorhanden sind. Die österreichischen Klinischen PsychologInnen dagegen haben ein Interesse, den klinisch-psychologischen Interventionsbegriff möglichst breit und den Psychotherapiebegriff möglichst eng zu definieren, um eine eigene Interventionskompetenz zu deklarieren. Dazu kommt noch der gesundheitspsychologische Interventionsbegriff, der völlig ungeklärt ist.

Dies Beispiel belegt, daß die Relation der Klinischen Psychologie zu Psychotherapie für die Praxis politisch und länderspezifisch geregelt wird. Dadurch kommt es sogar in

zwei Nachbarländern zu konträren Relationen zwischen der Psychotherapie und der Klinischen Psychologie.

Gesundheitspsychologie ist (wie übrigens auch die Klinische Psychologie) in Deutschland kein Begriff für die Heilkunde. GesundheitspsychologInnen, die in Deutschland im Gesundheitswesen tätig sein und damit auch leben wollen, müssen durch die Pforte der psychologischen Psychotherapie in das Gesundheitswesen Eingang finden. Formal ist also die Gesundheitspsychologie in Deutschland für das Gesundheitswesen nicht existent, ebenso wie die Klinische Psychologie. Aber auch inhaltlich sind die Anliegen der Gesundheitspsychologie im engeren Sinn im Gesundheitswesen schlecht aufgehoben: Gesundheitsförderung interessiert das Gesundheitswesen nicht, Prävention ist ein Lippenbekenntnis, das bei den Kassen kaum in Geld umgesetzt wird.

In Österreich ist zwar die Gesundheitspsychologie durch das Psychologengesetz ein Begriff für das Gesundheitswesen; die Krankenkassen kennen aber den Begriff der gesundheitspsychologischen Tätigkeit nicht. Sogar die klinisch-psychologische Tätigkeit ist bei den Kassen auf Diagnostik eingegrenzt, während die klinisch-psychologische Intervention von den Kassen nicht gekannt wird. Eine Abgrenzung zur Psychotherapie, die die Kasse minimal bezahlt (DM 40.-/Stunde), ist auch kaum möglich.

Ich vermute, daß auch in der Schweiz das Gesundheitswesen die Gesundheitspsychologie nicht kennt. Ähnliches gilt vermutlich für die Klinische Psychologie.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Geld nur über Psychotherapie zu verdienen ist, nicht über Klinische Psychologie und vor allem nicht über Gesundheitspsychologie. Dies trifft uneingeschränkt für Deutschland (und die Schweiz) und begrenzt für Österreich zu. Für das gesetzlich geregelte und durch Krankenkassen finanzierte Gesundheitswesen kann der Begriff der psychologischen Psychotherapie oder nur der Begriff der Psychotherapie (s. Österreich) zum zentralen Begriff werden, so daß die Begriffe Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie zu akademischen Begriffen verkümmern. Die Gesundheitspsychologie könnte sich in Deutschland ausserhalb des Gesundheitswesens etablieren, in Österreich innerhalb - offen bleibt aber, welche Stellenperspektive damit verbunden ist.

Wenn der Bereich der Gesundheitspsychologie nicht gezielt entwickelt wird, wird er vermutlich - wie die Klinische Psychologie - Gefahr laufen, zum Auslaufmodell in der Praxis zu werden.

7. Klinische Psychologie und Psychotherapie als ekklesiogene Organisationsformen - und die Gesundheitspsychologie?

Psychotherapie als wesentliches Element der klinisch-psychologischen Intervention hat als wesentliches Strukturelement die sogenannten Therapieschulen, die vielfach durch die Ausbildungsgänge identitätsstiftend sind. Daß diese Struktur wissenschafts- und berufspolitisch problematisch ist, wurde verschiedentlich betont (z.B. Grawe, 1995; Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Petzold hat sogar von der ekklesiogenen Organisationsstruktur der Psychotherapie gesprochen. Diese Strukturunterteilung findet auch auf der gesetzlichen Ebene ihren Niederschlag.

So sind im österreichischen Psychotherapiegesetz die Therapieschulen offiziell als Strukturelemente sanktioniert worden. Auch in der Schweiz gibt es starke Strömungen, Lösungen ähnlich wie in Österreich zu suchen. Sogar das neue Psychotherapiegesetz in Deutschland hat letztlich weiterhin Schulen bzw. Verfahren als Ordnungsgesichtspunkte.

Wir haben heute eine Situation, wo einerseits weiterhin Therapieschulen identitätsstiftend sind, andererseits an den Hochschulen eine übergreifende Interventionsidentität propagiert wird. Psychotherapie oder Klinisch-psychologische Intervention könnten eine fach- und berufspolitischer Identität für Technologien darstellen, die sich auf das Gesamt der empirischen Psychologie stützen.

In der Gesundheitspsychologie ist für mich bisher keine ekklesiogene Struktur erkennbar. Ebenso ist die Interventionskompetenz zu wenig deutlich herausgearbeitet worden, so daß offen ist, in welche Richtung sich dieser Sektor entwickelt. Ob das Schulendenken auch in der gesundheitspsychologischen Intervention seinen Niederschlag finden wird, bleibt abzuwarten. Durch eine gezielte und explizite Pflege der gesundheits-psychologischen Intervention durch die Universitäten könnten eventuell die Probleme der Klinischen Psychologie und Psychotherapie mit den Therapieschulen für die Gesundheitspsychologie vermieden werden. Dazu wäre aber eine aktive Wissenschafts- und Berufspolitik notwendig, die ich noch nicht sehe.

8. Gibt es für die Klinische Psychologie und die Gesundheitspsychologie noch weitere Geschwister oder Halbgeschwister?

Wir haben bisher nur auf die Psychotherapie gestarrt und dort die große Gefahr für die Breite der angestammten Fächer geortet. Dabei haben wir fast übersehen, daß es noch andere für das Gesundheitswesen relevante Gruppierungen gibt. Insbesondere die folgenden Gebiete sind zu nennen:

Verhaltensmedizin (behavioral medicine). Erkenntnisse der verhaltens- und biomedizinischen Wissenschaften sollen für

Gesundheits- und Krankheitsprobleme - insbesondere für somatische Erkrankungen, aber auch für psychische Störungen - fruchtbar gemacht werden (Blanchard, 1992; Miltner, 1997). Die Verhaltensmedizin ist konzeptuell nicht einer einzigen Berufsgruppe zuzuordnen, so daß sich diesem Feld Klinische PsychologInnen, GesundheitspsychologInnen, MedizinerInnen und auch andere Berufsgruppen zugehörig fühlen.

Medizinische Psychologie. Unter Medizinischer Psychologie versteht man «die Anwendung von Erkenntnissen und Methoden der Psychologie auf Probleme der Medizin» (Rösler, Szewczyk & Wildgrube, 1996, S. 19). Nach Schwenkmezger und Schmid (1994) stehen bei der Medizinischen Psychologie die Situation der PatientInnen und die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen im Vordergrund. In der Forschungsthematik bestehen zwischen Medizinischer Psychologie, Klinischer Psychologie, Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie starke Überlappungen.

Klinische Neuropsychologie. Klinische Neuropsychologie als wissenschaftliches Anwendungsfach untersucht die Auswirkungen von Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns auf das Erleben und Verhalten. Im Vordergrund stehen Diagnostik und Intervention (s. auch Mohr, 1998). Es liegen breite Überlappungen zur Klinischen Psychologie vor. In Deutschland und in der Schweiz hat sich ein eigener Berufstitel des/r Klinischen Neuropsychologen/in bzw. des/der NeuropsychologIn FSP durchgesetzt.

Public Health. Public Health bezieht sich interdisziplinär auf Gesundheit aus der Makrooper-spektive (System, Gemeinde etc.). Es handelt sich um einen bevölkerungs- und systembezogenen Ansatz. Im Public Health sind unterschiedliche Berufsgruppen, darunter auch Klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen, involviert.

Beratung (counselling). Wie auch die internationale Literatur zeigt, lassen sich die Bereiche Klinische Psychologie und - klinisch-psychologische - Beratung nicht prägnant trennen (Barker, Pistrang & Elliott, 1994; Perrez & Baumann, 1998a; Woolfe & Dryden, 1996). Teilweise werden Institutionen aus historischen und finanziellen Gründen Beratungsstellen genannt, obwohl dort im breiteren Sinne Psychotherapie betrieben wird. In anderen Berufsfeldern (z.B. Pädagogische Psychologie, Berufspsychologie) des deutschsprachigen Raumes wird dagegen der Begriff Counselling als Kennzeichen eines eigenständigen Bereiches verwendet (z.B. Berufsberatung).

Klinische Biopsychologie. Ein weiteres Feld, das konzeptuell zur Klinischen Psychologie gehört und lange Zeit dort auch betrieben wurde, ist die klinische

Biopsychologie, die den Brückenschlag zwischen der psychischen und somatischen Datenebene zum Inhalt hat (vgl. Hellhammer, Heim & Buske-Kerschbaum, 1998; Rockstroh & Elbert, 1998; Vaitl & Hamm, 1998). Der Begriff Psychosomatik war für dieses Anliegen das zutreffende Stichwort.

Die genannten Bereiche sind konzeptuell der Klinischen Psychologie zuzuordnen. Sie entwickeln sich aber zu Gebieten mit eigener Identität. Zwei weitere Gebiete der Klinischen Psychologie seien genannt, die vor allem vom Altersparameter her definiert sind: Bereiche Kinder/Jugendliche und ältere Erwachsene. Die Klinische Psychologie ist zwar mit allen Altersgruppen befaßt, so auch mit Kindern und Jugendlichen. Dieser Bereich wurde aber lange Zeit von der Klinischen Psychologie vernachlässigt. Auch der Bereich der älteren Erwachsenen ist in der Klinischen Psychologie wenig beachtet worden, so daß wesentliche Entwicklungen ausserhalb der Klinischen Psychologie realisiert wurden (Psychogerontologie - Radebold & Hirsch, 1994).

Bilanzierend ist zu sagen, dass sich der Begriff der Klinischen Psychologie als Umschreibung eines ursprünglich einheitlichen Forschungs- und Berufsfeldes der Psychologie aufzulösen beginnt. Dadurch ergeben sich unterschiedliche Konfigurationen, in der auch die Gesundheitspsychologie überlappend, benachbart etc. zu sehen ist.

9. Schlussfolgerung

Die Klinische Psychologie steht an der Jahrhundertwende an einem kritischen Punkt. Ihre Identität ist neu zu definieren. Sie hat sich immer stärker auf die Psychotherapie hin orientiert, so daß diese zum zentralen Element des Faches, insbesondere in der Praxis, wurde. In den USA haben die Versicherungssysteme Managed Care für die Klinische Psychologie Probleme gebracht. Dort sucht der Kostenträger organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, die zu Kostensenkungen im Gesundheitswesen führen. Er favorisiert billigere Interventionen, was auch bei der Anbieterseite zu einem Wettbewerb bezüglich der kostengünstigeren Leistungsangebote führt. Akademisch ausgebildete psychologische PsychotherapeutInnen («Ph.D.») stehen in Konkurrenz zu einem psychotherapeutischen Angebot von Personen mit geringerer Qualifikation und damit auch niedrigeren Tarifen (Humphreys, 1996). Dies führt zu einer Begrenzung der Berufsmöglichkeiten der Klinischen PsychologInnen.

Aber auch in Deutschland ist die Situation - paradoxerweise aufgrund des Psychotherapeutengesetzes - für die psychotherapeutisch akzentuierte Klinische Psychologie

schwierig geworden. Die Möglichkeiten zur freien Niederlassung mit sozialrechtlicher Absicherung sind aufgrund von bedarfsabhängigen Überlegungen begrenzt, so dass mittelfristig dieser Arbeitssektor nur für wenige neue AbsolventInnen zur Verfügung steht (Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 1998).

Auch in Österreich ist die Situation für Klinische PsychologInnen mit psychotherapeutischer Ausrichtung kritisch einzuschätzen, da durch das Psychotherapiegesetz eine Vielzahl an nicht-psychologischen PsychotherapeutInnen mit nichtuniversitärem Abschluss, die letztlich billiger sind, zur Verfügung stehen.

Bilanzierend kann man sagen, dass zwar die Klinische Psychologie durch die Psychotherapie eine wesentliche Bereicherung für Forschung und Praxis im Laufe dieses Jahrhunderts erfahren hat, dass aber die Zukunftsaussichten für eine Klinische Psychologie mit psychotherapeutischer Akzentuierung nicht sehr positiv zu sehen sind, da die finanziellen Möglichkeiten im Gesundheitswesen begrenzt sind.

Was soll die Gesundheitspsychologie in diesem Szenario? Fragen der Gesundheitsförderung und der Prävention sind zentral. Gesundheitsfarmen, Luxusbäder (s. Burgenland Blumau von Hundertwasser) mit vielschichtigem und schillerendem Angebot weisen auf einen Markt hin, den es psychologisch zu besetzen und seriös auszubauen gilt. Ähnliches gilt für eine Prävention-Psychologie, die bisher zu wenig in der Öffentlichkeit wahrzunehmen ist.

Die Gesundheitspsychologie sollte nach meiner Meinung offensiv diese Gebiet auch berufspolitisch mitgestalten und damit auch für das Public-Health-Wesen ein wichtiger Partner werden. Die Schwäche der Gesundheitspsychologie liegt darin, dass die Relation zum Anwendungssektor offen ist. Die Gesundheitspsychologie muß sich klar werden, ob sie eine Anwendungswissenschaft mit starker Grundlagenorientierung sein möchte oder ob sie - wie bisher - eher zögerlich larviert zwischen den verschiedenen Zielpunkten. Ein klares wissenschaftlich getragenes Berufsprofil wäre vermutlich ein sehr wesentlicher Schritt in der Entwicklung der Gesundheitspsychologie.

Hinweis: Ein Literaturverzeichnis konnte leider nicht erstellt werden. Dafür übernehme ich die Verantwortung. H.-D. Schneider

Plusieurs membres de la Société suisse de psychologie de la santé (SSPsyS) ont participé activement à la réunion du groupe de psychologie de la santé de la Société allemande de psychologie qui s'est tenue du 7 au 9 juillet 1999 à Fribourg/Suisse. Ils ont ainsi saisi l'occasion qui leur était offerte de dialoguer avec leurs collègues allemands.

Nous avons demandé au professeur Urs Baumann s'il voulait bien nous autoriser à publier dans notre Newsletter une version abrégée de son exposé remarquable tant du point de vue scientifique que sous l'angle de la politique d'association. Nous le reproduisons ici en traduction française et vous invitons à exprimer votre avis sur les thèmes abordés sous forme de lettres de lecteurs. Si quatre personnes au moins se montrent désireuses de collaborer à un groupe de travail, le Comité soutiendra la constitution d'un tel groupe pour une durée déterminée.

Relation entre la psychologie de la santé et la psychologie clinique

Urs Baumann

Institut de psychologie de l'Université de Salzbourg, Autriche

(Traduction française du résumé rédigé en allemand par Hans-Dieter Schneider)

1. Introduction

Mon exposé a pour but de présenter la relation entre psychologie clinique et psychologie de la santé telle que je la perçois.

Cela n'a pas toujours grand sens de chercher à définir les relations qu'il peut y avoir entre des domaines scientifiques. J'estime cependant nécessaire de tirer au clair les relations entre ces deux disciplines pour plusieurs raisons qui touchent à leur perception à l'extérieur, mais aussi à l'intérieur de la branche.

(1) Pour les *plans d'études*, il est souhaitable de délimiter ces deux branches afin d'éviter aux étudiants de se retrouver face à un imbroglio linguistique quasi babylonien. La psychologie de la santé pratiquée dans la ville X ne devrait pas être synonyme de la psychologie clinique exercée dans la ville Y.

(2) Dans les rapports avec le monde extérieur, il est bon d'utiliser des "signaux" clairs et de recourir à des notions compréhensibles partout, qui représentent en quelque sorte une *carte d'identité* facilement repérable sur le marché. En effet, l'absence de délimitation précise dans la population entre les professions de la psychiatrie, de la psychologie et de la psychothérapie est plutôt un facteur négatif du point de vue de la politique professionnelle.

(3) Les sciences sont *structurées et organisées*. Elles réalisent ces objectifs en créant des groupes de spécialistes qui jouent leur rôle d'interlocuteurs sur des questions spécifiques, en publiant des revues spécialisées ayant leur profil propre et en organisant des congrès sur des thèmes particuliers, etc.

(4) Au *niveau du législateur* également, nous sommes amenés à préciser des notions. Dans le domaine de la santé publique, on utilise des termes comme psychologie clinique, psychologie de la santé, psychothérapie. Il doivent donc être définis.

2. Psychologie clinique et psychologie de la santé: la question des origines et le problème des rivalités

Les origines de la psychologie clinique scientifique remontent à la fin du 19^e siècle. C'est l'Américain *Lightner Witmer* (1867-1956) qui, au tournant du siècle aux Etats-Unis, a forgé l'expression "psychologie clinique" lorsqu'il a créé la première clinique de psychologie, une sorte de centre de consultation, et a fondé la première revue spécialisée en psychologie clinique. Cette branche était représentée depuis 1917 par l'*American Association of Clinical Psychologists*, organisation qui regroupait aussi bien des chercheurs que des praticiens. En 1919, elle a été intégrée à l'*American Psychological Association APA* dont elle est devenue une section clinique.

Dans les pays germanophones, il existe en psychologie depuis le début du 20^e siècle une multitude d'activités scientifiques et pratiques que l'on peut ranger dans la catégorie de la psychologie clinique. Toutefois, la psychologie clinique au sens étroit n'a pas revêtu une grande importance scientifique et professionnelle pendant longtemps. Elle a été présente dans la première moitié du 20^e siècle avec le *psychodiagnostic* (par exemple distinction entre neurose et psychose), la *consultation* et l'*intervention psychologique* (notamment la psychothérapie) en cas de troubles psychiques.

Ce n'est que vers le milieu du 20^e siècle que le concept de psychologie clinique a commencé à conquérir ses lettres de noblesse dans le monde germanophone. On peut dire que depuis le début des années septante, la psychologie clinique a revêtu une importance croissante en tant que domaine d'application scientifique et champ d'activité professionnelle. Avec le développement des diverses méthodes de psychothérapie, l'identité professionnelle

des représentants de la branche de la psychologie clinique s'est déplacée *du diagnostic vers la thérapie* (Wittchen & Fichter, 1980; Schorr, 1991).

Dans l'ouvrage intitulé *Health Psychology* de Stone et al. (1987), Rodin et Stone esquissent l'histoire de la *psychologie de la santé*. Cette discipline trouve son origine dans les efforts déployés pour introduire la psychologie dans les études de médecine. La naissance de la branche à proprement parler coïncide avec la fondation de la Division of Health Psychology de l'APA en 1978. Il y a probablement eu des tentatives antérieures dans ce sens, vers la fin des années soixante. La psychologie clinique et la psychologie de la santé présentent donc une différence d'âge de 60 ans environ. Il n'est donc pas étonnant que lorsqu'au début des années nonante, la psychologie de la santé fit son apparition dans le monde germanique, les représentants de la psychologie clinique – dont je faisais partie – se montrèrent plutôt sceptiques face à cette évolution.

Sur le plan du contenu, les questions soulevées en psychologie de la santé étaient englobées dans la psychologie clinique. Mais en fait, la prévention n'était pas le souci majeur de la psychologie clinique, la promotion de la santé encore moins.

3. Psychologie clinique et psychologie de la santé: à qui la meilleure définition?

Les définitions jouent un rôle dans l'ouverture des champs d'activités professionnelles. Ainsi, les médecins élaborent depuis longtemps des définitions et occupent le terrain de leur champ d'activité professionnelle. Ils ont mis au point des systèmes de classification élaborés tels que DSM-IV ou ICD-10. Mais comment définir la psychologie clinique et la psychologie de la santé?

La *psychologie clinique* englobe aujourd'hui également les maladies somatiques. Baumann et Perrez (1998b, p. 4) définissent la psychologie clinique comme suit:

Discipline de la psychologie qui traite des troubles psychiques et des aspects psychiques liés à des troubles ou des maladies somatiques. Elle englobe les domaines suivants: étiologie/analyse des conditions, classification, diagnostic, épidémiologie et intervention avec composantes de prévention, traitement/psychothérapie, réadaptation, dispensation de soins de santé et évaluation.

La psychologie clinique comporte donc plusieurs facettes et s'applique aux troubles psychiques et aux troubles somatiques.

La psychologie de la santé, selon Schmidt et Schwenkmezger (1992), répond à une définition plus modeste et à une autre

plus ambitieuse (cf. tableau 1). La définition restreinte met au premier plan la promotion de la santé et la prévention. Cet aspect recoupe la psychologie clinique, car cette dernière s'intéresse aussi à la prévention et en partie à la promotion de la santé. La définition plus large (par exemple celle de Schwarzer, 1997) en fait quelque chose de comparable à la psychologie clinique, de sorte que la psychologie de la santé n'offre plus un champ d'action spécifique et bien délimité.

voir Tableau 1

Il n'est pas heureux qu'un même domaine soit susceptible de porter deux noms différents, psychologie de la santé d'une part et psychologie clinique d'autre part. Sur le plan de la politique professionnelle, ce recoupement n'est pas judicieux non plus. Mais comme on peut s'accommoder de recoupements, la définition restreinte me paraît plus adéquate.

4. La psychologie clinique agit – La psychologie de la santé réfléchit

On peut aussi affiner les distinctions entre les deux branches en introduisant les notions de discipline théorique et discipline d'application. La *psychologie clinique* a souvent été qualifiée de branche d'application des branches théoriques que sont la psychologie générale ou la psychologie de la personnalité. On pourrait aussi distinguer les branches selon la part de savoir normatif et de savoir technologique qu'elles incorporent. Dans ce sens, la psychologie clinique comporte certainement une part très élevée de savoir technologique, tandis que la psychologie générale par exemple englobe peu de savoir technologique. Mais dans la recherche en psychologie clinique (par exemple en étiologie, mais aussi en thérapie), on trouve des développements qui s'apparentent davantage aux sciences théoriques.

La *psychologie de la santé* est difficile à classer dans les catégories classiques théorie/application. A mon avis, elle n'a à ce jour pas adopté de position claire à ce sujet. Schwarzer (1997) parle certes dans l'avant-propos de son manuel de psychologie clinique de branche d'application, à distinguer de la psychologie de la santé, davantage orientée vers la recherche fondamentale. Mais cette subdivision n'est pas très convaincante ni pour une branche, ni pour l'autre.

A ce jour, la psychologie de la santé n'a pas mis autant l'accent sur le recours à la technologie que la psychologie clinique l'a fait avec la psychothérapie. On trouve pourtant dans les publications de psychologie de la santé une part importante de savoir en rapport avec des interventions. Inversement, on voit aussi apparaître dans la psychologie

clinique des questions que l'on aurait plutôt tendance à situer dans le domaine de la psychologie de la santé parce qu'elles relèvent d'un savoir théorique, par exemple celle qui concerne le soutien social et la maladie.

Mais la relation de la psychologie de la santé à la technologie ne doit pas s'appréhender uniquement à partir des définitions. Il faut considérer aussi les appellations professionnelles, les cursus de perfectionnement, etc. Là, les développements laissent à mon sens plusieurs questions ouvertes, la psychologie de la santé n'ayant pas pris de position claire à ce sujet, du moins dans les pays de langue allemande.

On ne peut donc, à mon avis, tirer la conclusion que la psychologie clinique et la psychologie de la santé se distinguent par leur composante technologique. Ce qui apparaît clairement, c'est que la relation à la technologie est nette et affirmée en psychologie clinique. En psychologie de la santé en revanche, je vois pour le moins des ambivalences.

5. La psychologie clinique, une profession bien établie. La psychologie de la santé l'est-elle aussi?

La psychologie clinique s'est beaucoup développée dans les années septante. La préférence marquée au niveau des études pour la psychologie clinique se retrouve dans la vie professionnelle. On peut admettre que dans les pays de langue allemande, 60 pour cent environ des psychologues exercent leur activité dans le domaine de la santé publique et que sur ce total, les deux tiers environ possèdent des qualifications en psychothérapie. Cela signifie que c'est la psychologie clinique qui effectue le gros du travail psychologique.

Du fait qu'en Allemagne, un psychologue ne peut exercer dans la santé publique qu'en tant que psychothérapeute, la psychologie clinique sera peut-être bientôt un modèle dépassé.

Comment la situation se présente-t-elle en pratique pour la psychologie de la santé? Seule l'Autriche peut fournir des chiffres précis à ce sujet, car ce titre figure dans la loi et tous ses titulaires sont inscrits dans un registre professionnel. La loi ne définit pas différemment la psychologie de la santé de la psychologie clinique. Ainsi, il n'est pas étonnant que selon les statistiques les plus récentes, les quelque 2500 psychologues autrichiens s'intitulent pour la plupart également psychologues de la santé. Les deux titres sont offerts en duopack et ont ainsi perdu leur spécificité.

En Allemagne, l'Association professionnelle des psychologues allemands (BDP) comporte certes une section psychologie de la santé/de l'environnement/de l'écriture qui forme un curieux amalgame, mais elle n'est pas très visible dans la pratique. Sur les 21 000 membres que compte le BDP, la section de psychologie clinique recense 7000 membres. Il ne se trouve que 400 personnes dans la section santé/environnement/écriture.

6. Psychologues cliniciens – psychologues de la santé. Qui est le praticien ou qui encaisse les honoraires?

L'intervention apparaît comme un élément central du champ d'activité professionnelle des psychologues cliniciens.

Les interventions de psychologie clinique sont surtout caractérisées par la spécificité de la méthode (Perrez & Baumann, 1998a,b). Celle-ci se rattache au niveau de données psychiques, c'est-à-dire à celui du vécu et du comportement (par exemple entretien, exercices). Ce n'est donc pas l'étiologie des troubles ou le but visé qui caractérisent les interventions en psychologie clinique, mais leurs méthodes. Ces interventions peuvent aussi porter sur des caractéristiques ou des troubles somatiques. Certaines d'entre elles peuvent aussi assurer diverses fonctions: prévention, traitement, réadaptation.

Les interventions de psychologie clinique pourraient faire une belle carte d'identité pour la branche de la psychologie clinique, s'il n'y avait pas la psychothérapie, qui est devenue une notion centrale de santé publique dans le domaine de la psychologie.

D'un point de vue scientifique spécialisé, la psychothérapie est devenue et est un cas particulier de l'intervention de psychologie clinique. Le concept traditionnel de psychothérapie se réfère aux méthodes d'intervention de la psychologie clinique utilisées en thérapie face à des troubles des modes de fonctionnement (syndromes) et à des perturbations des systèmes interpersonnels liés à des problèmes psychiques (Freedheim, 1992).

Mais aujourd'hui, on a souvent tendance à définir la relation entre intervention de psychologie clinique et psychothérapie non pas d'un point de vue scientifique, mais sous l'angle du statut professionnel. En Allemagne, la nouvelle loi sur les psychothérapeutes incite à donner la définition la plus large possible de la psychothérapie, ce qui étend le champ d'activités professionnelles des psychologues psychothérapeutes décrit dans la loi. Les psychologues allemands n'ont finalement aucun intérêt à maintenir la notion d'intervention en psychologie clinique, car c'est la notion de psychothérapie qui constitue la base de la profession. Cette notion recouvre pratiquement tout le champ des interventions.

En Autriche, deux lois différentes s'appliquent au domaine de la psychologie: la loi sur les psychologues et celle sur la psychothérapie. Mais le législateur autrichien n'a pas défini la relation entre l'intervention de psychologie clinique et la psychothérapie. Sur le plan de la politique professionnelle, les psychothérapeutes avec

formation en psychologie ont intérêt, comme en Allemagne, à étendre au maximum la notion de psychothérapie, mais les non psychologues également. Car il n'existe de dispositions de droit social que pour les psychothérapeutes, mais non pour les interventions de psychologie clinique. En revanche, les psychologues cliniciens autrichiens ont intérêt à donner la définition la plus large possible de la notion d'intervention de psychologie clinique et la plus étroite possible de la notion de psychothérapie afin de pouvoir afficher leur propre compétence en matière d'intervention. A quoi il faut encore ajouter la notion d'intervention en psychologie de la santé, qui n'est pas clairement définie.

Cet exemple montre que la relation entre psychologie clinique et psychothérapie se règle dans les faits au niveau politique et que chaque pays trouve sa propre solution. C'est ainsi qu'on peut voir s'instaurer dans deux pays voisins des relations opposées entre psychothérapie et psychologie clinique.

En Allemagne, la *psychologie de la santé* (comme d'ailleurs la psychologie clinique) n'est pas une notion reconnue pour la pratique de la profession. Les psychologues de la santé qui souhaitent exercer en Allemagne dans le domaine de la santé publique et vivre de leur activité doivent se frayer un chemin dans le secteur par la porte de la psychothérapie psychologique. Donc d'un point de vue *formel*, la psychologie de la santé est inexistante dans la santé publique en Allemagne, tout comme la psychologie clinique d'ailleurs. Mais en ce qui concerne le *contenu*, les domaines d'intérêt de la psychologie de la santé au sens étroit sont mal représentés dans la santé publique: la promotion de la santé n'intéresse pas le secteur de la santé publique, la prévention est une formule difficilement monnayable.

En Autriche, la psychologie de la santé est certes une notion de santé publique reconnue par la loi sur les psychologues; mais les caisses-maladie ignorent l'activité dans la psychologie de la santé. Même l'activité de psychologie clinique se limite, pour ce qui est des caisses, au diagnostic. Quant à l'intervention de psychologie clinique, les caisses l'ignorent. Il n'est guère possible de la distinguer de la psychothérapie, que les caisses remboursent à un tarif minimum (40 DM l'heure).

Je suppose qu'en *Suisse*, la santé publique ne connaît pas non plus la psychologie de la santé. Il en est probablement de même de la psychologie clinique.

En résumé, on peut dire que la seule voie lucrative est la psychothérapie, en aucun cas la psychologie clinique et surtout pas la psychologie de la santé. Cette remarque s'applique sans restriction à l'Allemagne (et à la Suisse) et dans une mesure limitée à l'Autriche. Dans un système de santé publique financé par les caisses-maladie et régi par des lois, seule la notion de psychothérapie psychologique ou de psychothérapie (cf. Autriche) peut s'imposer. Ainsi, les notions de psychologie clinique et de psychologie de la santé ne seront plus que des

termes académiques en voie de disparition. La psychologie de la santé ne pourrait trouver sa place en Allemagne qu'en dehors du système de santé publique; en Autriche, elle peut s'y insérer, reste à savoir avec quelles perspectives d'emploi.

Si la psychologie de la santé – comme la psychologie clinique – ne se développent pas dans une direction bien précise, elles pourraient bien être appelées à disparaître.

7. La psychologie clinique et la psychothérapie dotées de formes d'organisation "ecclésiogènes" – Et la psychologie de la santé?

En tant qu'élément essentiel de l'intervention de psychologie clinique, la psychothérapie a pour principal élément structurel les écoles de thérapie qui confèrent une identité à ceux qui en sont issus de par le cursus de formation suivi. Divers auteurs ont souligné les problèmes que pose cette structure sur le plan scientifique et de la politique professionnelle (par exemple Grawe, 1995; Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Petzold a même parlé de structure d'organisation "ecclésiogène" de la psychothérapie. La loi reflète cette subdivision structurelle.

C'est ainsi que la *loi autrichienne sur la psychothérapie* reconnaît officiellement les écoles de thérapie comme des éléments structurels. En *Suisse* aussi, on s'efforce de trouver des solutions qui vont dans le sens de la voie autrichienne. Même la nouvelle *loi allemande* sur la psychothérapie a finalement perpétué les repères des écoles et des procédés.

Nous nous trouvons aujourd'hui dans une situation dans laquelle les écoles de thérapie continuent de forger une identité, alors que les hautes écoles se font les championnes d'une identité d'intervention générale. La psychothérapie ou l'intervention de psychologie clinique pourraient représenter une identité professionnelle spécialisée pour ce qui est des technologies qui s'appuient sur l'ensemble de la psychologie empirique.

Dans la *psychologie de la santé*, je ne décèle pour le moment aucune structure "ecclésiogène". De même, ce secteur n'a pas défini assez clairement son domaine d'intervention. On ne sait pas très bien où il va. Il faudra voir si les filières d'écoles arrivent à se frayer un chemin au niveau de l'intervention en psychologie de la santé. Si les universités mettaient tous leurs soins à cibler davantage et expliciter mieux l'intervention en psychologie de la santé, on pourrait éventuellement éviter les problèmes que rencontrent la psychologie clinique et la psychothérapie avec les écoles de thérapie en matière de psychologie de la santé. Mais pour y parvenir, il faudrait pratiquer une politique scientifique et professionnelle active que je ne vois pas se dessiner pour le moment.

8. La psychologie clinique et la psychologie de la santé sont-elles encore apparentées à d'autres disciplines?

Nous n'avons considéré jusqu'ici que la psychothérapie et évoqué le grand danger que peut présenter toute la gamme des disciplines qu'elle recouvre. Cette démarche nous a amenés à ignorer les autres branches susceptibles de jouer un rôle dans la santé publique. Il y a lieu de relever en particulier les domaines suivants:

Médecine du comportement (behavioral medicine). Cette discipline se propose de mettre à profit les connaissances des sciences du comportement et de la biomédecine pour résoudre des problèmes de santé, en particulier dans le cas des maladies somatiques, mais aussi des troubles psychiques (Blanchard, 1992; Miltner, 1997). La médecine du comportement ne forme pas en tant que telle un groupe professionnel unique et homogène, de sorte qu'elle peut regrouper des spécialistes de la psychologie clinique, des psychologues de la santé, des médecins et d'autres groupes encore.

Psychologie médicale. Par psychologie médicale, il faut entendre "l'application des connaissances et méthodes de la psychologie aux problèmes de la médecine" (Rösler, Szewczyk & Wildgrube, 1996, p. 19). Selon Schwenkmezger et Schmid (1994), la psychologie médicale met au premier plan la situation des patients et l'interaction entre médecins et patients. Dans la recherche, on constate d'importants recoupements entre la psychologie médicale, la psychologie clinique, la médecine du comportement et la psychologie de la santé.

Neuropsychologie clinique. La neuropsychologie clinique en tant que domaine d'application scientifique examine les conséquences des maladies et des lésions du cerveau sur la vie et le comportement. Elle met l'accent sur le diagnostic et l'intervention (cf. aussi Mohr, 1998). Cette branche se recoupe assez largement avec la psychologie clinique. En Allemagne et en Suisse, le titre professionnel de neuropsychologue clinicien ou de neuropsychologue FSP est reconnu.

Public Health ou santé publique. Le terme de santé publique est une notion interdisciplinaire qui embrasse le domaine de la santé au sens large (système, commune, etc.). Il se réfère à une population et à un système. La santé publique fait intervenir divers groupes professionnels, parmi lesquels les spécialistes de psychologie clinique et les psychologues de la santé.

Consultation. Il ressort de la littérature internationale spécialisée que l'on ne peut distinguer clairement les domaines de la psychologie clinique et de la consultation en psychologie clinique (Barker, Pistrang & Elliott, 1994; Perrez & Baumann, 1998a; Woolfe & Dryden, 1996). Pour des raisons historiques et financières, certaines institutions sont appelées centres de consultation, bien qu'on y pratique la psychothérapie dans un sens assez large. Mais dans d'autres champs d'activités professionnelles (par exemple psychologie pédagogique, psychologie professionnelle) des pays de

langue allemande, la notion de consultation caractérise une activité indépendante (par exemple conseil professionnel).

Biopsychologie clinique. La biopsychologie clinique est un vaste champ d'activités qui entre dans le domaine de la psychologie clinique et a longtemps été pratiquée sous cette appellation; elle fait le lien entre les domaines psychique et somatique (cf. Hellhammer, Heim & Busske-Kerschbaum, 1998; Rockstroh & Elbert, 1998; Vaitl & Hamm, 1998). L'adjectif définissant cette activité avec précision était celui de psychosomatique.

Tous ces domaines sont apparentés à la psychologie clinique. Mais ils se développent sous leur identité propre. Nous mentionnerons encore ici deux domaines de psychologie clinique qui se définissent par rapport au paramètre de l'âge: celui qui concerne les enfants et la jeunesse et celui qui porte sur les personnes plus âgées. La psychologie clinique s'occupe en fait de tous les groupes d'âge, donc aussi des enfants et des jeunes. Mais elle a longtemps négligé ce domaine précis des plus jeunes. De même, elle s'est peu préoccupée des aînés, de sorte que certains développements ont été réalisés en dehors de la psychologie clinique (psycho-gérontologie – Radebold & Hirsch, 1994).

En *résumé* on peut dire que la notion de psychologie clinique qui englobait à l'origine un champ d'activités professionnelles et de recherche homogène tend à se diluer. On voit ainsi apparaître diverses configurations qui se recoupent aussi en partie avec la psychologie de la santé, à laquelle elles sont apparentées.

9. Conclusions

En cette fin de siècle, la psychologie clinique vit un moment critique de son histoire. Elle est amenée à redéfinir son identité. Elle s'est orientée de plus en plus vers la psychothérapie, de sorte que cette activité est devenue l'élément central de la branche, dans la pratique surtout. Aux *Etats-Unis*, les systèmes d'assurance *Managed Care* ont causé des problèmes à la psychologie clinique. Dans ce pays, l'organe qui assume les coûts cherche à créer des conditions-cadre qui permettraient d'abaisser les coûts de la santé. Il veut favoriser les interventions meilleur marché, ce qui engendre du côté de l'offre une vive concurrence sur les prix au niveau de l'offre de prestations. C'est ainsi que des psychologues psychothérapeutes de formation académique ("Ph.D.") se retrouvent en concurrence avec une offre de psychothérapie en provenance de personnes moins qualifiées pratiquant par conséquent aussi des tarifs plus bas (Humphreys, 1996). Les possibilités professionnelles des spécialistes de psychologie clinique se trouvent ainsi limitées.

Mais en *Allemagne* aussi, la situation est devenue plus difficile pour la psychologie clinique à prédominance psychothérapeutique, paradoxalement en raison de l'élaboration de la loi sur les psychothérapeutes. La possibilité de s'y établir et d'exercer à la charge de la sécurité sociale est limitée par des considérations de besoins. Ainsi, rares sont les nouveaux diplômés qui auront des débouchés à moyen terme dans ce secteur (Société allemande de psychologie, 1998).

En *Autriche* également, la situation est critique pour les spécialistes de psychologie clinique à vocation psychothérapeutique. En effet, la loi sur la psychothérapie reconnaît une multitude de psychothérapeutes non psychologues sans diplôme universitaire, qui sont meilleur marché.

En résumé, on peut dire que la psychologie clinique orientée vers la psychothérapie s'est beaucoup enrichie par la recherche et la pratique au cours de ce siècle, mais que ses perspectives d'avenir ne sont pas très positives en raison des possibilités financières limitées du domaine de la santé.

Qu'en est-il de la *psychologie de la santé* dans ce scénario? Les questions de la promotion de la santé et de la prévention sont essentielles. Les expériences du style "santé à la ferme", "bains luxueux" et toute la panoplie des offres du genre aussi alléchantes que diversifiées pointent vers un marché que la psychologie devrait occuper et développer sérieusement. Il en est de même de la psychologie de la prévention, encore trop peu perçue du public actuellement.

A mon avis, la psychologie de la santé devrait investir ce domaine et contribuer à le façonner par sa politique professionnelle et devenir ainsi un important partenaire de la santé publique. Ce qui fait la faiblesse de la psychologie de la santé, c'est qu'elle n'a pas encore vraiment établi de relation avec un secteur d'application. La psychologie de la santé doit déterminer si elle veut être une science d'application des connaissances théoriques ou si elle préfère continuer à hésiter entre différents débouchés, comme elle l'a fait jusqu'ici. Elle franchirait vraisemblablement un grand pas dans son développement si elle définissait un profil professionnel clair se réclamant de la science.

Remarque: Il n'a malheureusement pas été possible d'élaborer une bibliographie. J'en assume la responsabilité. H.-D. Schneider.

Überblick über den Stand der Resilienz-Forschung

Hans-Dieter Schneider, Universität Freiburg/Schweiz

1. Einleitung

In einer Längsschnitt-Studie über die Entwicklung von 698 Kindern auf der Hawaii-Insel Kanai über 20 Jahre hinweg stellen WERNER & SMITH (1977) fest, dass einerseits 204 Kinder ernste Verhaltens- und Lernprobleme zeigen. Andere unter denselben und ebenso ungünstigen Bedingungen lebende Kinder blieben "invincible" und wuchsen zu kompetenten und autonomen Erwachsenen heran. Sie waren offenbar in der Lage, Fertigkeiten zum erfolgreichen Umgang mit ihren schwierigen Lebensumständen zu entwickeln.

In den Siebziger Jahren gab es weitere Autoren, die in dieser Richtung dachten und forschten. Dazu gehören ANTONOVSKY (1979), der das Konzept des Kohärenzsinn einführte, KOBASA (1978), die das Konstrukt der "hardiness" vorschlug, und LAZARUS, der die Wirkung verschiedener Copingfähigkeiten in einen transaktionalen Copingprozess stellte.

2. Begriffe

Risikofaktoren sind Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, krank zu werden.

Formel: $\frac{\text{Inzidenzrate der exponierten Personen}}{\text{Inzidenzrate der nicht exponierten Personen}} > 1$

wenn die Ursache-Wirkungs-Beziehungen bekannt sind, ist der Begriff der Risikofaktoren gebräuchlich. Liegt nur eine statistische Beziehung vor, ohne dass die Verursachungs-Relation geklärt ist, spricht man eher von Risiko-Prädiktoren.

In der Psychologie wurde eine grosse Zahl von Risikofaktoren bestimmt, deren Anwesenheit die Entwicklung von Störungen fördert. Dazu gehören z.B.: niedere Sozialschicht, soziale Isolation, Kriminalität der Eltern, Negativverhalten der Freunde, sensation seeking, Nonkonformismus, negatives Selbstbild, enger Handlungsspielraum in Arbeit und Freizeit, die zusammenhängen mit Schulproblemen, Drogenkonsum., Kriminalität, Depression, Scheidung usw.

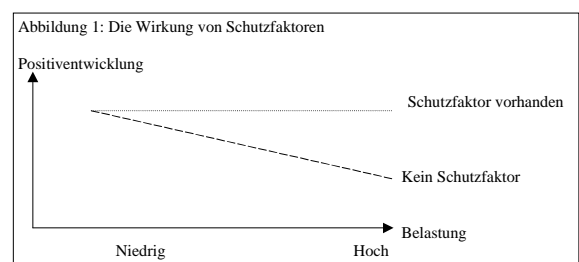
Die präventiven und therapeutischen Bemühungen gehen dahin, die Risikofaktoren zu minimieren durch Elternbildung, durch Vermittlung von Normen, Strukturen, sozialen Kompetenzen, positiven Modellen, Widerstandstraining usw.

RUTTER (1987) hatte bemerkt, dass Risiko kein Faktor ist, dessen Existenz zum Negativverhalten führt, sondern ein Prozess der Interaktion der Risikovariablen mit weiteren Variablen. Die transaktionale Stressforschung würde das Konzept der Risikofaktoren nicht per se, sondern auf die subjektive Sicht und auf die Coping-Situation der Betroffenen beziehen. Wenn ein Risikofaktor (z.B. Tod eines Partners) als Herausforderung erlebt

wird, wird er zum positiven Ereignis. Die Aufstellung von Risikofaktoren kann uns daher veranlassen, darüber nachzudenken, durch welche Begleitmassnahmen sie zu Wachstumsfaktoren werden könnten. Damit ist der medizinische Risikofaktorenbegriff von einem psychologischen Begriff zu unterscheiden.

In einer Risikopopulation entwickeln einige Personen rascher negative Auswirkungen als andere. Ihre Vulnerabilität erhöht bei Anwesenheit von Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit negativer Wirkungen. Vulnerabilität ist eine "innere Schwäche" (wie negatives Selbstkonzept, Depressivität, Ehekonflikt der Eltern). Der Risikofaktor ist der Haupteffekt; der Vulnerabilitätsfaktor ist der Interaktionseffekt.

Ressourcen, Puffer- oder Schutz- (protektive) Faktoren sind Faktoren, die erst bei zunehmender Belastung ihre positive Wirkung zeigen. Bei geringer Belastung bewältigen Personen ohne Ressourcen ihre Situation gut. Bei steigender Belastung bewältigen Personen mit solchen Ressourcen/Schutzfaktoren ihre Situation ebenso gut, während sich bei Personen mit wenig Ressourcen Negativeentwicklungen manifestieren. Das wird normalerweise durch eine statistische Interaktion zwischen der Belastung und der Puffervariable nachgewiesen (Abbildung 1).



Solche Puffervariablen tragen also dazu bei, dass trotz hoher Belastung keine negativen Entwicklungen auftreten.

Resilienz (auch Stressresistenz, Unbesiegbarkeit, invincibility) hat zur Folge, dass trotz Risiko und Belastung eine positive Entwicklung zu beobachten ist. Resiliente Personen verfügen daher über Fertigkeiten, die einer Beeinträchtigung der positiven Entwicklung entgegenwirken.

GARMEZY (1985) unterscheidet drei mögliche Formen: die Immunität (keine Wirkung der Belastung), die Kompensation (Mobilisierung zusätzlicher Ressourcen bei Belastung) und die Herausforderung

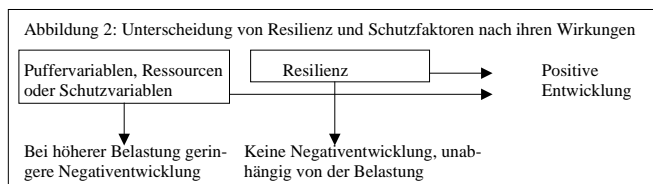
(bei Belastung steigert die Person ihre Copingkompetenz). Wichtig ist, dass die Individuen in allen drei Fällen dem Risiko ausgesetzt sind. Wenn Kinder aus einer zerbrochenen Familie oft bei ihren Grosseltern leben, ist der Risikofaktor "zerbrochene Familie" nicht oder nicht so stark vorhanden.

In der Praxis sind Risikofaktoren oft korreliert (z.B. Schichtzugehörigkeit, Arbeitslosigkeit, Eheprobleme).

Nach GARMEZY (1985) und nach RUTTER (1987) entsteht Resilienz aus wiederholten Copingerfolgen. Bei anfangs geringen und dann steigenden Dosen der Belastung kann der Umgang mit ihr allmählich gelernt werden.

3. Probleme und praktische Bedeutung

Die klare Trennung zwischen Puffervariablen (Ressourcen oder Schutzvariablen) auf der einen Seite und Resilienz auf der anderen Seite findet sich in der Literatur nicht durchgängig. Viele Autoren schreiben von "Puffervariablen oder Resilienz", d.h. sie machen keine Unterschiede. In der Theorie ist die Differenzierung der Abbildung 2 wichtig.



WERNER & SMITH (1977) beschreiben als Resilienzfaktoren:

- Wenige Kinder im Haushalt
- Geburtsabstand der Kinder zwei oder mehr Jahre
- Grosse Aufmerksamkeit der Erwachsenen im ersten Lebensjahr gegenüber dem Kind
- Positive Eltern-Kind-Beziehung in den ersten Jahren
- Neben der Mutter weitere Personen, die sich um das Kind kümmern
- Regelmässige Berufstätigkeit der Mutter ausserhalb des Haushalts
- Emotionale Unterstützung durch Verwandte und Nachbarn.

Etat des recherches sur la résilience: aperçu

Hans-Dieter Schneider, Université de Fribourg/Suisse

Introduction

Dans une étude longitudinale de plus de vingt ans qui porte sur l'évolution de 698 enfants vivant sur une des îles hawaïennes Canai, WERNER & SMITH (1977) constatent que 204 de ces enfants présentent de sérieux problèmes de comportement et d'apprentissage. D'autres enfants vivant dans les mêmes conditions défavorables sont demeurés solides ("invincible") et sont devenus des adultes compétents et autonomes. Ils ont manifestement été en mesure de développer des aptitudes leur permettant d'affronter avec succès leurs circonstances de vie difficiles.

BLOOM (1996) listet als protektive Faktoren auf:

Ebene der Kinder

- Soziale Kompetenz
- Problemlösefähigkeit
- Autonomie
- Sinn für Zweckhaftigkeit und Zukunft

Ebene der Familie

- Unterstützung
- Hohe Erwartungen der Eltern an ihre Kinder
- Ermutigung, dass sich die Kinder am Familienleben beteiligen

Ebene der Schule

- Unterstützung
- Hohe Erwartungen der Schule
- Beteiligung an Schulaktivitäten

Ebene der Gemeinde

- Unterstützung
- Hohe Erwartungen
- Beteiligung an Aktivitäten in der Gemeinde

Wenn ein Problem vorhanden ist (z.B. Depression, Aggressivität, niedriges Selbstwertgefühl, Delinquenz) oder mit präventiver Zielsetzung, kann man daher

- a) die zugrundeliegenden Risikofaktoren (z.B. Frühgeburt),
- b) die Vulnerabilitätsfaktoren (niedriges Geburtsgewicht, Behinderung),
- c) die Puffer- oder Schutzvariablen (stabile Betreuung, Kompetenz, Attraktivität) oder/und
- d) die Resilienzfaktoren (soziales Stützsystem, positives Selbstkonzept, Ziele) zu vermehren suchen.

Dans les années septante, d'autres auteurs ont orienté leurs réflexions et leurs recherches dans cette direction. Ce fut le cas notamment d'ANTONOVSKY (1979) qui a introduit le concept de sens de la cohérence (Kohärenzsinn), de KOBASA (1978) qui a proposé sa théorie de la résistance ("hardiness") et de LAZARUS qui a réuni l'effet des diverses capacités à faire face en un processus transactionnel de gestion du stress.

Notions

Les **facteurs de risques** sont des facteurs qui accroissent la probabilité d'apparition d'une maladie.

$$\text{Formule : } \frac{\text{taux d'incidence des personnes exposées}}{\text{taux d'incidence des personnes non exposées}} > 1$$

on utilise couramment la notion de facteurs de risques lorsque les relations de cause à effet sont connues. Si l'on constate une relation statistique sans que les relations de cause à effet apparaissent clairement, on parle plutôt de **prédicteurs de risques**.

La psychologie a recensé un grand nombre de facteurs de risques dont la présence favorise l'apparition de perturbations. Ce sont par exemple: l'appartenance à un milieu social défavorisé, l'isolement social, la criminalité des parents, le comportement négatif des amis, la recherche de sensations, le non-conformisme, l'image négative de soi, la faible marge de manœuvre dans le travail et les loisirs, en corrélation avec des problèmes scolaires, la consommation de drogue, la criminalité, la dépression, le divorce, etc.

Les efforts préventifs et thérapeutiques vont dans le sens d'une minimisation des facteurs de risques par la formation des parents, la mise en place de normes, de structures, le développement de compétences sociales, de modèles positifs, l'entraînement à la résistance, etc.

RUTTER (1987) avait observé que le risque n'est pas le facteur dont l'existence engendre un comportement négatif, mais un processus d'interaction des variables de risques avec d'autres variables. L'étude transactionnelle sur le stress ne devrait pas prendre en compte le modèle des facteurs de risques en soi, mais les situer dans une perspective subjective et les rapporter à la capacité des intéressés à faire face. Lorsqu'un facteur de risque (par exemple le décès d'un partenaire) est vécu comme un défi, il peut se transformer en événement positif. L'énumération des facteurs de risques doit donc nous amener à réfléchir aux mesures d'accompagnement susceptibles d'en faire des facteurs de croissance. Il faut donc distinguer la notion de facteur de risques en médecine de son acception en psychologie.

Dans une population à risques, certaines personnes sont plus sujettes que d'autres aux développements négatifs. En présence de facteurs de risques, leur **vulnérabilité** accroît la probabilité de conséquences négatives. La vulnérabilité est une "faiblesse intérieure" (telle qu'image négative de soi, tendance à la dépression, conflit conjugal des parents). Le facteur de risque est l'effet principal; le facteur de vulnérabilité est l'effet interactif. .

Les ressources, les facteurs amortisseurs ou de protection sont des facteurs dont l'effet positif ne se manifeste que lorsque la charge s'accroît. Si la charge est faible, les personnes sans ressources maîtrisent bien leur situation. Si la charge s'accroît, les personnes dotées de ressources ou de facteurs de protection maîtrisent tout aussi bien leur situation. Mais dans cette même hypothèse, les personnes disposant de peu de ressources présentent une évolution négative. On peut normalement

constater une interaction statistique entre la charge et la variable d'amortissement (figure 1).

Voir figure 1 texte allemand

Ces variables d'amortissement contribuent donc à empêcher l'apparition des évolutions négatives en dépit d'une forte charge.

La résilience ou résistance au stress (ou invincibilité) fait qu'en dépit du risque et de la charge, on peut observer une **évolution positive**. Les personnes résistantes au stress disposent donc d'aptitudes à contrer toute dégradation d'une évolution positive.

GARMEZY (1985) voit trois formes possibles de résistance: l'immunité (la charge demeure sans effet), la compensation (mobilisation de ressources supplémentaires en cas de charge) et le défi (la personne sous pression accroît son aptitude à faire face). L'élément important est que dans les trois cas, les individus sont soumis au risque. Prenons le cas d'une famille déchirée: si les enfants vivent souvent chez leurs grands-parents, le facteur de risque "famille déchirée" ne se manifeste pas ou beaucoup moins.

Dans la pratique, il y a souvent corrélation entre différents facteurs de risques (par exemple, appartenance à tel ou tel groupe social, chômage, problèmes conjugaux).

Selon GARMEZY (1985) et RUTTER (1987), la résilience est la résultante de succès remportés à plusieurs reprises dans la gestion du stress. La résistance peut s'acquérir par l'application de doses de charge faibles pour commencer, puis plus importantes.

Problèmes et importance pratique

On ne trouve pas toujours dans la littérature spécialisée une séparation nette entre les variables d'amortissement (ressources ou variables de protection) d'une part et la résilience d'autre part. De nombreux auteurs assimilent les "variables d'amortissement" et la "résilience". Ils ne font pas de distinction. En théorie, la différenciation de la figure 2 est importante.

Voir Figure 2 text allemand: Distinction entre résilience et facteurs de protection selon leurs effets

Moins d'effets négatifs lorsque la charge augmente

Pas d'effets négatifs, quelle que soit la charge

WERNER & SMITH (1977) décrit des facteurs de résilience:

- Peu d'enfants dans le ménage
- Espacement de deux ans ou plus entre les naissances
- Grande attention portée par les adultes à l'enfant pendant sa première année de vie

- Relation parents-enfant positive dans les premières années de vie
- Prise en charge des enfants par d'autres personnes en plus de la mère
- Activité professionnelle régulière de la mère hors du ménage
- Soutien affectif des parents et des voisins.

BLOOM (1996) énumère les facteurs de protection suivants:

Niveau des enfants

- Compétence sociale
- Capacité de résoudre les problèmes
- Autonomie
- Sens de la finalité et de l'avenir

Niveau de la famille

- Soutien
- Attentes élevées de parents à l'égard de leurs enfants
- Incitation à faire participer les enfants à la vie de la famille

Niveau de l'école

- Soutien

- Attentes élevées de l'école
 - Participation à des activités scolaires
- Niveau de la commune
- Soutien
 - Attentes élevées
 - Participation aux activités de la commune

En présence d'un problème (par exemple dépression, agressivité, sentiment de dévalorisation de soi, délinquance) ou face à un objectif de prévention, on peut donc chercher à agir sur:

- les facteurs de risques à l'origine du problème (par exemple naissance prématurée),
- les facteurs de vulnérabilité (faible poids à la naissance, handicap),
- les variables d'amortissement ou de protection (prise en charge stable, compétence, attrait) ou/et
- les facteurs de résilience (système de soutien social, image positive de soi, objectifs).

Wovor schützen Schutzfaktoren?

Kritische Anmerkungen zum Konzept der protektiven Faktoren

Referat am Weiterbildungstag der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspsychologie am 11. September 1999 zum Thema „Resilienz“

Dr. Manfred Laucht

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Postfach 122120, D-68072 Mannheim, Germany, Tel. ++49-06211703-948; Fax 0621/23429, e-mail laucht@as200.zi-mannheim.de

In den Sozialwissenschaften vollzieht sich derzeit ein Paradigmenwechsel. In zunehmendem Maße werden krankheitszentrierte Modelle der Pathogenese von gesundheitsbezogenen und ressourcenorientierten Modellen der Salutogenese abgelöst. Standen in der Vergangenheit die Entstehung und Behandlung von Störungen und Krankheiten im Mittelpunkt der Betrachtung, so konzentriert sich heute das Erkenntnisinteresse auf Fragen wie „was erhält Menschen gesund?“ und „wie gelingt es Menschen trotz extremer Belastungen nicht krank zu werden?“. Damit rücken Krankheitsvorsorge und Gesundheitsförderung in den Blickpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Eine zentrale Rolle im Rahmen moderner gesundheitspsychologischer Ansätze nimmt das Konzept der protektiven Faktoren ein. Was jedoch protektive Faktoren sind und wie ihre Wirkungsweise zu verstehen ist, wird in der Forschung kontrovers diskutiert. In meinem Referat beschäftige ich mich mit einigen theoretischen und methodischen Problemen des Schutzkonzepts und erörtere Voraussetzungen für seine sinnvolle Verwendung in der Gesundheitspsychologie. Dabei gehe ich auf folgende Themen ein:

- 1) die Abgrenzung gegenüber Risikofaktoren (cave: Vermischung von Risiko- und Schutzfaktoren): Schutzfaktoren sollten nicht einfach als „Kehrseite der Medaille“ definiert werden und nicht bloß das Fehlen von Risiken anzeigen.
- 2) die Notwendigkeit eines Puffereffekts (cave: unspezifischer Fördereffekt): Von protektiven Faktoren sollte nur dann gesprochen werden, wenn sie als Moderatoren von Risikofaktoren auftreten, d.h.: ihre positive Wirkung manifestiert sich ausschließlich oder vor allem in Verbindung mit einer Risikobelastung.
- 3) die Unabhängigkeit von anderen Kompetenzen des Individuums (cave: Verwechslung von Kompetenz und Resilienz): Auf der Suche nach personalen Schutzfaktoren muß man vermeiden, daß ein und dasselbe Personmerkmal in unterschiedlicher Funktion betrachtet wird: einmal als Kompetenz, die vor Krankheit schützt, und einmal als Kompetenz, die als Ergebnis einer geschützten Entwicklung gilt.

4) der Nachweis einer zeitlichen Priorität (cave: Verwechslung von Ursache und Wirkung): Ein protektiver Faktor sollte einer Risikobelastung zeitlich vorausgehen. Ohne diese Annahme kann man nicht sicher sein, ob ein Merkmal, in dem sich belastete Individuen mit günstiger und ungünstiger Entwicklung unterscheiden (und das als protektiver Faktor interpretiert werden soll), tatsächlich die Ursache dieser Entwicklung oder lediglich deren Folge abbildet.

Zur Veranschaulichung werde ich Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie heranziehen. Dabei handelt es sich um eine prospektive Längsschnittstudie an einer Stichprobe von 362 Kindern, die sich mit den Auswirkungen von

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (frühe biologische Risiken) und benachteiligten familiären Lebensverhältnissen (frühe psychosoziale Risiken) auf die kindliche Entwicklung von der Geburt bis ins Schulalter befaßt. Im Rahmen dieser Studie wird die Rolle von Risiko- und Schutzfaktoren eingehend untersucht.

Aus der Erörterung soll deutlich werden, daß die unkritische Verwendung des Schutzkonzepts den Erkenntnisfortschritt behindert und die Suche nach protektiven Faktoren erst dann Erfolg verspricht, wenn die Prozesse und Mechanismen untersucht werden, die dem Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren zugrunde liegen.

Les facteurs de protection. De quoi protègent-ils?

Remarques critiques sur les facteurs de protection

Exposé prononcé le 11 septembre 1999 à l'occasion de la journée de perfectionnement de la Société suisse de psychologie de la santé, sur le thème de "la résilience"

Par Manfred Laucht

Institut central de la santé psychique, Clinique de psychiatrie et de psychothérapie de l'enfance et de la jeunesse, case postale 122120, D-68072 Mannheim, Allemagne, tél. ++49-06211703-948; fax 0621/23429, e-mail laucht@as200.zi-mannheim.de

Nous assistons actuellement à une profonde mutation du paysage des sciences sociales. De plus en plus, les modèles de pathogenèse centrés sur la maladie sont remplacés par des modèles de salutogenèse qui font référence à la santé et à ses ressources. Si par le passé, on mettait surtout l'accent sur l'apparition et le traitement des troubles et des maladies, l'intérêt se focalise aujourd'hui sur des questions qu'on pourrait formuler ainsi: "Comment maintenir l'être humain en bonne santé?" et "Comment, malgré des charges extrêmes, l'être humain réussit-il à ne pas être malade?". Ainsi, la prévention des maladies et la promotion de la santé font leur apparition dans les débats consacrés à la politique de la santé. Les facteurs de protection sont une notion qui joue un rôle central dans le développement de cette conception moderne de la psychologie de la santé. Mais que sont ces facteurs de protection et comment agissent-ils? Les recherches en cours alimentent la controverse sur ces sujets. Je vais m'attacher à montrer quelques problèmes théoriques et méthodologiques suscités par la notion de protection et évoquer les conditions de sa saine application en psychologie de la santé. Je me propose d'explorer les thèmes suivants:

- 1) la définition des facteurs de protection par rapport aux facteurs de risques (attention à la confusion susceptible de résulter de l'emploi des termes facteurs de risques et facteurs de protection): les facteurs de protection ne se limitent pas au "revers de la médaille" et n'indiquent pas simplement l'absence de risques;
- 2) la nécessité de l'effet amortisseur (attention à l'effet d'encouragement non spécifique): il faudrait parler de

facteurs de protection uniquement pour désigner ceux qui viennent atténuer les facteurs de risques, c'est-à-dire ceux dont l'effet positif se manifeste exclusivement ou surtout en relation avec un risque;

- 3) l'indépendance d'autres compétences de l'individu (attention à la confusion entre compétence et résilience): il faut éviter, lorsqu'on cherche des facteurs de protection de la personne, de considérer la même caractéristique de la personne dans des fonctions différentes: voir dans la compétence tantôt un facteur qui protège de la maladie et tantôt un facteur qui résulte d'un développement protégé;
- 4) l'évidence de la priorité temporelle (attention au mélange de la cause et de la conséquence): le facteur protecteur devrait précéder dans le temps l'apparition du risque. Si l'on n'admet pas cette hypothèse au départ, on ne pourra jamais avoir la certitude qu'une caractéristique qui distingue des individus sous pression évoluant positivement ou au contraire négativement (et qui devrait par conséquent être interprétée comme un facteur de protection) est effectivement la cause de cette évolution et qu'elle n'en est pas uniquement la conséquence.

J'illustrerai mon propos par les résultats de l'étude que nous avons menée à Mannheim sur les enfants à risques. Il s'agit d'une étude longitudinale prospective réalisée sur un échantillon de 362 enfants. Elle porte sur les conséquences des complications de la grossesse et de l'accouchement

(risques biologiques précoces) et des conditions familiales précaires (risques psychosociaux précoces) sur le développement de l'enfant de la naissance à l'âge de la scolarité. Cette étude cherche à approfondir le rôle des facteurs de risques et des facteurs de protection.

Il s'agit de poser clairement le principe suivant: utiliser le concept de protection sans faire preuve de sens critique, c'est entraver le progrès des connaissances. D'autre part, la recherche de facteurs de protection n'est prometteuse de succès que si l'on examine les processus et les mécanismes qui font jouer les facteurs de risques et de protection.

Altavista: Wer sucht, der findet

von Holger Schmid

Wer im Internet nach Informationen fahndet, muss die richtigen Suchbefehle eingeben. Wir zeigen, wie Sie mit Altavista gezielt suchen können.

Altavista ist eine der grössten und beliebtesten Suchmaschinen im Internet. Aber was hilft es, wenn die Suche nach dem Begriff „health psychology“ (Eingabe mit Anführungs- und Schlusszeichen „“) 20'307 Treffer ergibt? Mit dem gezielten Einsatz der Funktionen von Altavista kann die Suche sinnvoll eingeschränkt werden.

Altavista: qui cherche trouve

Par Holger Schmid

Lorsqu'on recherche des informations sur Internet, il faut passer les bonnes commandes. Voici comment on peut s'y prendre pour cibler une recherche dans Altavista.

Altavista est l'un des principaux moteurs de recherche sur Internet et aussi l'un des favoris. Mais si vous introduisez le terme "psychologie de la santé", vous allez trouver 20'307 pages. Que faire? Les fonctions ciblées d'Altavista permettent d'affiner la recherche.

The screenshot shows the Altavista search engine interface in Microsoft Internet Explorer. The search bar contains the text "health psychology". Below the search bar, there are options for "Language: any language" and "Related Searches: - Clinical Health Psychology - What is health psychology?". The main content area features a "General Health Support" banner with the text "easy to Click here for information on General Health." and "mediconsult.com". Below the banner, there are navigation tabs for "IMAGES", "AUDIO", "VIDEO", "CATEGORIES", "THE WEB", "NEWS", "DISCUSSION GROUPS", and "SHOPPING". At the bottom, there is a "WEB PAGES" section with the text "AltaVista knows the answers to these questions: More Answers." and two questions: "Where can I learn about health psychology?" and "Where can I buy new books on Health, Mind & Body online?". There is also an advertisement for Amazon.com with the text "Save up to 50% amazon.com" and "Search: HEALTH... Save up to 50% Oprah's latest pick".

Plus (+) für den Suchbegriff, ein Minus (-) dagegen

Bei der Haupt-Suche (Main Search) von Altavista spielt die sonst üblichen Booleschen Verknüpfungen wie AND praktisch keine Rolle. Verwandt mit dem AND ist „+“. Vor ein Suchwort gesetzt, erzwingt das Pluszeichen das Vorhandensein eines Begriffs in den Trefferseiten. NOT und Minuszeichen (-) listen nur Seiten auf, die den genannten Begriff definitiv nicht enthalten.

Boolesche Verknüpfung

Hier genügt die Haupt-Suche nicht. Man muss die „Advanced Web Search“ aktivieren. Dort finden Sie mehrere Eingabefelder. Das erste, mehrzeilige nimmt die Suchwörter auf und berücksichtigt, anders als die einfache Recherche, echte Boolesche Verknüpfungen wie AND, OR, NOT, NEAR. Alle damit gefundenen Webseiten gibt Altavista unsortiert, ohne jede definierte Reihenfolge aus. Ordnung bringen Sie in die Ergebnisliste, indem Sie in das darunterliegende Feld weitere Stichwörter (durch Leerzeichen getrennt) eingeben.

Aktuelle Seiten finden Sie ebenfalls über die „Advanced Web Search“, in der zwei Datumsfelder den Zeitraum beliebig einschränken.

Komplexe Suchformeln gelingen mit Klammern

Das logische OR steht zwischen zwei Wörtern, von denen eines oder beide in den Trefferseiten auftauchen können. AND erzwingt dagegen das Vorhandensein beider Begriffe.

Wer komplexe Suchanfragen einsetzen will, sollte die Verknüpfungen mit Klammern einsetzen. Ein Beispiel:

```
((ressource OR prevention) AND "health psychology") AND NOT clinical)
```

=> Result: 1437 Pages found

Spezialparameter treffen Themen auf den Punkt

In Altavista ist die Suche anhand folgender Spezialparameter möglich:

„anchor:“	(Suchbegriff im Hyperlink-Text)
„applet:“	(Java-Applets)
„domain:“	(Toplevel wie etwa .org)
„host:“	(Seiten von einem Server)
„image:“	(Bildersuche)
„link:“	(Links zu einer Seite)
„object:“	(Active-X-Dateien)
„text:“	(Text)
„title:“	(Titelzeilen)
„url:“	(Text in Adresse)

Beispiel: +url:gesundheitspsychologie.de

Anhand dieser sehr gezielten Suche schränken Sie die Trefferquote entscheidend ein (in diesem Fall 1 Treffer). Und nun viel Spass bei der zukünftigen Suche.

Plus (+) pour obtenir la notion cherchée, moins (-) si elle ne doit pas forcément apparaître.

Pour la recherche principale (Main Search), les liens booléens usuels comme AND ne jouent pratiquement aucun rôle. Le "+" est apparenté au AND. Placé devant le terme correspondant à une recherche, le signe plus oblige le moteur à trouver des pages qui contiennent cette notion. En revanche, le signe NOT ou le moins (-) amène le moteur à faire apparaître des pages qui ne contiennent pas cette notion.

Les liens booléens

La recherche principale ne suffit pas. Il faut activer la recherche avancée "Advanced Web Search". Vous disposez pour ce faire de plusieurs champs d'entrée. Le premier comporte plusieurs lignes. Il enregistre les mots recherchés et, contrairement à la recherche simple, il tient compte des liens booléens comme AND, OR, NOT, NEAR. Altavista vous sortira toutes les pages web ainsi trouvées dans le désordre, sans classement. Pour mettre de l'ordre dans la liste des résultats, il vous faut introduire d'autres mots clés dans le champ inférieur (séparés par des espaces vides).

Vous trouverez également des pages d'actualité par le biais de "Advanced Web Search" où deux champs de dates permettent de limiter la période sur laquelle porte une recherche.

Formules de recherche complexes grâce aux parenthèses

Le lien logique OR se place entre deux mots dont l'un ou les deux peuvent apparaître dans les pages de résultats. L'insertion de AND implique en revanche la présence obligatoire des deux notions.

Pour se lancer dans des recherches complexes, il faudrait établir les liens à l'aide de parenthèses. Exemple:

```
((ressource OR prevention) AND "health psychology") AND NOT clinical).
```

=> Result: 1437 Pages found

L'introduction de paramètres spéciaux permet d'accéder à des thèmes précis

Dans Altavista, on peut utiliser les paramètres spéciaux suivants pour une recherche:

"anchor:"	(notion de recherche par lien hypertexte)
"applet:"	(Java-Applets)
"domain:"	(niveau supérieur comme par exemple .org)
"host:"	(pages d'un serveur)
"image:"	(recherche d'images)
"link:"	(liens d'une page)
"object:"	(fichiers actifs X)
"text:"	(texte)
"title:"	(lignes de titres)
"url:"	(texte de l'adresse)

Exemple: +url:gesundheitspsychologie.de

En ciblant ainsi votre recherche, vous réduirez considérablement le taux de résultats (dans le cas particulier un seul). Alors, beaucoup de plaisir dans vos futures escapades sur Internet!

Aufnahmereglement der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspsychologie (SGGPsy)

Version 19-4-97

Angenommen durch die 1. Generalversammlung der SGGPsy vom 19. April 1997

Gestützt auf 7 und 8 der Statuten der SGGPsy gelten folgende Bestimmungen für die Aufnahme von Mitgliedern:

1. Ordentliche Mitglieder

Als ordentliche Mitglieder werden in der Schweiz wohnhafte oder arbeitende Psychologinnen und Psychologen aufgenommen, die über einen **Universitätsabschluss im Hauptfach Psychologie** verfügen, der dem FSP-Standard entspricht, und die Bedingung a) oder b) erfüllen:

a) Eine zweijährige Berufserfahrung im Umfang mindestens eines Halbjahrespensums in einem der folgenden Berufsfelder:

i) **Berufserfahrung** in der Prävention, Gesundheitsförderung oder Gesundheitserziehung, beruflichen Rehabilitation, psychologischen Begleitung von Personen, welche an körperlichen Krankheiten leiden (nicht berücksichtigt werden Bereiche wie klassische Psychotherapie, kurative Tätigkeiten in der Psychiatrie u.ä.), öffentliches Gesundheitswesen.

ii) **Forschung oder Lehre im Bereich der Gesundheitspsychologie** (eine Lizentiatsarbeit in einem Kerngebiet der Gesundheitspsychologie entspricht einer einjährigen Erfahrung).

oder

b) Besitz eines **universitären Weiterbildungszertifikates in Gesundheitspsychologie** mit Nachweis einer einjährigen Berufserfahrung im Umfang eines Halbjahrespensums in einem Berufsfeld gemäss a)i).

2. Ausserordentliche Mitglieder

Als ausserordentliche Mitglieder können in der Schweiz wohnhafte oder arbeitende Personen aufgenommen werden, die eine der folgenden **Grundausbildungen** nachweisen:

a) einen universitären Abschluss im Hauptfach Psychologie (FSP-Standard)

b) einen universitären Abschluss mit Psychologie im Nebenfach

c) ein fortgeschrittenes Universitätsstudium im Hauptfach Psychologie mit Gesundheitspsychologie als Schwerpunkt

d) Abschluss am IAP Zürich,

und

über eine **mindestens einjährige Erfahrung** gemäss den Punkten 1a) oder 1b) des Reglementes verfügen.

3. Übergangsbestimmungen

Bei Personen, die sich bis 31. Mai 1997 für die Mitgliedschaft anmelden, kann der Vorstand für die Praxiserfahrung gem. Kriterien 1a) und 1b) gewisse Erleichterungen gewähren, nicht aber bezüglich der Grundausbildung.

Im Zweifelsfall ist der deutsche Originaltext dieses Reglementes massgebend.

Der Vorstand ist gehalten der Generalversammlung 1998 Bericht über die Anwendung des Reglementes zu erstatten und Vorschläge für allfällige Reglementsänderungen zu unterbreiten.

Règlement d'admission de la Société Suisse de Psychologie de la Santé (SSPsyS)

Version 19-4-97

Adoptée lors de l'Assemblée générale de la SSPsyS du 19 avril 1997

Basées sur les articles 7 et 8 des statuts de la SSPsyS, les dispositions suivantes sont applicables pour l'admission des membres:

1. Membres ordinaires

Peuvent être admis comme membres ordinaires des psychologues domiciliés ou exerçant en Suisse qui sont en possession d'une formation universitaire complète en psychologie répondant au standard FSP et qui remplissent les conditions définies sous a) ou b):

a) Une activité de deux ans, à 50% au moins, dans un des domaines suivants:

i) **Pratique professionnelle** dans la prévention, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, la réhabilitation professionnelle, l'accompagnement psychologique de personnes souffrant de maladies physiques (n'entrent pas en compte des activités professionnelles comme la psychothérapie classique, le travail curatif en psychiatrie, etc.) et la santé publique.

ii) **Recherche ou enseignement dans le domaine de la psychologie de la santé** (un travail de licence dans un domaine majeur de la psychologie de la santé est équivalent à une expérience d'une année).

ou

b) sont en possession d'un **certificat universitaire de formation continue en psychologie de la santé** et peuvent justifier d'une pratique professionnelle à mi-temps d'au moins une année dans les domaines spécifiés sous a) i).

2. Membres extraordinaires

Peuvent être admis comme membres extraordinaires des personnes domiciliées ou exerçant en Suisse qui sont en possession d'une **formation de base** dans un des domaines suivants:

a) diplôme universitaire avec la psychologie comme branche principale (standard FSP)

b) diplôme universitaire avec la psychologie comme branche auxiliaire

c) études universitaires avancées en psychologie comme branche principale avec la psychologie de la santé comme domaine prioritaire

d) diplôme de l'Institut für Angewandte Psychologie (IAP) de Zurich,

et

qui peuvent justifier **d'une expérience d'au moins une année** dans les domaines décrits sous 1a) ou 1b) du présent règlement.

3. Dispositions transitoires

Pour les personnes qui s'annoncent comme membres d'ici au 31 mai 1997, le Comité peut faire preuve d'une certaine flexibilité en ce qui concerne les critères définis sous 1a) et 1b), mais pas en ce qui concerne la formation de base.

En cas de doute, c'est le texte original en allemand qui fait foi.

Le Comité est tenu de soumettre un rapport sur l'application du présent règlement à l'assemblée générale de 1998 et de faire des propositions au sujet d'éventuelles modifications.

Adressen/ Adresses

Redaktionskomitee/ comité de rédaction

Bitte wenden Sie sich mit Beiträgen, Fragen, Anmerkungen an eine der untenstehenden Adressen:
Vous pouvez prendre contact, envoyer vos textes, questions, remarques, encouragements,... à une de ces adresses :

Maria Gili

Chemin du Martinet
1272 Genolier

Tel : 022 - 366 32 87

Fax: 022 - 776 66 83

Langues : Français, anglais

Martine Pfefferlé Murisier

Centre-médico-éducatif la Castalie
Chemin Champerfou 40

1870 Monthey

tél : 024 - 473 51 76

fax : 079 - 02 10 41 88

e-mail : martine.pfefferle@vs.admin.ch

Langue : Français

Dr. Holger Schmid

ISPA
Bd de Pérolles 30
1700 Fribourg

Tel : 021 - 321 29 53

Fax : 021 - 321 29 40

e-mail : hschmid@sfa-ispa.ch

Langue : allemand

Mitglieder des Vorstands/membres du comité

Président/ Präsident :

Prof. Dr. Hans-Dieter Schneider

Psychologisches Institut der Universität Freiburg
Route Faucigny 2

1700 Freiburg

tél. : 026 - 300 76 22

e-mail: hans-dieter.schneider@unifr.ch

Vice-présidente/ Vizepräsidentin :

Martine Rossel

Croix-Rouge suisse

École supérieure d'enseignement infirmier

Avenue de Valmont 30

1010 Lausanne

tél : 021 - 651 25 67

fax : 021 - 653 57 87

e-mail: martinerossel@yahoo.fr

Suppléante déléguée à la FSP/ Stellvertretende FSP-

Delegierter :

Nicole Bachmann

Abteilung für Gesundheitsforschung

Institut für Sozial- und Präventivmedizin

Niesenweg 6

3012 Bern

Tel.: +41 31 631 35 18

Fax: +41 31 631 34 30

email: bachmann@ispm.unibe.ch

Caissier / Kassierer :

Holger Schmid

ISPA

Avenue Ruchonnet 14

1001 Lausanne

Tel : 021 - 321 29 53

Fax : 021 - 321 29 40

e-mail: hschmid@sfa-ispa.ch

Detalliertes Mitgliederverzeichnis der SGGPsy

Liste détaillée des membres de la SSPsyS

Wünschen Sie Änderungen oder Ergänzungen oder finden Sie sich nicht in dieser Liste? Bitte kontaktieren Sie Holger Schmid, SFA-ISPA, Postfach 870, 1001 Lausanne, Tel. 021/321 29 53, Fax 021/321 29 40, email hschmid@sfa-ispa.ch

Souhaitez-vous introduire des modifications ou des adjonctions à cette liste ou n'y trouvez-vous pas votre nom? Contactez Holger Schmid, SFA-ISPA, case postale 870, 1001 Lausanne, tél. 021/321 29 53, fax 021/321 29 40, e-mail hschmid@sfa-ispa.ch

Das Verzeichnis folgt dem Aufbau:

- NAME
- Vorname
- Titel
- Institution
- Strasse
- Ort
- Tel.
- Fax
- e-mail
- Arbeitsbereich
- Postgrad-Ausbildung

Ordentliche Mitglieder der SGGPSY

- ANNEN
- Marie-Theres
- Dr.phil.
- Psychologische Praxis
- Luzernerstrasse 92
- 6330 Cham
- 041/780.75.06
- 041/780.75.06
- annen.mt@bluewin.ch
- 50%: psychotherapeutische Praxis. 50%: Schulung + Supervision im Gesundheits- + Bildungswesen
- Klinische Psych. /Person-zent. Ansatz; Gesprächs-Psycho-therapie/provokat. Ansatz
- BEUTTER
- Claudia
- lic.phil.
- SBB-PE-A-BB M426
- Schwarzstorstr. 97
- 3007 Bern
- 031/382.69.10
- claudia.beutter@sbb.ch
- Ausbildung, Diagnostik
- Statistik / Epidemiologie
- BRIEFER
- Jean-François
- Dipl.-Psych.
- Consultation Navigation (HUG)
- 35, rue des Pâquis
- 1201 Genève
- 022/716.55.99
- briefier-jean-françois@diogenes.hcuge.ch
- Toxicomanie et handicap mental. Déviance, exclusion sociale et troubles de la socialisation.
- Psychothérapie d'orientation psycho-dynamique, systémique et cognitive comportementale
- CALMONTE
- Roland
- Dr.phil.
- Bundesamt für Statistik/Sektion Gesundheit
- Schwarztorstr. 53
- 3003 Bern
- 031/324.75.64
- 031/382.95.92
- Roland.Calmonte@bfs.admin.ch
- Gesundheitszustand (der Schweizer Bevölkerung)

- CAMPAZZI
- Romano
- Dr. phil. et Dr. ped.
- STCA
- Via Orelli 29
- 6600 Locarno
- 091/751.78.78
- 091/751.78.78
- promozione della salute (alcolismo e altre tossicomanie); consulenza psicologica et di orientamento scolastico-professionale; pedagogia clinica e psicoterapia
- specialista in psicologia dell'infanzia e dell'adolescenza
- FSP; specialista in psicoterapia FSP
- CARRON
- Sybille
- lic.psych.
- Office cantonal AI du Valais
- Av. de la Gare 45
- 1920 Martigny
- 027/723.21.34
- 027/723.21.34
- Réadaptation professionnelle liée à des problèmes d'invalidité physique et psychique
- Examen psychologique
- CHRISTEN
- Stephan
- Dr.phil., MPH
- Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaft und Gesundheitsforschung ASG
- Kleindorfstrasse 12 G
- 8707 Uetikon am See
- Tel. 01-920 33 30
- Fax 01-920 33 85
- e-Mail asg@christen-sons.ch
- Psychiatrie, Alter, Arbeitsmarkt, Drogen, AIDS
- Dr. phil. 1986; MPH Basel, Bern, Zuerich 1996
- CODA
- Paola
- lic.phil. I
- ISPM
- Steinengraben 49
- 4051 Basel
- 061/267.65.11
- 061/267.61.90
- Paola.coda@bs.ch
- Gesundheitsförderung, Drogen-Aidsbereich
- Master of Public Health (in Ausb.)
- DANA KLAPUT
- Beata
- lic.psych.
- Escaliers du Marché 17
- 1005 Lausanne
- 021/323.04.41
- 021/311.39.03
- Les dépendances
- en cours de formation en thérapie Rogerienne formation de base en th.Gestalt

- EIRIZ
- Isabel, M.
- lic. phil.
- Appartenances
- Le Château
- 1374 Corcelles-sur-Chavornay
- 024/441 27 37
- 021/311 71 73
- appartenances@bluewin.ch
- Formatrice à l'association Appartenances, Lausanne ;
- Multiculturalité, Psychologie communautaire
- Certificat en Psychologie de la Santé

- ERNST
- Marie-Louise
- lic.phil.I
- Atelier für Organisations-beratung + Fortbildung
- Rohrmatt 21
- 3126 Kaufdorf
- 031/809.22.96
- 031/809.22.96

- Schulung und Fortbildung zu Themen der
- Gesundheitsförderung, Organisations- +
- Projektberatung, Evaluationen
- PGL Management in Nonprofit-Organisationen

- FELIX-LUSTENBERGER
- Reinhard
- lic.phil.
- Kantonspolizei Luzern
- Mühlehofstrasse 19
- 6210 Sursee
- 041/921.56.06
- 041/921.56.06
- rfelix@starnet.ch
- Schulung, Weiterbildung und Begleitung von
- PolizistInnen

- GEHRING
- Thomas Michael
- PD Dr. phil.
- Universität Zürich/Institut für Sozial- und
- Präventivmedizin
- Sumatrastrasse 30
- 8006 Zürich
- 01/634.46.22
- 01/634.49.62
- gehringt@ifspm.unizh.ch
- Leiter Fachbereich Methodik+Evaluation
- Psychotherapeut FSP

- GERBER
- Peter
- lic.phil. hist. Sozial-psych.FSP
- Wirtschaftsamt der Stadt Bern BWB
- Thunstr. 22
- 3005 Bern

- Psychologischer Berater im Erwerbslosen-Bereich für die
- Stadt Bern
- in Ausbildung zum "Systemtherapeuten" (Zentrum für
- System-therapie Bern)

- GERHARD
- Urs
- PD Dr. phil.
- Psychiatrische Universitätsklinik
- Postfach
- 4025 Basel
- 061/325.51.23
- 061/325.50.87
- Gerhard@ubaccu.unibas.ch
- Unfallprävention, Rückfallprophylaxe,
- Psychophysiologie, Diagnostik, Sozialpsychologie

- GILI-BOTFIELD
- Maria
- lic.psych.
- Collège de Terre Sainte
- en Rojalets
- 1296 Coppet
- 022/776.89.62
- 022/776.66.83

- Psychologie en milieu scolaire

- HELMINGER
- Andrée
- Dr. phil. I
- Psych. Institut/Abt. Sozialpsychologie
- Plättenstr. 14
- 8032 Zürich
- 01/634.49.31
- 01/634.21.17
- helmi@sozpsy.unizh.ch
- Sozialpsychologie: Lehre, Forschung, etc.

- HERMANN
- Ernst
- Dr.phil.
- Praxis au Claraplatz
- Claragraben 78
- 4058 Basel
- 061/683.03.11
- 061/683.03.19
- Hermann.Dubach@unibas.ch
- Beratung + Therapie, Supervision,
- Unternehmensberatung + Testentwicklung
- Verhaltenstherapeut SGVT, Klinischer Psychologe
- SVKP

- HORNING
- Rainer
- Prof. Dr. phil.
- Psych. Institut der Universität Zürich/Abt.
- Sozialpsychologie
- Rämistr. 66
- 8001 Zürich
- 01/634.22.81
- 01/634.49.32
- hornung@sozpsy.unizh.ch
- Gesundheitsverhalten, Prävention,
- Gesundheitsförderung, Evaluation

- JORDAN
- Marylène
- lic.psych.
- Office Educatif Itinérant
- Av. Ritz 29
- 1951 Sion
- 027/606.48.47

- Education Précoce
- Psychologie de la Santé

- JORIS LAMBERT
- Sylvie
- dipl.psych.
- Unité de Médecine et Psychologie du Trafic-IUML-
- CMU
- 9, Av. de Champel
- 1206 Genève
- 022/702.56.28

- Psychologie du trafic
- Psychologie de la Santé 1995/96 / Universités de
- Lausanne et Fribourg

- LIATTI
- Stefano
- lic. psych.
- Rue Schaub 3
- 1202 Genève
- 022 / 733.19.92
- 022 / 733.19.92
- liattimenendez@bluewin.ch
- Rééducation neurologique, réadaptation cardiovasculaire, traitement des troubles psychosomatiques, des dépendances et des dépressions.

- NUSBAUMER
- Gabriel
- lic. soc. et psych.
- Service de la santé publique
- Fbg des Capucins, 20
- 2800 Delémont
- 032/421.53.31
- 032/422.87.15
- gabriel.nusbaumer@span.ch
- santé publique – gestion des hôpitaux et EMS, soins à domicile, promotion de la santé
- certificat en psychologie de la santé

- OPPIZZI
- Luca
- lic.phil.
- Université de Lausanne/Institut de Psychologie
- BFSH 2 Dorigny
- 1015 Lausanne
- 021/692.32.90
- 021/692.32.65
- LucaOppizzi@ip.unil.ch
- Interactions humaines et transmission de connaissances en milieu médical
- Cours Erasmus en psych. de la santé/Doctorat en cours

- PFISTER-AUF DER MAUR
- Thomas
- lic.phil.
- pro juventute
- Seehofstrasse 15
- Postfach / 8032 Zürich
- 01/256.77.53
- 01/256.77.78
- thomas.pfister@projuventute.ch
- Gesamtkoordination Suchtpräventionsprogramm supra-f (BAG); Gesundheitsförderung (HSA Luzern); Supervision/Oe (TRIAS)

- PORCHERAY
- Michèle
- lic. psychologie
- 3, ch. de l'Anglais
- 1299 Crans
- 022/361.81.38
- 022/361.81.38
- mporcheray@dplanet.ch
- l'aide aux cancéreux et les proches: soutien psychologique
- certificat de formation continue en psychologie de la santé 92 et 94, 3^{ème} année de formation à l'approche systémique

- SAMANIEGO
- Miguel
- lic. psych.
- Hôpital Beau-Séjour
- 26, Av. Beau-Séjour
- 1211 Genève 14
- 022/382.38.76
- miguel.samaniego@hcuge.ch
- Soutien aux soignants et patients – familles de tociomanes
- Systémique Psychologie de la Santé

- SCHMID
- Holger
- Dr. phil.
- SFA-ISPA
- Case postale 870
- 1001 Lausanne
- 021/321.29.53
- 021/321.29.40
- hschmid@sfa-ispa.ch
- Drogenforschung: Alkohol, Tabak, illegale Drogen / Risikoverhalten Jugendlicher
- Weiterbildung zum Master of Public Health begonnen

- SCHNEIDER
- Hans-Dieter
- Prof. Dr.phil.
- Psychologisches Institut
- Rue de Faucigny 2
- 1700 Freiburg
- 026/300.76.22
- 026/300.97.12
- hans-dieter.schneider@unifr.ch
- Angewandte Psychologie
- Promotion

- SCHREIER
- Edith
- lic.phil.
- Ausbildungszentrum für Pflegeberufe
- Spital
- 3800 Interlaken
- 01/482.19.62
- Lehrerin für Gesundheitspsych., Anthropologie, Sozialpsych; Lernberatung
- Zertifikat für Gesundheitspsych. Uni Basel, Logotherapie + Existenztanalyse nach V. Frankl (i.A.)

- SIMMEL
- Ulrich
- lic.phil.
- KÖSTE/COSTE
- Eigerplatz 5 / Postfach
- 3000 Bern 14
- 031/376.04.01
- 031/376.04.04
- Koste@infoset.ch oder Coste@infoset.ch
- Stationäre Drogentherapie, Schweiz. Koordinationsstelle

- VALACH
- Ladislav
- Dr. phil.
- Therapiezentrum SRK
- Freiburgstr. 44a
- 3010 Bern
- 031/390.50.50
- 031/382.97.10
- Ladislav.Valach@insel.ch
- Forschung, Traumatalogie, Gesundheitsförderung
- Psychotherapie

- VOLLRATH
- Margarete
- PD Dr.phil.I
- Psychologisches Institut der Universität Zürich / Abt. Sozialpsychologie
- Rämistrasse 66
- 8001 Zürich
- 01/634.22.83
- 01/634.49.32
- vollrath@sozpsy.unizh.ch
- Stress, Bewältigung, Persönlichkeit, Gesundheitsverhalten

- WERLEN
- Egon
- lic.phil. I
- Psychologisches Institut
- rue de Faucigny 2
- 1700 Freiburg
- 026/300.76.60
- 026/300.97.12
- egon.werlen@unifr.ch
- HIV/Aids; chronische Krankheiten; Körper-Psyche;
- Dissoziation
- Ausbildung zum Psychotherapeuten

- WERNER
- Martin
- lic.phil.
- AGF, Uni Bern
- Niesenweg 6
- 3012 Bern
- 031/631.35.21
- 031/631.34.30
- werner@ispm.unibe.ch
- Gesundheitsförderung, Aidsprävention

- ZBINDEN
- Marius
- lic.phil.
- Psychologisches Institut
- rue de Faucigny 2
- 1700 Freiburg
- 026/300.76.59
- 026/300.97.12
- marius.zbinden@unifr.ch
- Lehre+ Forschung: Stress-, Persönlichkeits- +
- Gesundheitspsychologie
- Angefangene Psychotherapie-Ausbildung SGVT

Ausserordentliche Mitglieder der SGGPsy

- FABIAN
- Carlo
- lic.phil.I
- Psych. Institut / Universität Zürich / Abt. Sozialpsych.
- Rämistr. 66
- 8001 Zürich
- 01/634.22.85
- 01/634.49.32
- cfabi@sozpsy.unizh.ch
- Evaluationsforschung

- ROSSIER
- Jean-Marie
- DESS
- Fondation Phénix / Centre de Lancy
- 8, r. Communes-Réunies
- 1212 Grand-Lancy
- 022/794.83.00
- 022/794.83.50
- Toxicodépendance / Programme méthadone
- DESS Psychologie clinique et pathologique (Paris V)

