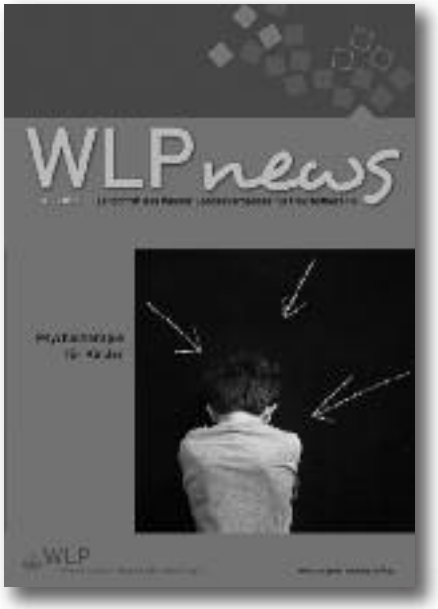
WLP news

4 | 2016 Zeitschrift des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie

Psychotherapie für Kinder

WLP
Wiener Landesverband für Psychotherapie

www.psychotherapie-wlp.at



4 I 2016

2 **Editorial**

Brief der Vorsitzenden 3

4 **Resolution des ÖBVP gegen „Ökonomisierung" der Krankenbehandlung**

Psychotherapie Ball „25 Jahre WLP" 4

5 **Österreichische Datenschutzbehörde empfiehlt Änderung des WGKK-Formulars für Psychotherapie**

8 **Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)**

Elternarbeit in der Kindertherapie 11

13 **Buchrezension**
Geschichten im Sand – Grundlagen und Praxis einer narrativen systemischen Spieltherapie

14 **Charakteristika und Besonderheiten von Supervision in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie**

Psychosoziale Einrichtungen in Wien stellen sich vor 18
Verein Tamar

5-jähriges Jubiläum „ganznormal.at" 21

Psychische Aspekte in der arbeitsmarktpolitischen Beratung 22

Get-together der AusbildungskandidatInnen 23

24 **Aktuelles aus den Bezirken**
Termine, Berichte

Das WLP-Team 28

Impressum:
Medieninhaber und Herausgeber:
Wiener Landesverband für Psychotherapie WLP
ZVR-Nummer: 910346914
DVR-Nummer: 3003139
Löwengasse 3/3/4, 1030 Wien
T: ++43/1/890 80 00
F: ++43/1/512 70 90-44
E: office@psychotherapie-wlp.at
www.psychotherapie-wlp.at

Redaktion: Eva Weissberg-Musil, Leonore Lerch, Dr. Gerhard Pawlowsky, Mag[a] Michaela Tomek
Anzeigen: Mag[a] Eva Lamprecht
Grafische Gestaltung: Mag[a] Gisela Scheubmayr/ www.subgrafik.at
Coverfoto: © shutterstock
Druck: Gröbner, Oberwart
Auflage: 1.300 Stück

Editorial

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

kaum ein Thema emotionalisiert so sehr wie das Thema „Kinder und Jugendliche". Wir alle waren selbst einmal Kind und Jugendliche/r, haben unsere Erfahrungen gemacht, Erziehung mehr oder weniger genossen, haben schöne Erinnerungen daran oder laborieren immer noch an Verletzungen. Wir sind also in diesem Sinn alle „ExpertInnen" für dieses Thema, egal ob wir mit Kindern und Jugendlichen therapeutisch arbeiten oder nicht, egal, ob wir selbst Kinder haben oder nicht.

Die Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen haben sich in den letzten 20 bis 30 Jahren sehr verändert: es gibt mehr Kleinstfamilien mit nur einem Elternteil, die Anpassungsleistung in Patchworkfamilien ist für alle Beteiligten nicht einfach, auch die Begegnungen innerhalb der Peer Group sind mit mehr Konkurrenzdenken und Aggression verbunden. Der Umgang mit den vielzitierten Sozialen Medien stellt eine völlig neue Anforderung dar, zu der heutige Eltern aus ihrer Kinder- und Jugendzeit keine Erfahrungen mitbringen. Nicht zuletzt die schwierige Situation am Arbeitsmarkt begünstigt Unsicherheit. Kinder und Jugendliche können das alles kaum allein bewältigen. Sie brauchen mehr Unterstützung – in einer Entwicklungsphase, in der sie aus dem Elternhaus drängen. Das führt zwangsläufig zu noch mehr Konflikten und Unruhe, und es werden mehr Kinder und Jugendliche unter diesen Rahmenbedingungen auffällig.

Die Betreuungsangebote sind zwar vielfältig und geradezu unüberschaubar, reichen aber trotzdem bei weitem nicht aus. Das heißt aber nicht, dass wir nicht zuversichtlich sein dürfen. In den nächsten Jahren werden die Bettenkapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgebaut und dem Ruf nach spezifischer Betreuung wurde auch insofern Rechnung getragen, als eine Professionalisierung durch Weiterbildungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erreicht wird. Derzeit sind vom BMGF 25 derartige Weiterbildungscurricula anerkannt worden.

Im vorliegenden Heft widmen wir uns zwar nicht nur, aber vorrangig dem Themenbereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Hermann Spielhofer beschäftigt sich in seinem Artikel, *Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*, mit Prävention, Ätiologie und diagnostischen Problemen von ADHS, und stellt unter anderem die spannende Frage, „wieweit die Gesellschaft zunehmend Normen und Anforderungen entwickelt, die den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen immer weniger entsprechen."

Gerhard Pawlowsky setzt sich mit dem Thema, *Elternarbeit in der Kindertherapie*, auseinander. Es ist ein spezielles Setting, weil neben den eigentlichen KlientInnen, dem Kind oder dem Jugendlichen, deren Bezugspersonen in den psychotherapeutischen Prozess eingebunden werden sollten. In einem weiteren Artikel bringt er uns, *Charakteristika und Besonderheiten von Supervision in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie*, näher.

Michaela Tomek zeigt uns in ihrer Rezension zu Wiltrud Brächters Buch, *Geschichten im Sand. Grundlagen und Praxis einer narrativen systemischen Spieltherapie*, wie in der Kombination von klassischer Sandspieltherapie und narrativen Konzepten Lösungen erarbeitet werden können.

Karin Weninger und *Monika Rauscher* setzen sich in ihrem Beitrag, *Psychische Aspekte in der arbeitsmarktpolitischen Beratung*, – sozusagen von der anderen Seite des Lebenszyklus betrachtet – mit der Generation 50+ auseinander.

Last but not least stellt sich der *Verein Tamar* in unserem aktuellen Heft vor, der sich in seinem mittlerweile fast 30-jährigen Bestehen auf die Beratung und Begleitung von sexuell missbrauchten Frauen, Mädchen und Kindern und deren Bezugssystemen spezialisiert hat.

Besonderes Augenmerk möchte ich auch auf den Artikel von *Leonore Lerch* über aktuelle Änderungen bei den Antragsformularen der Wiener Gebietskrankenkasse für Psychotherapie bzgl. Kostenzuschuss und Kostenübernahme lenken.

Anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie veranstalten wir am 13. Mai 2017 einen Psychotherapie Ball im Palais Schönburg. Wir freuen uns schon sehr auf dieses Fest und hoffen auf zahlreiche persönliche Begegnungen!

Ich wünsche Ihnen im Namen des gesamten Redaktionsteams angenehme Weihnachtsfeiertage und viel Erfolg für das Jahr 2017! ◆

Eva Weissberg-Musil
für das Redaktionsteam

Brief der Vorsitzenden

Leonore Lerch

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Mensch sein heisst Utopien zu haben.
Paul Tillich

Zum **Internationalen Tag der seelischen Gesundheit am 10. Oktober** setzte die Wiener Politik ein wichtiges Signal im Gesundheitsbereich:
Am 30. September brachte Rot-Grün im Wiener Landtag einen Resolutionsantrag zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ein, der einstimmig beschlossen wurde.

Wiener Landtagsbeschluss zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

Wien ist nun das sechste Bundesland nach Niederösterreich, Salzburg, Tirol, Kärnten und Steiermark, das sich zum Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung bekennt.
Wir freuen uns, dass wir mit Gesprächen im Vorfeld zur Entstehung des Landtagsbeschlusses beitragen konnten.
Bereits 2015 wurden die Psychosozialen Dienste (PSD) und der Krankenanstaltenverbund (KAV) mit der Erstellung des **Psychiatrisch-Psychosomatischen Versorgungsplans Wien „Zeithorizont 2030"** beauftragt, der 2017 abgeschlossen sein soll.

Resolution des ÖBVP gegen „Ökonomisierung" der Krankenbehandlung

In der Bundesvorstandssitzung am 26. November 2016 solidarisierte sich der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie mit der Österreichischen Ärztekammer und beschloss nachfolgende Resolution (S. 4) gegen die von der Gesundheitsverwaltung auf raschem Wege betriebene „Ökonomisierung" der Krankenbehandlung. Viele Elemente der Art. 15a-Vereinbarungen, die im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen den Ministerrat bereits passierten und im Dezember 2016 im Parlament beschlossen werden sollen, stehen in krassem Widerspruch zu den Interessen der Ärzteschaft, die in den geplanten Einschränkungen eine massive Verschlechterung hinsichtlich der Versorgung ihrer PatientInnen sowie ihrer Berufsausübung sehen.

Österreichische Dazenschutzbehörde empfiehlt Änderung des WGKK-Formulars für Psychotherapie

Der WLP hat am 8. Juli 2014 nach Inkrafttreten des neuen Antragformulars für Psychotherapie bei der Österreichischen Datenschutzbehörde ein Überprüfungsverfahren eingeleitet, das am 13. Juli 2016 mit einer Empfehlung der Datenschutzbehörde an die WGKK zur Änderung des Formulars beantwortet wurde. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Artikel auf S. 5.

Psychotherapie Ball „25 Jahre WLP"

1891 wurde die Ärztekammer Wien gegründet. Sie feiert im Dezember 2016 ihr 125-jähriges Jubiläum.
Wenngleich ein Jahrhundert weniger, darf der WLP aber doch mit Stolz auf 25 Jahre Berufsvertretung für Wiener PsychotherapeutInnen zurückblicken.

Anlässlich unseres 25jährigen Jubiläums möchten wir den **Psychotherapie Ball** wieder auferstehen zu lassen und laden sehr herzlich ein zu einem **„Tanz in den Mai"**...

Save the date:
Psychotherapie Ball „25 Jahre WLP"
Samstag, 13. Mai 2017
Palais Schönburg
Näher Informationen auf S. 4.

Ich wünsche allen KollegInnen, KooperationspartnerInnen und AkteurInnen im Gesundheitswesen einen schönen Jahresausklang, erholsame Feiertage und ein glückliches Jahr 2017!

Möge sich das Neue Jahr 2017 zum Wohle aller entwickeln ...

Mit besten Grüßen ...
Leonore Lerch

ÖBVP
Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

Resolution

Wien / Salzburg am 26. November 2016

Der Bundesvorstand des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie ist besorgt, dass folgende wertvolle Rechtsgüter der seit 65 Jahren grundsätzlich erfolgreichen ASVG-geregelten Krankenbehandlung durch die aktuell beabsichtigte Gesundheitsreform aufgehoben werden:

- BehandlerInnen-Sozialversicherungs-paritätische Entscheidungsfindung in den wichtigsten Krankenbehandlungsagenden
- Rechtsanspruch der Versicherten auf eine jeweils ausreichende, zweckmäßige und notwendige Krankenbehandlung durch Vertrags- und WahlärztInnen freier Wahl
- Kollektivvertragsaliquoter Gesamtvertrag zwischen BehandlerInnen und Versorgungseinrichtungen / Krankenversicherungsträgern
- Verordnungsrecht der BehandlerInnen und Behandlungsautonomie.

In diesem Sinne solidarisiert sich der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie mit der Österreichischen Ärztekammer und unterstützt deren Protest gegen die von der Gesundheitsverwaltung auf raschem Wege betriebene „Ökonomisierung" der Krankenbehandlung.

Das Präsidium und der Bundesvorstand des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP)

Österreichische Datenschutzbehörde empfiehlt Änderung des WGKK-Formulars für Psychotherapie

Leonore Lerch

Wir möchten Sie über einige Änderungen bei den Antragsformularen der Wiener Gebietskrankenkasse für Psychotherapie bzgl. Kostenzuschuss und Kostenübernahme informieren.

Ein Überprüfungsverfahren (Kontroll- und Ombudsmannverfahren gemäß § 30 DSG 2000) zur Datenermittlung von PatientInnen durch die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), das der Wiener Landesverband für Psychotherapie (WLP) am 8. Juli 2014 nach Inkrafttreten des neuen Antragformulars für Psychotherapie bei der Österreichischen Datenschutzbehörde (DSB) eingebracht hat, wurde am 13. Juli 2016 beantwortet mit folgender Empfehlung der DSB an die WGKK:

*„**1.** Die WGKK möge bei der Ermittlung von Gesundheitsdaten bei Betroffenen (Patienten in Psychotherapie), die mittels eines von der WGKK zur Verfügung gestellten Formulars einen Antrag auf Kostenzuschuss wegen Inanspruchnahme von psychotherapeutIscher Behandlung stellen, Folgendes berücksichtigen:*

***a.** Das Formular ist so zu gestalten, dass für den Betroffenen keine Zweifel darüber bestehen, dass er der WGKK eigene Gesundheitsdaten zur Verarbeitung durch die WGKK bekanntgibt;*

***b.** der Betroffene ist ausdrücklich darüber zu informieren, auf welche Rechtsgrundlagen sich die Datenverarbeitung stützt, und welche Folgen die Unterlassung der Beantwortung einer Frage haben kann; und*

***c.** der Betroffene ist über das Recht auf Widerspruch (§ 28 DSG 2000) sowie über die Bedingungen der Ausübung und mögliche Beschränkungen dieses Rechts zu informieren.*

***2.** Für die Umsetzung dieser Empfehlung wird eine F r i s t von d r e i M o n a t e n gesetzt.“*

Der Empfehlung der Datenschutzbehörde gingen mehrere Anfragen der DSB bei der WGKK zu den Punkten des Überprüfungsverfahrens voraus, zu denen die WGKK Stellung nahm.
Das Vorbringen der Beteiligten, der Verfahrensgang sowie die Gründe der BSB für diese Empfehlung können auf unserer Website nachgelesen werden unter:

Vergleich der Antragsformulare für den Kostenzuschuss 2014 und 2016

Die wesentlichen Änderungen befinden sich auf den Seiten 1 und 4 des Formulars, daher haben wir auch nur diese beiden Seiten abgebildet und auf die Abbildung der Seiten 2 und 3 des Formulars verzichtet.

Die WGKK hat uns am 9. November 2016 informiert, dass sie der Empfehlung der DSB nachgekommen sei und das Antragsformular 2014 geändert habe. Das Formular ist seit November 2016 online auf der Website der WGKK und liegt in den Wiener Versorgungsvereinen auf.

Durch das Kontrollverfahren, das der WLP bei der Datenschutzbehörde eingeleitet hat, und die Empfehlung der Datenschutzbehörde an die WGKK wur-

www.psychotherapie-wlp.at/mitgliederservice/krankenkassen/neues-antragsformular-wgkk

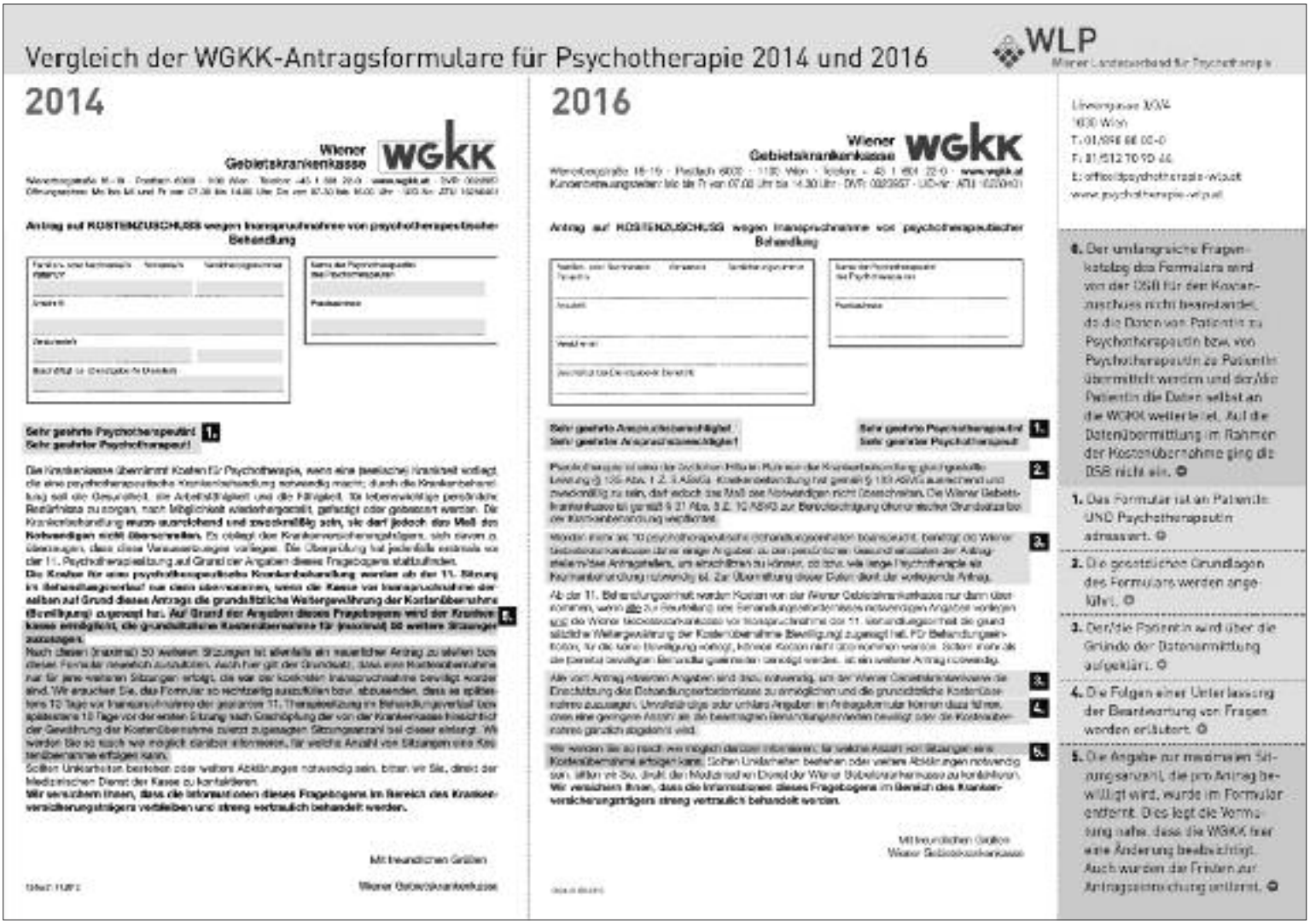
de eine **Rechtssicherheit hergestellt**, dass PsychotherapeutInnen, die das Antragsformular für Psychotherapie gemeinsam mit ihren PatientInnen ausfüllen, keine Verletzung des Datenschutzes begehen.

Offen bleibt die **Frage der Unverhältnismäßigkeit des umfangreichen 4-seitigen Fragenkataloges** des WGKK-Formulars, auf die die Datenschutzbehörde nicht näher einging. Es ist nicht nachvollziehbar, dass fast alle Österreichischen Krankenkassen nach wie vor das **2-seitige Standard-Formular** (oder Varianten mit geringen Modifikationen) verwenden, das von Hauptverband der Sozialversicherungsträger und ÖBVP entwickelt wurde – beispielsweise erledigt die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) die Antragsprüfung für Psychotherapie mit dem inzwischen nur mehr **1-seitigen OÖGKK-Formular** – und die Wiener Gebietskrankenkasse für die gleiche Aufgabe ein **4-seitiges Formular** benötigt.

Die WGKK begründet den Aufwand dieser umfangreichen Datenermittlung damit, dass sie zur Prüfung der mithilfe des Formulars beantragten Krankenbehandlung gemäß §133 Abs. 2 ASVG („Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“) ebendiese sensiblen Gesundheitsdaten benötige.

Die Diagnose des/r PsychotherapeutIn, dass eine seelische Störung mit Krankheitswert im Sinne des § 120 Abs. 1 Z. 1 in Verbindung mit § 133 Abs. 2 ASVG vorliegt sowie die Bestätigung des/r ÄrztIn, dass keine körperliche Krankheitsursache vorliegt, sei für die Wiener Gebietskrankenkasse nicht ausreichend.

Einschränkend auf die Überprüfung der WGKK wirkt die Vorgabe des Datenschutzgesetzes (DSG), dass eine Datenspeicherung nur zulässig ist, „soweit Zweck und Inhalt der Datenspeicherung von den [...] rechtlichen Befugnissen des jeweiligen Auftraggebers gedeckt sind und die schutzwürdigen Geheimhaltungsinteressen der Betrof-



Vergleich der WGKK-Antragsformulare für Psychotherapie 2014 und 2016

WLP Wiener Landesverband für Psychotherapie

2014

Wiener Gebietskrankenkasse WGKK

Antrag auf KOSTENZUSCHUSS wegen Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung

Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut! 1.

Die Krankenkasse übernimmt Kosten für Psychotherapie, wenn eine (seelische) Krankheit vorliegt, die eine psychotherapeutische Krankenbehandlung notwendig macht; durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, die lebenswichtigen persönlichen Beziehungen zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es obliegt der Krankenversicherungsträgern, sich davon zu überzeugen, dass diese Voraussetzungen vorliegen. Die Überprüfung hat jedenfalls spätestens vor der 11. Psychotherapiesitzung auf Grund der Angaben dieses Fragebogens stattzufinden.
Die Kosten für eine psychotherapeutische Krankenbehandlung werden ab der 11. Sitzung in Behandlungsverlauf nur dann übernommen, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme derselben auf Grund dieses Antrags die grundsätzliche Weitergewährung der Kostenübernahme (Bewilligung) zugesagt hat. Auf Grund der Angaben dieses Fragebogens wird der Krankenkasse ermöglicht, die grundsätzliche Kostenübernahme für (maximal) 50 weitere Sitzungen zuzusagen. 4.
Nach diesen (maximal) 50 weiteren Sitzungen ist ebenfalls ein neuerlicher Antrag zu stellen bzw. dieses Formular erneut auszufüllen. Auch hier gilt der Grundsatz, dass eine Kostenübernahme nur für jene weiteren Sitzungen erfolgt, die vor der konkreten Inanspruchnahme bewilligt worden sind. Wir ersuchen Sie, das Formular so rechtzeitig auszufüllen bzw. abzusenden, dass es spätestens 10 Tage vor Inanspruchnahme der geplanten 11. Therapiesitzung im Behandlungsverlauf bzw. spätestens 10 Tage vor der ersten Sitzung nach Einholung der von der Krankenkasse hinsichtlich der Gewährung der Kostenübernahme zuerst zugesagten Sitzungsserie bei dieser erfolgt. Wir werden Sie so rasch wie möglich darüber informieren, für welche Anzahl von Sitzungen eine Kostenübernahme erfolgen kann.
Sollten Unklarheiten bestehen oder weitere Abklärungen notwendig sein, bitten wir Sie, direkt der Medizinischen Dienst der Kasse zu kontaktieren.
Wir versichern Ihnen, dass die Informationen dieses Fragebogens im Bereich des Krankenversicherungsträgers vertraulich und streng vertraulich behandelt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Wiener Gebietskrankenkasse

2016

Wiener Gebietskrankenkasse WGKK

Antrag auf KOSTENZUSCHUSS wegen Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung

Sehr geehrte Antragstellerin! Sehr geehrter Antragsteller! 1.

Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut! 1.

2.

3.

4.

5.

Mit freundlichen Grüßen
Wiener Gebietskrankenkasse

Wiener Landesverband für Psychotherapie
1030 Wien
T: 01/996 88 00-0
F: 01/512 70 90-44
E: office@psychotherapie-wlp.at
www.psychotherapie-wlp.at

6. Der umfangreiche Fragenkatalog des Formulars wird von der OGK für den Kostenzuschuss nicht beanstandet, da die Daten von Patientin zu Psychotherapeutin bzw. von Psychotherapeutin zu Patientin übermittelt werden und der/die Patientin die Daten selbst an die WGKK weiterleitet. Auf die Datenübermittlung im Rahmen der Kostenübernahme ging die DSB nicht ein.

1. Das Formular ist an Patientin UND Psychotherapeutin adressiert.

2. Die gesetzlichen Grundlagen des Formulars werden angeführt.

3. Der/die Patientin wird über die Gründe der Datenermittlung aufgeklärt.

4. Die Folgen einer Unterlassung der Beantwortung von Fragen werden erläutert.

5. Die Angabe zur maximalen Sitzungsanzahl, die pro Antrag bewilligt wird, wurde im Formular entfernt. Dies legt die Vermutung nahe, dass die WGKK hier eine Änderung beabsichtigt. Auch wurden die Fristen zur Antragseinreichung entfernt.

fenen nicht verletzt werden" (§ 7 Abs. 1 DSG). Der durch die Datenspeicherung verursachte Eingriff in das Grundrecht auf Datenschutz darf **nur im erforderlichen Ausmaß und mit den gelindesten zur Verfügung stehenden Mitteln erfolgen (Verhältnismäßigkeitsgrundsatz).**

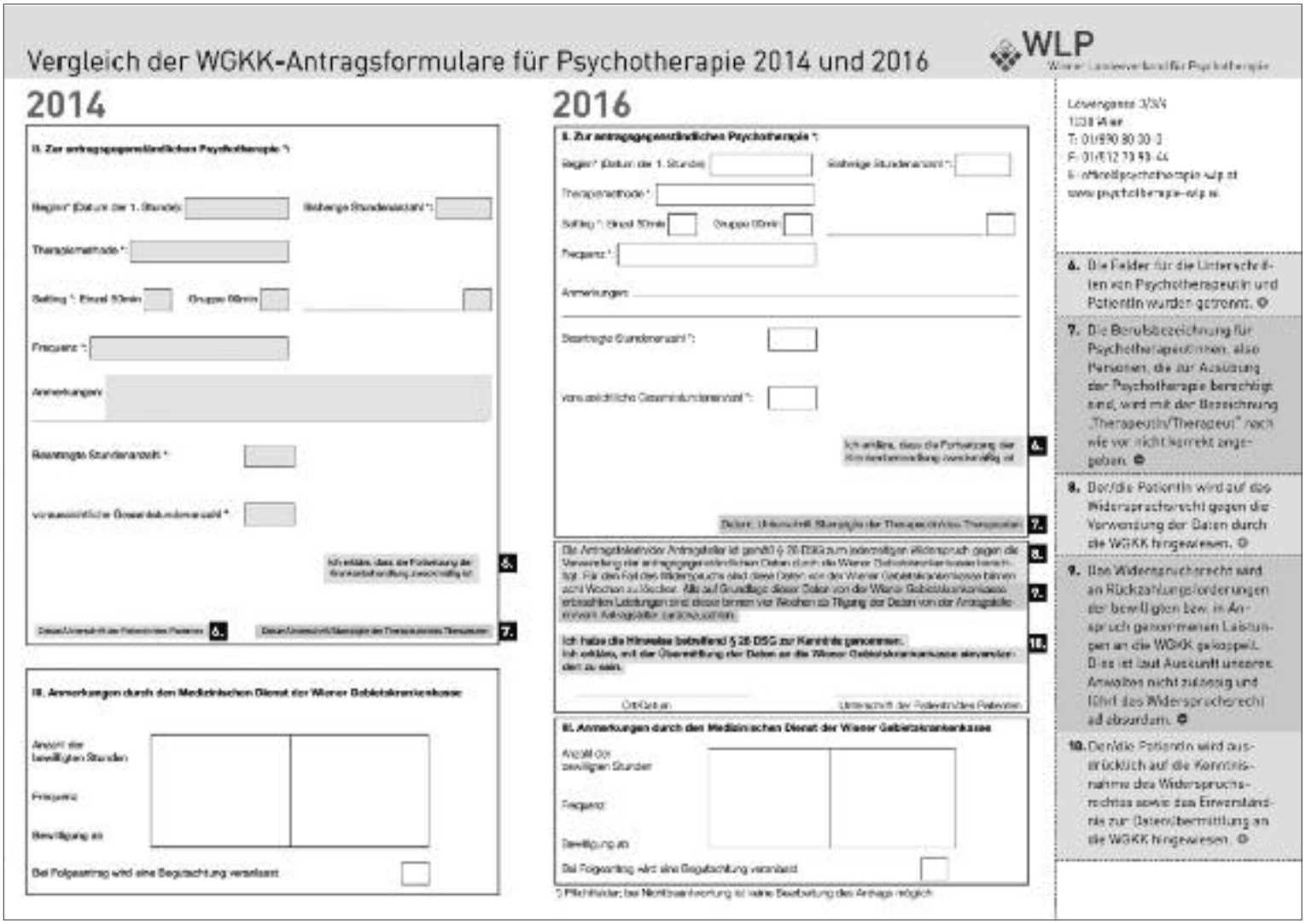
Für die **Speicherung von Daten die Psychotherapie betreffend** heißt das, dass nur Daten ermittelt werden dürfen, sofern diese „**für die gegenständliche Psychotherapie behandlungsrelevant**" sind.

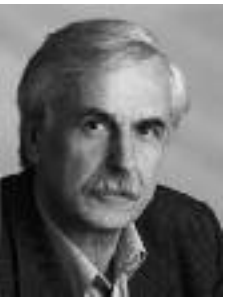
Dennoch können wir festhalten, dass **hinsichtlich der PatientInneninformation das Formular 2016 eine Verbesserung zum Formular 2014** darstellt. Der Hinweis auf die gesetzliche Grundlage des Formulars (§133 Abs. 1 Z. 3 ASVG), nach der **Psychotherapie im Rahmen der Krankenbehandlung der ärztlichen Hilfe gleichgestellt** ist sowie die Information zum Widerspruchsrecht des/r PatientIn, ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

Ob die Koppelung des Widerspruchsrechtes an Rückzahlungsforderungen bereits bewilligter und in Anspruch genommener psychotherapeutischer Leistungen der WGKK zulässig ist, lassen wir rechtlich prüfen.

Weiters verweisen wir auf das **Informationsblatt 8a der WGKK**, wonach sensible Daten zur Anamnese, Belastungsfaktoren, traumatische Ereignisse oder Angaben zur aktuellen Situation des/r PatientIn (Felder 1.8 und 1.9 des Formulars) **nur im Einvernehmen mit dem/r PatientIn** anzugeben sind. ◆

Für Wien relevante Krankenkassen-Formulare finden Sie im **Formular-Center auf unserer Website unter:**
www.psychotherapie-wlp.at/formular-center





Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Hermann Spielhofer

Es gibt kaum eine Erkrankung im Kindes- und Jugendalter, die öfter diagnostiziert und so kontrovers diskutiert wurde wie ADHS – Tendenz steigend. „Man muss in der Medizingeschichte weit zurück gehen", schreibt E. Seidler (2004), „um eine vergleichbar heftige Kontroverse wie die um die Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) zu finden". Hier stoßen sehr unterschiedliche, weltanschaulich gefärbte Auffassungen über „Krankheit", ihre Ursachen und Behandlung aufeinander. Obwohl diese Störung in den letzten Jahrzehnten objektiv nicht zugenommen haben soll, sind die Diagnostik sowie die Behandlungen, insbesondere die Verschreibung des Medikaments Ritalin, sprunghaft gestiegen (Bruchmüller & Schneider, 2012).

Dies hat sowohl mit einer zunehmenden Sensibilisierung und Aufklärung zu tun, wie auch mit den Sorgen der Eltern, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen dadurch Nachteile bei den Schulerfolgen haben könnten (so wurde Ritalin auch bei gesunden Kindern verschrieben, um deren Konzentration zu verbessern). Dabei geht es auch um die Frage, wieweit die Gesellschaft zunehmend Normen und Anforderungen entwickelt, die den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen immer weniger entsprechen. Das heißt, hier sind Fragen der kulturell geprägten Toleranz und der Lebensumstände angeschnitten; wie viel Bewegung, Lärm und Aggressivität gestehen wir den Kindern zu, wie sehr müssen sie sich disziplinieren und funktionieren?

Diagnostische Probleme bei ADHS

Die Diagnose ADHS ist auch insofern problematisch, da sie letztlich auf dem unscharfen Kriterium „sozial auffälliges Verhalten" beruht und sich über den zum Teil fragwürdigen Effekt einer Besserung der Symptomatik durch medikamentöse Behandlung legitimiert. Problematisch ist sie auch deswegen, da die Kernsymptome auch als normale Erscheinungen in den Entwicklungsphasen des Vorschul- und Schulalters auftreten und die Unterscheidung zwischen einer Variation der Norm und Auffälligkeit für Eltern und ErzieherInnen nicht immer einfach zu treffen ist. Daher gehen auch die Schätzungen über die Prävalenz dieser Störung bei Kindern und Jugendlichen auseinander und liegen zwischen 4,5% und 7%, wobei zwei Drittel davon Knaben bzw. männliche Jugendliche sind. (Riedesser 2006).

Für die Genese dieser Verhaltensstörungen sind neben einer konstitutionellen Komponente biographische und gesellschaftliche Faktoren maßgebend.

Laut dem diagnostischen Manual ICD-10 wird ADHS unter „hyperkinetische Störungen" geführt (F90.0). Leitsymptome sind notorische Unaufmerksamkeit, Konzentrationsschwäche, Impulsivität und motorische Unruhe. Die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit besteht darin, dass Aufgaben vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet werden. Die Kinder und Jugendlichen wechseln häufig von einer Tätigkeit zur anderen, wobei sie rasch das Interesse an einer Aufgabe verlieren, weil sie zu einer anderen hin abgelenkt werden.

Überaktivität äußert sich in exzessiver Ruhelosigkeit, in Zappeln, Herumlaufen, Lärmen und in einem Redefluss. ADHS manifestiert sich auch in Störungen des Sozialverhaltens, wie Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen, Missachtung sozialer Regeln oder Impulsivität. Die charakteristischen Auffällig-

keiten sollen schon vor dem 6. Lebensjahr auftreten und von längerer Dauer sein, sowie in mehreren Bereichen (Familie, Schule, Altersgruppe) auftreten. Des Öfteren wird auch das Kürzel AD(H)S verwendet, um darauf hinzuweisen, dass Aufmerksamkeitsstörungen mit oder ohne Hyperaktivität auftreten können.

Nach der neuen Ausgabe von DSM-5 sind für die beiden Bereiche, „Unaufmerksamkeit" und „Hyperaktivität" jeweils neun Verhaltensmuster angeführt, von denen 6 vorliegen müssen um eine Störung im jeweiligen Bereich zu diagnostizieren. Außerdem soll der Schweregrad der Störung (leicht, mittel, schwer) ermittelt werden, was für die Indikation von therapeutischen Interventionen von Bedeutung ist.

Ätiologie von ADHS

Für die Genese dieser Verhaltensstörungen sind neben einer konstitutionellen Komponente biographische und gesellschaftliche Faktoren maßgebend. Als eine Ursache werden oft die komplexen Anforderungen und Unsicherheiten der modernen Gesellschaft angeführt, die für viele Erwachsene eine Überforderung darstellen, was die stetige Zunahme von psychosomatischen Störungen, Burnout und Angsterkrankungen zeigt. Dies wirkt sich auch auf die Erziehung der Kinder aus. Nach R. Göppel (2013) hat eine Polarisierung stattgefunden: „Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen mag durchaus von den Wandlungen in den Erziehungshaltungen der Eltern profitieren. Bei einer kleineren Gruppe mit überforderten, desorientierten, desolaten Elternhäusern verdichten sich jedoch die Risikofaktoren in besonderer Weise". Immerhin hatte bereits Freud 1905 in seiner Arbeit, *Bruchstücke einer Hysterie-Analyse*, festgestellt, „dass wir in unseren Krankengeschichten den [....] sozialen Verhältnissen der Kranken ebensoviel Aufmerksamkeit schuldig sind wie den Krankheitssymptomen", was allerdings in der Folge wenig Berücksichtigung fand.

Es gibt weitgehende Übereinstimmung darüber, dass die Entwicklung stabiler psychischer Strukturen auf genügend gute empathische und stabile frühe Beziehungen angewiesen ist, die eine gute Regulierung von Bedürfnissen und Emotionen und deren Mentalisierung und Verbalisierung, ermöglichen. Vielfach werden auch ein zunehmendes Überangebot an Informationen und medialen Reizen (wie TV, Smartphone, Internet usw.) sowie erhöhte schulische und private Anforderungen, bei oft fehlenden Orientierungen und schützenden Strukturen in Schule und Familie, als Ursachen angenommen. Allerdings gibt es noch wenig konkrete Untersuchungen, zu diesen meist sehr pauschal angeführten, Einflüssen (Ahrbeck 2008). Obwohl bisher kaum Belege dafür gefunden worden sind, wurde nach wie vor unter großem Aufwand nach normativen und biologischen Erklärungsmustern für abweichendes Verhalten gesucht, um einfache, allgemeingültige, d. h. biologische Ursachen für problematisches Erleben und Handeln zu finden. So führten etwa Hinweise von Störungen der Transmitter (Botenstoffen) wie Dopamin oder Noradrenalin zu der Annahme einer genetisch bedingten somatischen Ursache sowie der Notwendigkeit einer pharmakologischen Therapie (Mattner, 2006). Dadurch ist bei vielen Eltern, LehrerInnen und ErzieherInnen die Hemmschwelle gegenüber dem Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern weggefallen, ja den Kindern die entsprechenden Psychostimulanzien vorzuenthalten, wird als Verweigerung ausgelegt, ihnen eine normale Entwicklung zu ermöglichen. Es ist außerdem sowohl für Eltern wie ErzieherInnen eine Entlastung, wenn das auffällige Verhalten von Kindern und Jugendlichen als somatisch begründete Krankheit definiert wird, die mittels Medikamenten behoben werden kann (Haubl & Liebsch, 2008).
Es soll hier allerdings nicht darum gehen, Medikamente grundsätzlich abzulehnen, da sie bei stark ausgeprägten Störungen hilfreich und notwendig sein können. Es bedarf jedoch einer sorgfältigen Anamnese und Abwägung sowie begleitender psychotherapeutischer und sozialpädagogischer Maßnahmen, zumal die Langzeitwirkungen noch kaum erforscht sind.

Es geht darum zu verstehen, welche (unbewussten) Botschaften die Kinder und Jugendlichen durch ihr Verhalten kommunizieren.

R. Haubl (2008) sieht in der ADHS allerdings kein klinisches sondern ein kulturhistorisches und soziales Problem, das sich in die Geschichte der modernen Nervosität einordnen lässt und die, epochentypisch gefärbt, in gesellschaftlichen Umbruchsituationen auftritt. Er schreibt diesbezüglich: „In den Symptomen ihrer Kinder bekommen die Erwachsenen die nicht intendierten, aber in Kauf genommenen Folgen eines Lebensstils zu spüren, den sie – wie notgedrungen auch immer – leben". Dies zu hinterfragen würde voraussetzen, „dass sich Erwachsene als Teil des Problems erkennen, anstatt auf biomedizinisch-psychiatrische Erklärungen und medikamentöse Interventionen zu setzen". Es geht darum zu verstehen, welche (unbewussten) Botschaften die Kinder und Jugendlichen durch ihr Verhalten kommunizieren. Die Fähigkeit, sich in Worten auszudrücken, ist gerade bei diesen Kindern oft unterentwickelt, weshalb es für Eltern und ErzieherInnen oft schwierig ist, deren Mitteilungen zu entschlüsseln, wodurch diese oft ungehört bleiben.
Die Behandlung von AD(H)S soll möglichst multimodal erfolgen, d. h. es sollen parallel mehrere Interventionsschritte gesetzt werden, wie psychosoziales

Training, Lernhilfen, Psychotherapie sowie Beratung der Eltern und des sozialen Umfeldes, und in schwerwiegenderen Fällen eine Psychopharmakotherapie (Ritalin, Medikinet usw.).

Frühprävention statt Medikalisierung – Die Frankfurter Prävalenzstudie

In Frankfurt wurde in den Jahren 2003 bis 2006 eine umfangreiche Studie durchgeführt, um abzuklären, ob ein zweijähriges Präventions- und Interventionsprogramm den Anteil der Kinder mit psychosozialen Anpassungsstörungen, vor allem mit ADHS im ersten Schuljahr auch ohne Medikamente statistisch signifikant senken kann, und welche unterschiedlichen Symptome sich hinter der Diagnose AD(H)S verbergen (Leuzinger-Bohleber et al., 2008). Es wurden dabei tausend Kinder (jeweils fünfhundert als Interventions- und Kontrollgruppe an jeweils 14 städtischen Kindergärten) herangezogen. Dabei ging man von der Annahme aus, dass der Bewegungsdrang zur Abwehr und Flucht vor eigenen unerträglichen Gefühlen dient. In der Therapie soll daher ein Raum geschaffen werden, in dem sich die Betroffenen diesen Gefühlen und Erfahrungen langsam nähern und sich damit auseinandersetzen können.

Als Ergebnis zeigte sich – ähnlich wie in den Vorstudien – dass die Aggressivität, die als ein wesentliches Symptom angesehen wurde, bei den Kindern der Interventionsgruppe gegenüber jenen der Kontrollgruppe statistisch signifikant abgenommen. Weiters zeigte sich, dass die Variable, „Ängstlichkeit" ebenfalls signifikant gesenkt werden konnte, was insofern von Bedeutung ist, als Aggressionen oft eine Abwehr von Angst darstellt. Auch hinsichtlich der Unterskala, „Hyperaktivität" der VBV-Skala zeigte sich ein statistisch signifikanter Rückgang, und zwar sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe, was damit erklärt wird, dass das Unruheverhalten in diesem Alter generell etwas abnimmt. Bei einer Differenzierung nach Geschlechtern zeigte sich allerdings eine signifikante Abnahme der Hyperaktivität nur bei Mädchen.

Dabei ging man von der Annahme aus, dass der Bewegungsdrang zur Abwehr und Flucht vor eigenen unerträglichen Gefühlen dient.

Diese Ergebnisse sind, nach Ansicht der AutorInnen, insofern erstaunlich, als es sich dabei nicht um eine Laborstudie, sondern um eine Feldstudie handelt, bei der mit einer Reihe von, zum Teil nicht kontrollierbaren intervenierenden, Variablen zu rechnen ist. Wenn sich trotzdem statistisch signifikant nachweisen lässt, dass sich die Kinder der Interventionsgruppe hinsichtlich der Anpassungsleistungen von der Kontrollgruppe unterscheiden, so zeigt dies, dass psychotherapeutische und pädagogische Interventionsprogramme auch ohne medikamentöse Therapie die soziale Integration verbessern. ◆

Dr. Hermann Spielhofer
Klinischer Psychologe, Personzentrierter Psychotherapeut, Gruppentherapeut, Supervisor
E: hermann.spielhofer@gmail.com

Literatur:

Ahrbeck B (2008). Erregte Zeiten, unaufmerksame und hyperaktive Kinder. *Psyche 7, 693–713*

Bruchmüler, K. & Schneider, S. (2012). Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. *Psychotherapeut, 1. 77–87.*

Göppel, R. (2013). Haben Kinder und Jugendliche größere emotionale Defizite und psychosoziale Störungen als früher? In; F. Dammasch & M. Teising (Hrsg.), Das modernisierte Kind. Frankfurt: Brandes & Apsel.

Haubl R (2008). Die Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsstörung als kulturgeschichtliches Phänomen. *Psychotherapie Forum 2, 85–91.*

Haubl R & Liebsch K (2008) Mit Ritalin leben. Zur Bedeutung der AD(H)S-Medikation für die Betroffenen Kinder. *Psyche 7, 673–692.*

Leuzinger-Bohleber M et al. (2008) Störungen der frühen Affektregulation: Klinische und extraklinische Annäherungen an ADHS. *Psyche 7, 621–653.*

Mattner D (2006). ADHS – die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In; Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther G (Hg.), ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Riedesser P (2006). Einige Argumente zur ADHS-Kontroverse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In; Leuzinger-Bohleber M, Brandl Y, Hüther G (Hg.) ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Elternarbeit in der Kindertherapie

Gerhard Pawlowsky

Über die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist zuletzt viel geschrieben worden. Zurzeit sind rund 25 Weiterbildungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vom BMGF anerkannt worden. Einige Weiterbildungen bieten auch Einführungen in das Gebiet der Mutter- und Säuglingspsychotherapie an.

Kinder sind abhängige Personen

Kinder sind abhängig von ihren Eltern oder Bezugspersonen. Das Kind wird in die Psychotherapie gebracht, weil seine Eltern auf irgendeine Weise mit ihm nicht mehr zurecht kommen; das Kind entscheidet sich nicht selbst für die Therapie. Nur selten kommt ein Kind aus eigenem Antrieb in die Psychotherapie (vielleicht im Fall einer Psychotherapeutin/Psychagogin/ Beratungslehrerin an der Schule). Das heißt, dass parallel zur Kindertherapie mit den Eltern bzw. Bezugspersonen gearbeitet werden muss, die die AuftraggeberInnen sind.

Die zu Beginn in der Regel fehlende eigene Entscheidung des Kindes hat eine weitere Konsequenz: Es sind einige Begegnungen mit dem Kind oder dem/r Jugendlichen erforderlich, um zu sehen, ob damit die Freiwilligkeit des Kindes/ Jugendlichen erreicht werden kann. Ist das nicht der Fall, ist eine Fortführung der Therapie nicht sinnvoll.

Im Erstgespräch und in weiteren Gesprächen mit den Eltern, oft nur der Mutter, sind einige wichtige Aspekte zu beachten:

- Eltern kommen mit ihrem Kind in die Psychotherapie, weil die Beziehung zum Kind nicht mehr stimmt. Sie empfinden das oft als ihr Versagen.
- Es ist daher wichtig, auch ein Erstgespräch über die Probleme der Eltern bewertungsfrei zu führen.
- Die Kindertherapeutin darf auch nicht zur Konkurrenz der Mutter werden. Es kränkt Eltern, wenn sich das Kind der Therapeutin gegenüber mehr als der Mutter gegenüber öffnet. Hier ist wichtig festzuhalten, dass die Spielsituation mit dem Kind, in der das Kind frei wählen kann, womit es spielen will, eine ganz andere als die häusliche Situation ist, in der auch Alltagserfordernisse erledigt werden müssen.
- Wenn auch die Frage auftaucht, ob eher das Kind oder die Mutter Unterstützung durch Beratung und/oder Psychotherapie braucht, so kommt die Mutter zuallererst in ihrer Funktion als Mutter zum Gespräch, nicht als Klientin, die für sich selbst Psychotherapie sucht.

Zur Entwicklung des Settings

Die früheste Form der Begleitung der Eltern wurde von Anna Freud geschaffen. Sie entwickelte in London in den 30er Jahren die psychoanalytische Child Guidance Clinic (in Wien das Institut für Erziehungshilfe), in der parallel zu der (damals fünf mal pro Woche stattfindenden) Kindertherapie (oder Kinderanalyse) die Eltern einmal pro Woche eine Erziehungsberatung erhielten. Die Trennung zwischen der Therapeutin für das Kind und der Beraterin der Eltern war damals sehr strikt, weil die Idee der Analyse die volle Abstinenz der Psychotherapeutin für einen Erfolg der Therapie mitverantwortlich sah.

In der personenzentrierte Schule wird auch früh von Kindertherapie berichtet (Axline 1947/2001, Dorfman 1951 in Rogers 1951/1972). Dort wird der Beziehung zu den Eltern zunächst wenig Aufmerksamkeit geschenkt, die Bedeutung für die Familie aber gesehen: „Hat das Kind auch nur eine geringe persönliche Veränderung durchgemacht, wird es von der Umgebung anders wahrgenommen und diese veränderte Wahrnehmung kann dazu führen, dass sich das Kind weiter verändert. Daher kann das Kind einen Veränderungs-Zyklus initiieren." (Dorfman 1951, S. 222)

In anderen Schulen der Psychotherapie gilt natürlich ebenfalls die volle Verschwiegenheit der Psychotherapeutin über das Geschehen in der Therapie auch gegenüber den Eltern/der Mutter, dennoch haben sich viele unterschiedliche Formen des Umgangs mit den Eltern/der Mutter herauskristallisiert, vor allem in der personen-/klientenzentrierten Psychotherapie.

Formen der Familientherapie als Weiterentwicklung der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie

Die Begegnung mit den Eltern beginnt bereits am Telefon, wenn sie ihr Kind zu einer Psychotherapie anmelden. Dabei kann man unterschiedlich vorgehen. Behr (2006) hat für die erste Begeg-

nung mehrere Varianten aufgelistet:

- Klassisch: Eltern und Kind, 3 Spieltermine und Testdiagnostik, dann ein Gespräch mit den Eltern.
- Kindzentriert: Eltern füllen einen Fragebogen aus, 2 Spieltermine, parallele Testdiagnostik durch eine andere Person, Gespräch mit den Eltern.
- Jugendlichenzentriert: Jugendliche/r allein, dann Jugendliche/r mit Eltern, 2 mal Jugendliche/r allein, fakultativ Gespräch mit Eltern und dem/r Jugendlichen.
- Elternzentriert: Eltern, Diagnostik mit dem Kind/Jugendlichen, Gespräch mit Eltern
- Familienzentriert: vom Beginn an mit der gesamten Familie.

Das Gemeinsame der ersten vier Varianten ist, dass es ein Erstgespräch mit den betroffenen Personen gibt, dann eine Kennenlernphase, in der geklärt wird, ob eine therapeutische Beziehung zustande kommt, und dann ein weiteres Gespräch zur Frage, ob eine Therapieindikation vorliegt und eine Therapievereinbarung geschlossen wird. In Österreich ist die Testdiagnostik für KlientInnen nur dann obligat, wenn ein Vollkostenersatz der Krankenkasse beansprucht wird, in allen anderen Fällen vielleicht sinnvoll, aber nicht vorgeschrieben.

In diesen Modellen zur ersten Begegnung ist teilweise schon die folgende Vorgangsweise vorgebahnt. Aus der Sicht personen-/klientenzentrierter Psychotherapie ist eine in größeren Abständen vorgesehene Aussprache mit den Eltern durch den/die behandelnde PsychotherapeutIn sinnvoll; Vorsicht ist nur dann geboten, wenn bei den Eltern selbst eine klare Psychotherapieindikation vorliegt.

Als Modelle sind dann neben der klassischen Kinderspieltherapie mit Elternbegleitung verschiedene Formen der Familientherapie zu nennen, in denen die Elternarbeit einen noch größeren Raum einnimmt (vgl. Marksteiner 2016):

- Klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien (Schmidtchen 1991), in der Setting nach Bedarf gewählt wird;
- Familientherapie in der Familie selbst, in der mit dem Kind und/oder mit Eltern und Kind gespielt und danach darüber gesprochen wird (Kemper 1997);
- Familientherapie in der Praxis, in der die Idee der systemischen Familientherapie mit dem personenzentrierten Ansatz verbunden wird, d.h. es wird das System beachtet und eingebunden, doch steht die Einzelperson immer im Fokus (Gaylin 2002);
- Filialtherapie, in der die therapeutische Arbeit in leichteren Fällen auf die Eltern ausgelagert wird (Guerney, im deutschen Sprachraum Goetze 2002)
- Interaktionelle Familientherapie (Behr 2012), in der auch mit der ganzen Familie gearbeitet wird, die Therapeutin aber „prozess- und interaktionsaktivierend" (ebda, S. 71) auftritt und zugleich die Neutralität manchmal zugunsten des Kindes verlassen kann, um die Muster der familiären Reaktionsweisen aufzuzeigen.

Resümee

Auch in anderen Schulen – vielleicht überwiegend der humanistischen Psychotherapie – wird der Elternarbeit zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt. Die Eltern- und Umfeldarbeit parallel zur Kindertherapie bezieht dabei häufig die Bindungstheorie mit ein, die neben der fachspezifischen Ausrichtung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie inzwischen theoretisch mehr berücksichtigt wird.

Das entscheidende Kriterium für den Erfolg der Psychotherapie ist nicht allein die Beziehung der Psychotherapeutin zum Kind/Jugendlichen, sondern ebenso die Einbindung der Eltern zur Schaffung eines grundsätzlichen Verstehens dessen, was Therapie bedeutet, und damit auch zur Aufrechterhaltung eines stabilen Rahmens der Therapie. Eltern können von ihren Kindern viel lernen, dort, wo das in der Vergangenheit nicht der Fall war und es zu Schwierigkeiten in der Beziehung zum Kind gekommen ist, wird die Einbindung der Eltern in den Gesamtprozess der Therapie auch wirksam werden. ◆

Gerhard Pawlowsky
1943, Psychoanalytiker und personenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis, Lehrbeauftragter an der Universität Wien, Mitglied des Psychotherapie- und des Psychologenbeirats beim BMGF, stv. Vorsitzender des WLP

Literatur

Axline, Virginia (1947). Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. E. Reinhardt: München. Basel (200210).

Behr, Michael (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. In Person 2 (2006), S. 108–117.

Behr, Michael (2012). Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Hogrefe: Göttingen.

Dorfman, Elaine (1951). Spieltherapie. In: Carl R. Rogers (1951). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, S. 219–254. Kindler TB 2175: München (1972).

Gaylin, Ned. L. (2002). Der Personenzentrierte Ansatz in der Familientherapie. In: Wolfgang Keil, Gerhard Stumm. Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie, S. 319–333. Springer: Wien.

Goetze, Herbert (2002). Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Kemper, Franz (1997). Personenzentrierte Familien-Spieltherapie – Am Beispiel einer Familie mit einem zähneknirschenden Knaben. In C. Boeck-Singelmann et al. (Hrsg.). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 2. S. 71–134. Hogrefe: Göttingen.

Marksteiner, Romana (2016). Die Einbindung der Eltern in die personenzentrierte Kinder- und Jugendpsychotherapie – Formen der Familientherapie. Unveröff. Abschlussarbeit der Ausbildung in personenzentrierter Psychotherapie.

Schmidtchen, Stefan (1991). Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Psychologie Verlags Union: Weinheim.

Buchrezension

Wiltrud Brächter: Geschichten im Sand

Grundlagen und Praxis einer narrativen systemischen Spieltherapie

Wiltrud Brächter arbeitet seit vielen Jahren als systemische Familientherapeutin mit Gestaltherapeutischen, psychoanalytisch-systemisch-therapeutischen sowie hypnotherapeutischen Konzepten im Bereich der Spiel- und Familientherapie in Deutschland.
Den im Buch behandelten therapeutischen Ansatz beschreibt sie selbst derart: „Narrative Therapie greift die Geschichten der Kinder auf, die sie im Spiel präsentieren. Sie unterstützt sie dabei, „eingefrorene" Geschichten wieder in Gang zu bringen und Lösungen zu erspielen". In ihrem Buch stellt sie Vorgangsweisen vor, die die klassische Sandspieltherapie mit narrativen Konzepten verbindet. „Oft wissen die Hände ein Geheimnis zu enträtseln, an dem der Verstand sich vergebens mühte", so C. G. Jung. Eben auf dieser Überlegung baut auch das Konzept von Brächter auf.

Das Buch besteht aus drei Teilen (Teil 1: Grundlagen, Teil 2: Methodisches Vorgehen, Teil 3 Praxisfelder). Nach kurzer Darstellung der geschichtlichen Entwicklung dieser Therapieform beschreibt sie die wesentlichen Prämissen, welche Bezug auf ein systemisches Grundverständnis liefern, und wie sich systemische Sandspieltherapie von anderen spieltherapeutischen Ansätzen unterscheidet. Zudem bringt sie dem/r LeserIn das narrative Konzept der Externalisierung näher und zeigt ihre Einbindung in die Sandspieltherapie mit Kindern. Besonders hilfreich fand ich unter anderem auch Brächters konkretes Auflisten der Ausstattung mit den erforderlichen Basismaterialien, teilweise in Anlehnung an Jungs Archetypenlehre. Im wesentlichen wird eine Box mit Sand, verschiedene zahme und wilde Tiere, Menschenfiguren mit unterschiedlichen Berufen und in verschiedenem Alter und Geschlecht sowie Landschaftselemente, wie blaue Folie, rotes Krepppapier, Steine und Zweige benötigt. Dies und die vielen Praxisvignetten machen es dem/r PsychotherapeutenIn leicht, sich mit Hilfe des Buches an die Therapiemethode heranzuwagen. Den wesentlichen Unterschied zur klassischen Sandspieltherapie bildet der Verzicht auf Bewertungen und Deutungen. Stattdessen wird das Kind mit einer neugierigen Haltung des/r TherapeutenIn und mit dialogischem Erkunden motiviert, seine eigene individuelle Geschichte zu erzählen. Durch Impulse zur Weiterführung des Sandbildes in eine Erkundung zu einer Lösungsrichtung begleitet der/die PsychotherapeutIn einen eigenen inneren Suchprozess zu möglichen Entwicklungen. Tempo und Lösungsrichtung werden an der Seite des Kindes akzeptiert und ihm auch selbst zugetraut.

Viele Praxisbeispiele zeigen Brächters methodisches Vorgehen sowie auch Lösungsansätze bei besonders schwierigen Situationen, wie zum Beispiel scheinbar nie endend wollend aggressive Kämpfe. Die Autorin geht auf die Einbindung und Abgrenzung zum Elternsystem ein und zeigt auch die Anwendung der Methode in der Familientherapie sowie in der Gruppentherapie.

Zum Abschluss des zweiten Teils bringt Brächter viele Ideen zum Einbinden von und Kombinieren mit Rollenspielen, Handpuppen sowie kreativen Medien, wie Malen, Cartoontherapie, Ressourcenbrett, Bildkarten, Visualisierungen oder Ton. Im dritten Teil zeigt sie Praxisfelder aus diesen Bereichen: Zugang zu der Sicht des Kindes, Unterbrechung von Misshandlung und Gewalt, narrativer Traumabegegnung in der Spieltherapie, Neu-Spielen schwieriger Lebensgeschichten, Geschichten zu AD(H)S, Musterunterbrechung, Stabilisierung sowie Wege aus Wut und Verzweiflung.

Insgesamt fand ich das Buch sehr praktikabel, hilfreich und motivierend, sodass ich kurz darauf meine Praxis mit diesem Tool ausstattete und in die Psychotherapie von Kindern, und teilweise auch Jugendlichen, mit einbinden konnte. Die durch die Externalisierung behutsame Einbindungsmöglichkeit der Eltern eröffnet diesen ein neues Verständnis ihrer Kinder sowie weitere Kommunikationswege und selbstorganisierte Entwicklungsprozesse in der Arbeit mit der gesamten Familie. Die einzelnen Therapieeinheiten und Sandbilder (Lösungsbilder) fotografiere und sammle ich für das Kind in einem kleinen Heft, wo jedes der Bilder und Geschichten auch einen vom Kind formulierten Titel bekommt. Zum Abschluss der Therapie erhalten die Kinder ihre Geschichten und somit den Therapieprozess mit einem abschließenden Kommentar von mir im Heft überreicht.

Alles in allem ein verständliches und leicht zu lesendes Praxisbuch für PsychotherapeutInnen, die mit Kindern arbeiten und darüber hinaus auf der Suche nach behutsamen Wegen zur Einbindung des Elternsystems sind.

Michaela A. Tomek

Wiltrud Brächter
Geschichten im Sand
Grundlagen und Praxis einer narrativen systemischen Spieltherapie
ISBN 978-3-89670-744-4
Carl-Auer Verlag, Heidelberg 2010
240 Seiten, 29,95 EUR

Charakteristika und Besonderheiten von Supervision in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie[1]

Gerhard Pawlowsky

In der Arbeit mit Kindern kommen PsychotherapeutInnen häufig auch mit ihrem „inneren Kind" und mit Emotionen aus der eigenen Kindheit in Kontakt. In manchen Fällen kann es sogar vorkommen, dass die PsychotherapeutInnen durch die eigenen aktivierten kindlichen Emotionen so mit dem zu behandelnden Kind verstrickt sind, dass die Therapie ohne Supervision nicht professionell weitergeführt werden könnte. Die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Supervision liegt auf der Hand. Allerdings stellen sich noch die Fragen, wie Supervision der personenzentrierten Kinderpsychotherapie wirkt und was genau erfolgreiche Supervision ist.

Supervision ist grundsätzlich auf die Wiederherstellung der psychotherapeutischen Kompetenz des/r SupervisandIn gerichtet, die sie vorübergehend als beeinträchtigt erlebt (oder die von anderen als beeinträchtigt erlebt wird.) Dieser Punkt wirft eine zusätzliche Fragestellung auf, die in diesem Beitrag nicht bearbeitet werden soll, die Frage danach, ob auch Themen angesprochen werden sollen, die für den/die SupervisandIn aktuell keine Themen sind. Der Autor sieht davon ab, es sei denn, sie dienen zur Verhütung schwerer ethischer Verfehlungen oder eines Missbrauchs.

Ausgehend von persönlichen sehr positiven Erfahrungen mit einer seit Jahren bestehenden Supervisionsgruppe von personzentrierten und systemischen Kindertherapeutinnen und der Annahme, dass immer nur ein Teil der Person des/r SupervisandIn betroffen ist, sowie das Erfordernis der Übersetzung von Spiel in Sprache, stellt der Autor die These auf, dass wenngleich es klare Charakteristika personzentrierter Supervision gibt, SupervisandInnen aus unterschschiedlichen psychotherapeutischen Schulen voneinander profitieren können.

Charakteristika personenzentrierter Supervision

Zur Beschreibung der Bestimmungsstücke der Supervision personenzentrierter Psychotherapie sollen zwei unverzichtbare Quellen herangezogen werden: Ein Interview mit Carl Rogers (Hackney & Goodyear, 1982), und Anna Auckenthalers Auseinandersetzung mit Supervision (Auckenthaler, 1995). Zunächst zu Carl Rogers.

- Das Ziel der Supervision bei Rogers ist das therapeutische Selbstvertrauen des/r PsychotherapeutIn zu stärken, und ebenso ein besseres Verstehen ihrer selbst und des psychotherapeutischen Prozesses zu ermöglichen. Dazu ist – ähnlich der therapeutischen Situation – notwendig, die Gefühle des/r SupervisandIn näher zu erforschen. So ist es verständlich, dass Rogers Supervision und Psychotherapie auf einem Kontinuum angesiedelt sieht; Supervision ist dann manchmal mehr auf die Gefühle der Supervisandin hinsichtlich des/r KlientIn, manchmal mehr auf die Person der Supervisandin selbst bezogen. Je näher man den unmittelbaren Gefühlen der Supervisandin sei, um so hilfreicher die Supervision (bald nach der erfolgten Psychotherapiesitzung sei besser als erst kurz vor der folgenden, da seien die Gefühle der Supervisandin noch viel unmittelbarer vorhanden).
- Auch in der Supervision stehen so die grundlegenden personenzentrierten Haltungen im Vordergrund. Aber Rogers merkt auch an, dass er sich in der Supervision – im Unterschied zur Psychotherapie – freier fühle, mitzuteilen, wie er selbst in der von der Supervisandin geschilderten Situation gehandelt hätte. Das Setting der Supervision ist ein anderes als das der Therapie.

  Anna Auckenthaler charakterisiert personenzentrierte Supervision – unter Verwendung von Transkripten einer Supervisionsgruppe – meist phänomenologisch, greift aber dann auch Verhalten und Technik als Vordergrund der Haltungen auf:
- Die Supervisorin äußere sich „fordernd und unbedrohlich", „kritisch, aber nicht kritisierend", es gehe um Anregungen zum Weiterdenken, um die Konfrontation mit dem „Suboptimalen".

  Sie greift die Worte einer Supervisandin pointierend auf: „Für Sie war's aber auch zu viel." Und sie knüpft an dieses Beispiel genuin rogerianischen Aufgreifens und Hervorhebens einer Äußerung der Supervisandin die Idee der interaktionellen Ausarbeitung von Problema-

1 Der Aufsatz erschien 2013 bereits in der Zeitschrift „Person".

tisierungen an, die Idee, dass das Problem der inkongruenten Gefühle der Supervisandin im Dialog erarbeitet wird.

- Eine andere Intervention war weniger wirksam; die Supervisandin antwortete: „Wenn das noch ein paar Mal so ist, werd' ich sicherlich nachfragen." Auckenthaler spricht von der Kunst des Supervisors, warten zu können.

Supervision in der Kindertherapie braucht Einfühlung in den/die SupervisandIn und das Kind

Die genannten Charakteristika personenzentrierter Supervision müssen auch in der personenzentrierten Kindertherapie gelten. Supervision von Kinderpsychotherapie hat aber noch mehr zu leisten:

- Sie erfordert den Schritt doppelter Übersetzungsarbeit: das Einfühlen in den/die SupervisandIn und das Einfühlen in das Kind auf dem Wege des Hineindenkens in die Interaktion zwischen beiden (und die Übertragung der Bedeutung des Mediums Spiel in Sprache).

Hierzu ein vom Autor persönlich erlebtes Beispiel aus der „Werkstatt" Carl Rogers.
Im Laufe eines Workshops mit Carl Rogers 1984 bat eine Psychotherapeutin um Supervision (in der Gruppe) und sprach von einem Kind, das sie in Psychotherapie hatte. Das Kind äußerte schreckliche Phantasien, die ihm sehr viel Angst machten. Die Psychotherapeutin war selbst zutiefst erschreckt von den paranoiden Gedanken des Kindes und überlegte, die Psychotherapie des Kindes aufzugeben, weil sie befürchtete, dem Kind überhaupt nicht helfen zu können. Das Gespräch in der Gruppe war zunächst auf die Erkundung der Situation gerichtet, dann auf die Gefühle der behandelnden Psychotherapeutin. Nach einer Weile sagte Rogers sehr bewegt: „Aber wie unglaublich befreiend wäre es für das Kind, wenn es jemand einmal durch seine bedrohenden Phantasien hindurch begleiten könnte." Ich weiß nicht mehr, wie die Supervisionssequenz zu Ende ging, weil ich damit beschäftigt war, über Rogers' Reaktion nachzudenken. Diese Replik entsprach doch gar nicht seinem Stil. Ich hatte erwartet, dass er (auch) auf die Empfindungen der Psychotherapeutin eingehen würde, er antwortete aber auf meine Frage, warum

er so geantwortet habe (nach der Sitzung) nur: „It came to my mind." Ich vermute heute, dass er in seiner intuitiven Reaktion

- den Anteil der Psychotherapeutin ansprach, in welchem sie den Phantasien des Kindes standhalten wollte, und sie so einschätzte, dies auch zu können,
- sich einen Augenblick mit der paranoiden Angst des Kindes identifizierte,
- und daraus probeweise formulierte, was das Kind sich wünschen und was ihm helfen könnte, obwohl es das nicht explizit formulierte.

Wie Rogers, so handle auch ich als personenzentrierter Psychotherapeut und Supervisor sehr intuitiv, mein Anspruch ist aber, mein Handeln begründen zu können. Ich suche also weiter, wie wir das Besondere, das wirksame Agens der Supervision zur personenzentrierten Kinderpsychotherapie beschreiben können.

Die Affektabstimmung als Bindeglied zwischen Psychotherapie und Supervision

Für die Entwicklungsphase des Kleinkinds zwischen 7/9 bis 15/18 Monaten postuliert Stern in seiner Theorie des „senses of the self" (Stern 1985/1992) die Affektabstimmung („affect attunement") zwischen Mutter und Kind als charakteristische Entwicklungsbewegung. Als Vorgang, in dem das Kind in seinem Tun von der Mutter stützend und bestärkend begleitet wird, so dass es die eigene Aktivität genießen und ausbauen kann. Dabei werden Affekte crossmodal ausgetauscht und verstanden, es ist ein ständiges Wechselspiel zwischen Mutter und Kind, an dem beide ihren eigenen initiativen Anteil haben. Die Mutter kann sich dabei ohne Absichten am Tun des Kindes freuen oder auch, wo erforderlich, lenkend, d.h. stimulierend oder beruhigend, eingreifen; die Abstimmung der Affekte findet in jedem Fall statt. In diesem Zusammenhang spricht Kohut (1976) vom „Glanz im Auge der Mutter" (Kohut 1976, S.141).

Die Affektabstimmung stellt eine ausgezeichnete Metapher für das dar, was

in jeder Psychotherapie geschieht. Sie ist eine noch bessere Metapher für das, was in der psychotherapeutischen Beziehung in einer Kindertherapie geschieht, vor allem deshalb, weil diese Abstimmung offenbar ein sehr grundlegender und im Leben immer wieder

vollzogener Vorgang ist, um genuin Gefühle einzuordnen, so dass über sie verfügt werden kann. Ein Vorgang, der in seiner Struktur dem allerersten, noch nonverbalen, sozialen Austausch der Gefühle gleichberechtigter Personen entspricht (vgl. hierzu auch Behrs Konzept der Interaktionsresonanz z.B. Behr & Hölledampf, 2011).

Personenzentrierte Supervision in der Kindertherapie ist nur mit zweifacher Affektabstimmung wirksam

Das Besondere dieser Supervision ist also die doppelte Affektabstimmung der Supervisorin mit der Psychotherapeutin und dem Kind, die in der Supervision als Prozess durchgelebt wird. An dieser Stelle lässt sich auch kurz die Differenz zu psychoanalytischer Supervision beschreiben: Die klassische Psychoanalyse stellt die Suche nach den unbewussten Gegenübertragungsphänomenen in den Vordergrund; die Technik dazu ist die Assoziation und die Phantasie des/r SupervisandIn und die Deutung des/r AnalytikerIn. In der personenzentrierten Supervision werden durch die doppelte Affektabstimmung auch die bisherigen Bestimmungsstücke verstehbar: Die „interaktionelle Ausarbeitung" der Gefühle der Psychotherapeutin und der Problematisierungen (Auckenthaler), und die von Carl Rogers versuchte Gefühlsabstimmung mit den vermuteten Wünschen und Gefühlen des nicht anwesenden Kindes.

Es wird davon ausgegangen, dass die therapeutische Haltung der fallvorstellenden Psychotherapeutin als ein Teil ihres Selbstkonzepts durch eine organismische Erfahrung – sie erlebt in dieser Kinderpsychotherapie Gefühle, die mit ihrer therapeutischen Haltung nicht vereinbar sind – beeinträchtigt ist. Nach Biermann-Ratjen können nur jene Erfahrungen in das Selbstkonzept einer Person aufgenommen werden, die durch die Bezugspersonen mit Echtheit, Wertschätzung und Einfühlung bestätigt werden (2008). Das Besondere dieser Situation ist natürlich, dass es neben den inkongruenten Gefühlen zum behandelten Kind immer auch die kongruente Seite des Verstehens und der Empathie für das Kind gibt.

Die Psychotherapeutin kann also dann und nur dann in der Supervision personenzentrierter Kinderpsychotherapie „in ihrem Selbstvertrauen" (Hackney & Goodyear, 1984) wachsen, wenn sie diesen Prozess der Affektabstimmung für sich und das behandelte Kind in der Supervision selbst erlebt.

In Verbindung mit Biermann-Ratjen (2008) könnte das heißen: Der Prozess der Annäherung, der Erforschung, vielleicht der Sortierung und Integration von inkongruenten Gefühlen wie auch der Konfrontation von inkongruenten und kongruenten Gefühlen zum behandelten Kind, kann nur in einem Klima der Echtheit, Wertschätzung und Einfühlung in die Psychotherapeutin und das Kind erfolgen.

Diese Auffassung hat Konsequenzen für den Prozess der Supervision:

1. Jede Information von und zu den Eltern des Kindes, jede Frage in die Anamnese der Beeinträchtigung des Kindes hat in der Supervision nur insoweit Bedeutung, als sie zum Wechselspiel der affektiven Annäherung an die Gefühle der Psychotherapeutin bzw. die vermuteten Empfindungen des Kindes beiträgt.
2. Diese effektive Annäherung enthält – wie die Affektabstimmung zwischen Mutter und Kind im Kleinkindalter vermutlich viele nonverbale und auch vorkognitive Elemente, von denen manche, aber keineswegs alle, ins Wort gebracht werden können oder auch müssen (Pawlowsky, 1996).
3. Diese „interaktionelle Ausarbeitung" in der Supervision kann durch die Methode der Vergewisserung (Stipsits & Pawlowsky, 1988) gegenüber der Psychotherapeutin im Verbalen, durch die Methode der probeweisen Affektartikulierung oder phantasierten Spielentfaltung in Bezug auf das Kind gut beschrieben werden.

Wie geschieht der Transfer in die Kindertherapie?

Es bleibt noch eine Frage offen: Wie wirkt das, was in der Supervision geschieht, über die Person der Psychotherapeutin in die Spieltherapie des Kindes hinein?

In den vergangenen Jahren gibt es eine ausgedehnte Diskussion zum Thema der „impliziten" Veränderungen, die in einer Psychotherapie stattfinden müssen, um sie subjektiv erfolgreich zu machen. Sie ist vermutlich auch durch das Modell von Stern aktiviert worden, in dem die ersten und präverbalen Schichten der „senses of the self" weiterbestehen und durch spätere Schichten überlagert, aber nicht abgelöst werden. Für die personenzentrierte Therapietheorie ist dies nicht so überraschend, weil die intuitive, nonverbale Dimension der Psychotherapie hier immer schon mitgedacht wurde (Pawlowsky, 1996; Rogers, 1968/1989; Polanyi 1966/1985). Vieles kann, aber nicht alles muss ins Wort gebracht werden.

Für die Supervision sind die Überlegungen interessant, wie sich eine Vorstellung in ein Verhalten hinein auswirkt. Sie beziehen sich theoretisch auf den schon lange bekannten Begriff des „Priming" (Lashley, 1951) und werden durch neuere Experimente bestätigt

(Beebe & Lachmann, 2004; Lachmann, 2005). Der ursprüngliche Begriff wurde in dieser Bedeutungvon John Bargh ausgearbeitet (Bargh & Pietromonaco, 1982) und meint die vorbereitende Funktion des Denkens, die zu einem veränderten Verhalten führt. Diese Bedeutung des Begriffs war zunächst nicht auf die Psychotherapie bezogen, er spielte nur im „mentalen Training" eine Rolle. Er kann aber als ein Erklärungsmodell für den Transfer des Erlebens in der Psychotherapie ins Alltagsleben, wie auch für das Erleben in der Supervision in die Therapie verstanden werden.

Wie wirkt ein Verstehen der Gedanken und Gefühle der Supervisandin in die Psychotherapie mit dem Kind hinein? Im personenzentrierten Ansatz steht die Anerkennung der Gefühle im Vordergrund; hier würde diese Theorie „affektives Priming" heißen müssen, eine durch Verstandenwerden in der Supervision erlebte affektive Einstimmung auf das (spätere) Erleben der Therapie mit dem Kind.

Dies erklärt auch den so oft in und nach Supervisionen erlebten Effekt, dass die nächste Stunde mit dem Kind ganz anders als erwartet verläuft: Die befürchteten Gefühle und das Verhalten bleiben aus, die Stunde ist „wie neu" und die Therapeutin kann dem Kind mit ursprünglichem und unverfälschtem Interesse begegnen. Sie kann dem Kind das wieder bieten, was sie ihm bieten möchte (und in der Supervision erlebt hat): Interesse, Einfühlung und Verstehen. ◆

Gerhard Pawlowsky
1943, Psychoanalytiker und personenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis, Lehrbeauftragter an der Universität Wien, Mitglied des Psychotherapie- und des Psychologenbeirats beim BMGF, stv. Vorsitzender des WLP

Literatur

Auckenthaler. A. (1995). *Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation – Standards – Wirklichkeit.* Stuttgart: Kohlhammer.

Bargh, I. & Pietromonaco, P. (1982). Automatic information processing and social perception: The influence of trait information presented outside of conscious awareness an impression formation. *Journal of Personality and Social Psychology.* 43, 437-449-

Beebe, lt. & Lachmann, F.M. (2004). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener: wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Behr, M. & Hölldampf, I. (2011). Wachsen und sich verändern. Ein interaktionelles und schematheoretisches Modell zu Veränderungsprozessen. In C. Wakolbinger, M. Katsivelaris, B. Reise], G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Tagungsband: Die Erlebnis- und Erfahrungswell unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 19, 44). Norderstedt: Books on Demand.

Biermann-Ratjen, F. (2008). Die klientenzentrierte Entwicklungspsychologie. In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *offenheit und vielfalt. personzentrierte psychotherapie: grundlagen, methoden, anwendungen.* (S. 155–166). Wien: Krammer.

Hackney, H. & Goodyear. R. K. (1984). Carl Rogers' Client-Centered Approach to Supervision. In R. Levant & J. M. Shlien (eds.). *Client-centered therapy and the person centered approach: Newdirection in theory, rescarch, and practice*, (pp. 278–296). New York: Pranger.

Kohut, H. (1976). *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytshen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen.* Frankfurt/M: Fischer.

Lachmann, E M. (2005). Die therapeutische Wirkung und der therapeutise Akteur. *Selbstpsychologie. Europäische Zeitschrift für psychoanalytische Therapie und Forschung* 6 (3/4), 327–343.

Lashley, K. S. (1951). The problem of serial order in behavior. In: A. Jeffries (ed.), *Cerebral mechanism in behavior: The Hüxon Symposium* (pp.112–136). New York: Wiley.

Pawlowsky, G. (l996). The Infant, the Person and the Psychotherapy. Presentation at the III. ICCCEP, September 5–9, 1994, Gmunden, Austria. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits, *Client Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion* (S.75–84). Frankfurt/M.: Peter Lang.

Polanyi M., (1985). *Implizites Wissen.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Rogers, C. R. (1989). Dialogue [July1966]. In H. Kirschenbaum & V. Henderson (eds.), *Carl Rogers' Dialogues.* (pp.153–175). Boston Houghton Mifflin Company (first appearance in William Colson & Carl Rogers [1968]: „Man and the Science of Man", Charles Merill).

Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*, Stutttgart: Klett-Cotta.

Stipsits, R. & Pawlowsky, G.(1988). Deutung aus Empathie. Ein Beitrag zum personenzentrierten und analytischen Verständnis der Deutung aus der Beziehung. In T. Reitelt & W Datler (Hrsg.), *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess* (S. 213–224). Heidelberg: Springer.

Psychosoziale Einrichtungen in Wien stellen sich vor

An dieser Stelle veröffentlichen wir Selbstdarstellungen von Einrichtungen im psychosozialen Feld, die unmittelbar oder mittelbar mit Psychotherapie oder psychotherapeutischer Beratung / Begleitung zu tun haben.
Wir wollen damit die Breite und Varietät der Einrichtungen in Wien abbilden; dazu laden wir Sie, unsere LeserInnen, herzlich ein, Ihre Einrichtung hier vorzustellen – oder uns auch Institutionen zu nennen, die hier dargestellt werden sollen.

Beratungsstelle TAMAR

TAMAR
Beratungsstelle für misshandelte und sexuell missbrauchte Frauen, Mädchen und Kinder

Die Beratungsstelle TAMAR wurde 1989 durch Mitarbeiterinnen der Katholischen Frauenbewegung und der Evangelischen Frauenarbeit gegründet und hat sich im Laufe ihrer langjährigen Tätigkeit auf die Beratung und Begleitung von sexuell missbrauchten Frauen, Mädchen und Kindern und deren Bezugssystemen spezialisiert. Die Beratungen erfolgen anonym, vertraulich und kostenlos.

In der Beratung arbeiten fünf teilzeitangestellte Mitarbeiterinnen aus unterschiedlichen Quellberufen. Die psychotherapeutische Qualifikation (Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeutinnen in Ausbildung unter Supervision, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen lt. Zertifizierung des BMGF) verbindet uns.

TAMAR ist eine anerkannte Familienberatungsstelle, die vom BMFJ, vom Frauenbüro der Stadt Wien (MA 57) und vom BMGF gefördert wird. Als Recht für Betroffene von sexualisierter Gewalt bieten wir auch Prozessbegleitung an, die vom BMJ finanziert wird.

Wir bieten an:

- **Telefonische Beratung, E-Mail Beratung**

Beide Beratungsformen dienen einer ersten Klärung, welche Hilfestellungen gewünscht werden, der Terminvereinbarung für ein Erstgespräch in der Beratungsstelle sowie gegebenenfalls der Weitervermittlung an eine andere Einrichtung.

- **Einzelberatung für Betroffene**

Im Erstgespräch mit betroffenen Frauen, Kindern, jugendlichen Mädchen und deren Bezugspersonen öffnen wir einen psychischen Raum zur Klärung und bieten Information und Entlastung. Aus dem Erstgespräch kann sich die Vereinbarung zu einer Beratungsreihe ergeben. Auch Frauen, die in psychotherapeutischer Behandlung sind, kontaktieren uns, um einzelne Fragen und Aspekte ihres Lebens zu klären.

- **Beratung für professionelle Helfer*innen**

Die Beratung für professionelle Helfer*innen dient bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch zur Etablierung von Zusammenarbeit oder als Fallsupervision. Sie kann von Einzelpersonen oder Teams in Anspruch genommen werden.

- **Psychotherapie**

In der Beratungsstelle bieten wir Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an. Diese kann erst beginnen, wenn der Schutz des Kindes bzw. der Jugendlichen gewährleistet ist. In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie arbeiten immer zwei Kolleginnen zusammen, da die Arbeit mit den primären Bezugspersonen für uns ein unverzichtbarer Bestandteil der Therapie ist. Die Intensität der Arbeit mit den Bezugspersonen richtet sich u. a. nach dem Alter des Kindes/der Jugendlichen und den Möglichkeiten, der Lebenssituation. In der Therapie wird es möglich, die traumatischen Ereignisse zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu bearbeiten und dadurch Spätfolgen entgegen zu wirken.

Wir unterstützen Frauen bei der Suche nach Psychotherapie zur Bearbeitung der Folgen eines sexuellen Missbrauchs. In Einzelfällen bieten wir in der Beratungsstelle Psychotherapie nach dem Verbrechensopfergesetz für betroffene Frauen an.

- **Psychosoziale und juristische Prozessbegleitung (PB)**

In der psychosozialen PB begleiten wir Betroffene sowie deren Bezugspersonen in ihrem inneren und äußeren Pro-

zess, wenn sie überlegen, nach Erfahrungen von sexuellem Missbrauch eine

Anzeige zu erstatten. Die psychosoziale PB enthält Elemente der Beratung, Psychoedukation und Stabilisierung sowie konkrete Informationsvermittlung über Abläufe bei Polizei und Gericht. Wir begleiten zur polizeilichen Aussage und zu Gerichtsverhandlungen. Die juristische PB übernehmen spezialisierte Anwält*innen in enger Zusammenarbeit mit uns.

◆ **Psychotherapiegruppe für Frauen**
Seit Herbst 2016 bietet die Beratungsstelle eine psychotherapeutische Jahresgruppe für Frauen, die in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch erlebt haben, an. Die Gruppenerfahrung kann das Heraustreten aus der Isolation, Scham und Sprachlosigkeit ermöglichen.

◆ **Fortbildungen und Vernetzungen**
Auf Anfrage bieten wir Vorträge und Workshops an.
Kooperationen sind für uns unentbehrlich. Wir sind über die Arbeit im Einzelfall hinaus in autonomen und ministeriellen Netzwerken vertreten, um die Arbeit gegen sexuellen Missbrauch weiter zu entwickeln.

Wir sind:
PARTEILICH für Frauen und Kinder
Parteilichkeit bedeutet für uns, dass wir eindeutig auf der Seite der Frauen und Kinder stehen, und eindeutig benennen, wo Gewalt geschieht, wer davon profitiert und wer die Verantwortung dafür trägt, da sich Betroffene oftmals selbst dafür schuldig fühlen.

AUTONOM in Zielsetzung und Arbeitsmethoden
Wir sind weder parteipolitisch noch konfessionell und bestimmen unsere Inhalte und Arbeitsmethoden selbst.

GESELLSCHAFTSKRITISCH bezogen auf sexuellen Missbrauch
Sexueller Missbrauch ist eine Realität in unserer Gesellschaft, über die geschwiegen wird. Wir möchten zur Entabuisierung beitragen und einen bewussten Umgang damit fördern.

GANZHEITLICH in unserem Ansatz
Die gesellschaftliche Realität und Lebenssituation der Frauen, Kinder und Jugendlichen und ihre subjektive Lebensgeschichte bilden eine Einheit. Nur so können realistische Verarbeitungs- und Handlungsstrategien erarbeitet werden. ◆

Mag.ª Verena Weißenböck
Mag.ª Sigrid Gottsbacher

Weitere Infos unter: **www.tamar.at**

BEZIEHUNG IN BEWEGUNG

Ein moderner Weg in der Beratung und Therapie von Paaren

Zertifizierte Weiterbildung für PsychotherapeutInnen, Psy III-ÄrztInnen, Klin. und GesundheitspsychologInnen.
Qualifikation: umfassende Beratung und psychotherapeutische Behandlung von **Paaren** aufgrund einer fundierten, vom Bundesministerium für Gesundheit anerkannten körperorientierten Methode (KBT).

Start: **27. 1. 2017** (Salzburg und München)
Early Bird-Bonus bis 31. 8.

www.beziehunginbewegung.at
Informationen/Broschüre: **Susanne Kloser, MSc**
office@susannekloser.at, 0043(0)699 105 12 116

Termine zum Kennenlernen:

10. 9. 2016	**Wien:** Sich in Beziehung verstehen lernen – Eine Einführung in die körperorientierte Paartherapie
8. 10. 2016	**Salzburg:** KBT und Paartherapie

bezahlte Anzeige

EMDR-Institut Austria

Leitung: Mag. Eva Münker-Kramer
Kooperationspartner des EMDR-Instituts Deutschland
Autorisierter Partner des EMDR-Institute USA, Francine Shapiro, PhD.
www.emdr-institut.at

Das **EMDR Institut Austria** ist der autorisierte Österreich-Partner des EMDR Institute von Francine Shapiro, PhD., USA (www.emdr.com) und Kooperationspartner des EMDR-Instituts Deutschland (Leitung Dr. med. Arne Hofmann und Dipl. Psych. Ute Hofmann) (www.emdr-institut.de). Es bietet die durch die Europäische Fachgesellschaft (www.emdr-europe.org) anerkannte und zertifizierte Ausbildung in EMDR sowie Spezialseminare an.

EMDR Einführungsseminare (Alternativtermine)

20.-22.04.2017 in Wien	inkl. Praxistag am 23.06.2017	mit Mag. Eva Münker-Kramer
19.-21.10.2017 in Wien	inkl. Praxistag am 01.12.2017	mit Mag. Eva Münker-Kramer
07.-09.12.2017 in **Graz**	inkl. Praxistag am 24.01.2018	mit Mag. Eva Münker-Kramer
25.-27.01.2018 in **Bad Aussee** (Koop. mit AMEOS Klinik)		
	inkl. Praxistag am 10.03.2018	mit Mag. Eva Münker-Kramer
12.-14.04.2018 in Wien	inkl. Praxistag am 01.06.2018	mit Mag. Eva Münker-Kramer
11.-13.10.2018 in Wien	inkl. Praxistag am 30.11.2018	mit Mag. Eva Münker-Kramer

EMDR Fortgeschrittenenseminare (Alternativtermine)

02.-04.02.2017 in **Innsbruck**	mit Peter Liebermann
08.-10.06.2017 in Wien	mit Mag. Eva Münker-Kramer
28.-30.09.2017 in Wien	mit Dr. Christine Rost
21.-23.06.2018 in Wien	mit Mag. Eva Münker-Kramer
15.-17.11.2018 in **Bad Aussee** (Koop. mit AMEOS Klinik)	
	mit Mag. Eva Münker-Kramer
21.-23.06.2018 in Wien	mit Mag. Eva Münker-Kramer

EMDR Spezialseminare

EMDR in der Behandlung von Akuttraumatisierung
17.02.2017 mit Mag. Eva Münker-Kramer in Wien

EMDR bei Kindern und Jugendlichen
Teil 1: 17.-18.3.2017 / Teil 2: 1.-2.9.2017 / Teil 3: 5.-6.3.2018 mit Lutz-Ulrich Besser

EMDR bei seelischer Traumatisierung aufgrund körperlicher Erkrankungen
05.05.2017 mit Dr. Michael Hase in Wien

Einführung in die Arbeit mit Komplextrauma und dissoziativen Störungen
24.-25.08.2017 mit Dipl.Psych. Michaela Huber

Imaginative Arbeit mit dem Inneren Kind und in Form von Geschichten in Verbindung mit EMDR
02.10.2017 mit Dr. Christine Rost in Wien

EMDR in der Behandlung von (spezifischen) Phobien
23.03.2018 mit Mag. Eva Münker-Kramer

Weiters möchten wir Sie auf die Publikation im Reinhardt Verlag in der praxisnahen Reihe „Wege der Psychotherapie" hinweisen: ***Münker-Kramer: „Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR" (2015)***

Supervisionstermine und die Möglichkeit zur Seminaranmeldung finden Sie auf www.emdr-institut.at.
Für Fragen stehen wir Ihnen gerne unter **office@emdr-institut.at und 02732/71779** zur Verfügung.
Wir würden uns freuen, Sie bei unseren Veranstaltungen begrüßen zu können!
Mag. Eva Münker-Kramer

Brandströmstraße 7/7, A-3500 Krems/Donau Tel. und Fax: 0043-(0)2732-71779
office@emdr-institut.at, www.emdr-institut.at

bezahlte Anzeige

5-jähriges Jubiläum „ganznormal.at“

Christian Deutsch

Auf Einladung von Hr. Bürgermeister Dr. Michael Häupl und im Beisein von Gesundheitsstadträtin Mag.ª Sonja Wehsely konnte der Verein **ganznormal.at** am 5. Oktober 2016 FreundInnen, PartnerInnen und WegbegleiterInnen zum Jubiläumsempfang im Wiener Rathaus begrüßen. **„ganznormal.at“** wurde 2011 als unabhängiger, gemeinnütziger Verein mit dem Ziel gegründet, die öffentliche Diskussion über psychische Erkrankungen zu fördern, die Gleichstellung von psychischen und physischen Erkrankungen voranzutreiben und damit die Tabuisierung und Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen zu beenden.

Foto: © Arman Rastegar

v.l.n.r.: GR Christian Deutsch, Mag.ª Sonja Ramskogler, Prim. Dr. Georg Psota, Michael Felten

„Internationale Studien zeigen, dass jährlich etwa ein Drittel aller Menschen in Österreich mit psychischen Problemen kämpft. Aktuell werden rund 900.000 Menschen in Österreich psychisch oder psychiatrisch betreut – davon 840.000 mit Psychopharmaka*. Leider finden die Betroffenen kaum gesellschaftliche Akzeptanz. Ein Drittel der Fälle wird gar nicht diagnostiziert. Psychische Erkrankungen haben vergleichbare Verläufe wie körperliche Erkrankungen – von leicht bis schwer, von vorübergehend bis chronisch – und treten etwa halb so oft wie körperliche Erkrankungen auf. Trotzdem werden Menschen mit psychischen Problemen gesellschaftlich nach wie vor diskriminiert und die Erkrankung tabuisiert.

v.l.n.r.: Prim. Dr. Andreas Walter, GR Christian Deutsch, Mag.ª Sonja Wehsely, Mag.ª Johanna Schenk, Prim. Dr. Georg Psota

Foto: © Arman Rastegar

Angesichts dieser Tatsachen ist es wichtig und notwendig, die öffentliche Diskussion darüber zu fördern. Vor allem auch, um Betroffenen die Scheu zu nehmen, frühzeitig Hilfe und Unterstützung anzunehmen. Ausgehend davon, dass aus dem sozialen Menschenrecht auf den besten erreichbaren Gesundheitszustand für alle auch das Menschenrecht auf die beste erreichbare psychische Gesundheit abzuleiten ist, gibt es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit.

Unter den zahlreichen GratulantInnen gesehen: KR Karl Javurek (Gewista), Mag. Alois Huber (Spar), Barbara Hahn (St. Anna Kinderspital), Michael Felten (pro mente), Stefan Hawla (ARWAG), Hans Steiner (Wiener Bezirksblatt) Robert Moser (Unternehmensberater), Jörg Ruminak (pro mente, Licht ins Dunkel), Leonore Lerch (Wiener Landesverband für Psychotherapie), Irene Burdich (HPE Wien), Marianne Klicka (ehm. Landtagspräsidentin) und viele mehr ... ◆

GR Christian Deutsch
Vorstandsvorsitzender
www.ganznormal.at

* Studie des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger 2012

Psychische Aspekte in der arbeitsmarktpolitischen Beratung

Karin Weninger
Monika Rauscher

Die **move-ment Personal- und Unternehmensberatung GmbH** verwirklicht in Wien seit 2014 das Beratungsprojekt **„Early Intervention 50+"** für Arbeitsuchende Personen ab 50 Jahren, welches aus den Mitteln des Arbeitsmarktservice Wien finanziert wird. Die Beratung erfolgt in Einzelgesprächen und zielt bewusst auf die Individualität des Menschen ab, auf seine psychischen, sozialen, emotionalen sowie körperlichen Grundlagen zur Bewältigung der Arbeitslosigkeit. Juhani Ilmarinen, Arbeitsmediziner und Begründer der Theorie der Arbeitsfähigkeit betont, dass „Arbeit auf den Gesundheitszustand gesundheitsförderliche (salutogene) und/oder krankheitsförderliche (pathogene) Wirkungen entfalten kann." und weiter, dass „Arbeitslosigkeit bzw. der Verlust des Arbeitsplatzes eine schwerwiegende psycho-soziale Belastung mit weit reichenden Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgen für die davon Betroffenen ist. Der Vermeidung von Arbeitslosigkeit ist grundsätzlich auch aus gesundheitlicher Sicht der Vorrang zu geben gegenüber Maßnahmen der Behandlung und Beseitigung von physischen und psychischen Folgen der Arbeitslosigkeit." (Arbeitsfähigkeit 2010. Ilmarinen J., Tempel J. VSA-Verlag Hamburg, 2002) .

Bei dieser Auseinandersetzung mit Herausforderungen bei der Arbeitssuche, sprechen wir in der Arbeitsmarktpolitik von Vermittlungs- bzw. Integrationshemmnissen. Etwa 50 % der Personen, die vom AMS Wien in das Projekt „Early Intervention 50+" übermittelt werden, weisen ein kritisches gesundheitliches

Allgemeinbefinden auf, das die Integration in den Arbeitsmarkt deutlich beeinträchtigt, erschwert bzw. tatsächlich verhindert.

Early Intervention 50+ nutzt zur wissenschaftlichen Erhebung von Ressourcen und Hemmnissen bzw. Unterstützungsbedarfe einen psychologisch fundierten Fragenkatalog, bei dem die ganzheitliche Betrachtung von Personen im Bezug zur Beschäftigungsfähigkeit im Mittelpunkt steht. Psychosoziale, psychische und gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit sind Bestandteil dieser Erhebung und werden in die Beratung der Personen miteinbezogen.

Die Ergebnisse:

Die Gesamtauswertung der bisherigen Ergebnisse hat ergeben, dass etwa 50 % der beratenen Personen eine mäßige bis kritische Arbeitsbewältigungsfähigkeit aufweist, was bedeutet, dass medizinische Abklärung und Möglichkeiten zur Rehabilitation für eine nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt Voraussetzung sind. Daher sind oft mehrere Schritte und eine längere Betreuung/Begleitung beim Wiedereinstieg in den Beruf notwendig.

Zusätzlich zeigen die Ergebnisse, dass etwa 20 % der TeilnehmerInnen bei „Early Intervention 50+" eine erhöhte Depressivität zum Zeitpunkt der Erhebung aufweisen, und somit Hinweise auf psychische Verstimmungen oder auch längerfristige psychische Erkrankungen gegeben sind, was wiederum eine intensive Abklärung über eine/n FachärztIn notwendig macht.

Warum psychische Gesundheit so „schwer" zu beraten ist:

Neben der körperlichen Gesundheit, die für ein Leben mit oder ohne Arbeit den wohl wichtigsten Aspekt für das Wohlbefinden eines Menschen dar-

stellt, ist die psychische Gesundheit (noch immer) gern ein stillgeschwiegenes Faktum. Erfahrungsgemäß löst allein die Frage in der Beratung nach einem psychologischen Unterstützungsbedarf für viele Personen bereits eine Abwehrhaltung aus, die es bedeutet, behutsam und unter größter Wertschätzung wahrzunehmen.

Psychische Erkrankungen sind innerhalb der Beratung zur Arbeitssuche wohl am heikelsten zu bearbeiten, einerseits weil es sich dabei in der Gesellschaft noch immer um ein Tabuthema handelt, anderseits wahrscheinlich auch, weil die Psyche an sich einen sehr intimen Bereich für den Menschen darstellt.

Psychologische/Psychotherapeutische KooperationspartnerInnen – ein Gewinn für die Menschen in unserer Beratung

Durch die Stigmatisierung von psychischen Problemen werden die Betroffenen an Ränder des gesellschaftlichen Miteinanders gedrängt. Diese Ablehnung führt nur noch tiefer in die bereits vorhandene Problematik. Dies gilt es in Zukunft zu verändern. Dafür sehen wir besonders die Vernetzung im interdisziplinären Arbeitsfeld sowie mit fachbezogenen Institutionen als Garant für bestmögliche KundInnenbetreuung. ◆

DSP[in] Karin Weninger
Mag.[a] Monika Rauscher

move-ment

move-ment Personal- und Unternehmensberatung GmbH
www.move-ment.at

AMS Arbeitsmarktservice Wien

„Early Intervention 50+" wird aus Mitteln des Arbeitsmarktservice Wien finanziert.

Get-together der AusbildungskandidatInnen

Eva Weissberg-Musil

◆◆◆ Seit Juni 2016 habe ich die Vertretung der AusbildungskandidatInnen im Vorstand des WLP übernommen. Wie schon in den Jahren davor, werde auch ich zwei- bis dreimal jährlich Treffen organisieren, die dem Kennenlernen und dem Austausch untereinander, vor allem auch Schulen übergreifend – wozu sich die Chance während der Ausbildung sonst vielleicht weniger bietet – dienen sollen. Es finden sich dabei spannende Unterschiede und verbindende Gemeinsamkeiten, und es können auch Kooperationen und Synergien entstehen.

Es ist Platz für alle Themen, die uns im Zusammenhang mit dem Übergang vom Propädeutikum zum Fachspezifikum, den ersten Jahren mit der gewählten psychotherapeutischen Schule und dem Beginn der Arbeit als PsychotherapeutIn in Ausbildung unter Supervision begegnen und beschäftigen.

Das kann z. B. die Suche nach einem geeigneten Praktikumsplatz oder den Sprung in die Selbständigkeit einer freien Praxis, der oft auch einen Berufswechsel darstellt, betreffen.

Ich bin sicher, dass sich noch eine Vielzahl anderer Themen ergeben werden, die wir in lockerer Atmosphäre besprechen können.

Sollten zwischenzeitlich Fragen, Wünsche, Beschwerden oder Anregungen auftauchen, wenden Sie sich gerne an mich.

Auf jeden Fall freue mich auf ein persönliches Kennenlernen beim nächsten Treffen im März 2017! ◆

Eva Weissberg-Musil
KandidatInnenverteterin im WLP-Vorstand

Das nächste Treffen im Neuen Jahr findet statt: **Montag, 13. März 2017, 19.00 Uhr**
WLP, Löwengasse 3/3/4, 1030 Wien, E: weissberg-musil@psychotherapie-wlp.at

Aktuelles aus den Bezirken

Leonore Lerch

Wir möchten uns sehr herzlich bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken, die sich mit viel Engagement für das Image der Psychotherapie einsetzen, insbesondere den BezirkskoordinatorInnen und deren StellvertreterInnen, die zum Teil über viele Jahre im Rahmen der Bezirkskoordination des WLP ehrenamtlich tätig sind.

Danksagung

Insbesondere möchte ich mich sehr herzlich bedanken bei

- **Dr.in Sonja Brustbauer** für den Aufbau der BK 1020/1200 und ihr großes Engagement in diesen Bezirken.
- **Ela Neidhart, MSc** für ihr besonderes Engagement in der BK 1050/1060, vor allem den Aufbau der BK 1050.
- **Heidemarie Kamleithner, MSc** für ihre engagierte und langjährige Tätigkeit als Stellvertreterin in der BK 1150/1160.
- **Mag.a Claudia Bernt** für den engagierten Aufbau der BK 1230 und ihren großen Einsatz in diesem Bezirk.

Wenn Sie Interesse haben, in der Bezirkskoordination 1020/1200, 1050/1060, 1190 mitzuwirken, bitte kontaktieren Sie uns.

Um die Vernetzung und den Austausch zwischen den einzelnen Bezirken zu fördern und Synergien zu nutzen, findet einmal im Jahr eine BezirkskoordinatorInnen-Konferenz statt. Dieses wird organisiert und koordiniert von zwei Vorsitzenden, die aus dem Kreis der BezirkskoordinatorInnen gewählt wurden.

Vorsitzende der BezirkskoordinatorInnen-Konferenz

Gabriele Hasler
Bezirkskoordinatorin 1220
E: gabriele.hasler@aon.at

Reinhard Möstl, MSc
Bezirkskoordinator 1130
E: rmoestl@aon.at

Für Fragen, Informationen, Anregungen, Ihre Ideen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und unterstützen Sie beim Aufbau eines Bezirksteams oder der Organisation der BezirkskoordinatorInnen-Wahl in Ihrem Bezirk.

Leonore Lerch, Vorsitzende des WLP
E: lerch@psychotherapie-wlp.at

Abschied in Leopoldstadt und Brigittenau

Nach der Sommerpause trafen sich interessierte Psychotherapeuten am 18.10.2016 wieder in der Reblaus, Obere Augartenstraße 72, 1020 Wien. Dort gab es neben dem Erfahrungsaustausch zur Registrierkasse, Neues und Bewährtes von Frau Dr.in med.univ. Karin Koschitz, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie für alle Kassen, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Verhaltenstherapeutin, www.kjpwien.at.
Weiters besuchten KollegInnen und ich eine psychiatrische Station im SMZ-Ost, um neue Erfahrungen auszutauschen und Informationen abzugeben.

Aufgrund vieler anderer Verpflichtungen werde ich meine Bezirksvertretung schweren Herzens mit Ende 2016 beenden. Selbstverständlich würde ich mich freuen, eine/n KollegIn als BezirkskoordinatorIn zu unterstützen. Ich stehe als Stellvertreterin gerne weiter zur Verfügung.

Herzlichen Dank für die gute Zusammenarbeit und alles erdenklich Gute.

Ich wünsche allen erholsame Feiertage und einen guten Start in das Jahr 2017.

Kontakt unter T: 0650 / 350 28 28 oder
E: sbrustbauer@utanet.at

Alles Gute und liebe Grüße ...

Dr.in Sonja Brustbauer
Bezirkskoordinatorin Leopoldstadt und Brigittenau

Veränderungen in Margareten und Mariahilf

Das Bezirkstreffen am 10. 11. 2016, bei dem auch wieder neue KollegInnen zu unserer Runde gefunden haben, war ein feiner und reger Austausch über unsere Praxistätigkeiten.

Ich selbst werde meine Tätigkeit als Bezirkskoordinatorin beenden, da mein Schwerpunkt neben der freien Praxis in den nächsten Jahren auf Forschungsarbeiten liegen wird. Es war eine interessante, vielseitige Arbeit (Kennenlernen von neuen KollegInnen, Wissenszuwachs, Kontakte knüpfen, Vorträge im Bezirk u. a. m.).
Wer Interesse hat, diese nicht aufwendige und spannende Tätigkeit weiter zu führen, möge sich bei mir oder Yasmin Randall melden. Gerne machen wir mehr Gusto darauf!

Vielen Dank an alle geschätzten KollegInnen für die gute Zusammenarbeit!

Das **nächste Bezirkstreffen** findet statt am **16. März 2017** um **19.30 Uhr**. Der Ort wird noch bekanntgegeben.

Kontakt unter T: 0699 / 1912 0644

Mit herzlichen Grüßen

Ela Neidhart, MSc
Bezirks-
koordinatorin
Margareten und
Mariahilf

Vortrag in Favoriten und Simmering

Beim Bezirkstreffen am 11.10.2016 fand ein reger Austausch statt.
Die Liste der PsychotherapeutInnen für PSD PatientInnen (zum Sozialtarif) wurde dem PSD 1100 Wien im September 2016 übergeben.
Das Sonderstundenkontingent Psychotherapie der WGPV war ein Thema.
Weiters: Wohin führt die Akademisierung (Verein-Universität) die Psychotherapie? Die Arbeitsmarktsituation (Anstellung/Praxis) wurde diskutiert und die Tarifgestaltung und das Marketing in der Praxisführung.

Das **nächste Treffen** findet statt am **21. März 2017** um **18.30 Uhr** in der Praxis Favoritenstraße 81/40, 1100 Wien.

Das Thema wird das Achtsamkeitprogramm **„MBSR-Mindfulness Based Stress Reduction"** nach John Kabat-Zinn sein. Vortragende: Mag.ª Birte Dalbauer Stokkebaek (www.birte-dalbauer-stokkebaek.at).

Kontakt unter T: 0660 / 813 62 75 oder E: mag.petra.marksteiner-fuchs@tmo.at

Herzliche Grüße ...

Mag.ª Petra Marksteiner-Fuchs, MSc
Bezirkskoordinatorin Favoriten und Simmering

Gedankenaustausch in Hietzing

Eine kleine Runde hat sich am 20.10. 2016 zum 10. Bezirkstreffen Wien-Hietzing beim „Wambacher" eingefunden.

In einer angeregten Diskussion über die Veränderungen bei der Psychotherapie von PatientInnen und deren Angehörigen, fällt auf, dass PatientInnen bisweilen sehr auf sich selbst fokussiert sind und weniger bereit sind, Verantwortung für sich selbst und die eigenen Handlungsweisen zu übernehmen. Ein Grund dafür könnte sein, dass Kindern und Jugendlichen seltener Grenzen von den Bezugspersonen gesetzt wurden.
Es folgte ein sehr persönlicher Austausch der eigenen Geschichten und Erfahrungen, die sich oft über mehrere Generationen fortsetzen. Dabei Parallelen zu sehen, war emotional berührend und spannend.

Eine Bitte in eigener Sache: Wir haben festgestellt, dass sich die Anzahl der TeilnehmerInnen bei den letzten Treffen reduziert hat. Für uns wäre es hilfreich, Rückmeldungen (per Mail oder telefonisch) zu bekommen, ob es für die Bezirkstreffen Anregungen, Wünsche oder Kritik gibt. Vor allem, da wir von den anwesenden KollegInnen Zustimmung über unsere Treffen erhalten haben.
Auch das nächste Treffen wollen wir als „Jour-fix" für einen Gedanken- und Erfahrungsaustausch offen halten.

Das **nächste Treffen** findet statt am **17. Jänner 2017** um **18.30 Uhr** im Gasthaus Wambacher, Lainzer Straße 123.

Kontakt unter T: 0699 / 1877 8778 oder E: rmoestl@aon.at

Wir wünschen allen KollegInnen eine gute Zeit!

Reinhard Möstl, MSc
Bezirkskoordinator
Hietzing

Bezirkswahl in Ottakring

Beim Bezirkstreffen am 20. 9. 2016 fand – wie in den WLP-News angekündigt – die Wahl der Bezirkskoordination statt. Herzlich bedankt für ihren engagierten Einsatz wurde die bisherige Stellvertreterin Heidemarie Kamleithner MSc, die aufgrund des Praxiswech-

sels in einen anderen Bezirk ihre Funktion zurück legte und angekündigte, weiter an unseren Bezirksktreffen teilzunehmen.
Die Wahlleitung übernahm Dr. Leo Käfer, in den 90er Jahren erster Bezirksvertreter im 16. Bezirk. Die langjährige Bezirkskoordinatorin Mag.ª Gertrud Baumgartner wurde wieder gewählt.
Erstmals in die Position der Stellvertreterin gewählt wurde **Eva-Maria Ostermann**, die bereits als Referentin bei Fortbildungsabenden des Bezirksteams tätig war.
Wir freuen uns auf weiterhin erfolgreiche Arbeit im Bezirk!

Das **nächste Bezirkstreffen** findet statt am **21. Feber** und **4. April 2017 um 20.00 Uhr** in der Praxis, Enenkelstraße 32/15, 1160 Wien.

Kontakt unter T: 01 / 494 36 76 oder E: gertrud.baumgartner@praxis1160.at

Liebe Grüße ...

Mag.ª Gertrud Baumgartner
Bezirkskoordinatorin Ottakring und Fünfhaus

Informationsaustausch in Währing

Beim letzten Treffen am 11. 10. 2016 ging es vorwiegend um Fragen der Praxisorganisation, wie z. B. die Erfahrungen mit der Registrierkasse bzw. mit dem Umstieg auf Überweisungen.
Weiteres Thema waren die Schwierigkeiten bei der Praxis-Suche: Nach einer Gesetzes-Änderung im Mietrechtsgesetz 2012 dürfen VermieterInnen von UST-Befreiten – also allen PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen keine UST auf die Miete verrechnen. Aus diesem Grund weigern sich viele Hausverwaltungen seither generell, Praxen zu vermieten – verständlich wegen des enormen Aufwands und der Mehrkosten, die das nach sich zieht. Es wird beklagt, dass keine starke Vertretung sich dafür einsetzt, diese – für alle, die eine neue Praxis suchen müssen – existenzbedrohende Gesetzgebung zu verändern.

Mit der neuen Bezirksvorsteherin Frau Silvia Nossek wurde Kontakt aufgenommen, um wieder Vorträge im Bezirksamt anzubieten. KollegInnen, die daran mitwirken möchten, bitte ich, mich zu kontaktieren. Voraussetzung: WLP-Mitgliedschaft

Das **nächste Bezirkstreffen** findet statt am **6. März 2017** um **19.15 Uhr** in der Praxis Wallrißstraße 43/1/12, 1180 Wien.

Ich biete einen Vortrag an mit Übungen zum Thema **„Körperorientierte Interventionen zur Ich-Stärkung“** auf den Grundlagen von Biodynamischer Körperpsychotherapie (Gerda Boyesen), Bioenergetik, verschiedene Fort- und Weiterbildungen zur Traumatherapie (PITT, SE, Brainspotting).

Kontakt unter T: 0664 / 220 27 98 oder E: lisa.koehler@aon.at

Herzlichst ...

Lisa Köhler-Reiter
Bezirkskoordinatorin Währing

Fortbildung in der Donaustadt

Wir begannen unsere Herbstarbeit mit dem Thema „Burnout“. Kollege Ing. Karl Eigel (Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision, eingetragener Mediator und Burnout Coach) hielt den Vortrag **„Einmal Burnout und zurück“**. Der spannende Vortrag wurde mit einer lebhaften Diskussion abgerundet. Herzlichen Dank!
An diesem Abend hatten wir auch Besuch aus der psychiatrischen Abteilung des Donauspitals – ein Oberarzt, dem eine engere Zusammenarbeit am Herzen liegt. Wir haben einige Möglichkeiten diskutiert und dabei Daten ausgetauscht. Die Bezirkskoordinatorinnen des 2., 20. und 22. Bezirks wurden zu einem Treffen ins SMZO eingeladen, das noch im November stattfand.

Bei unserem Treffen am 29. 11. 2016 entführte uns Kollegin Eva Pärtan (Psychotherapeutin) in die Welt des Autogenen Trainings. Thema ihres Vortrages **„Autogenes Training – Vom Körper zur Psyche“**.

Die **nächsten Bezirkstreffen** finden statt am **31. Jänner** und **28. März 2017** um **19.15 Uhr** in der Praxis22, Wulzendorfstraße 30B, 1220 Wien.

Kontakt unter T: 0664 / 867 07 03 oder E: gabriele.hasler@aon.at

Ich wünsche allen KollegInnen ein gutes Neues Jahr 2017!

Gabriele Hasler
Bezirkskoordinatorin Donaustadt

Wechsel in Liesing

In diesem Jahr haben im 23. Bezirk vier Bezirkstreffen stattgefunden, bei denen viel besprochen, ausgetauscht und auch Neues dazu gelernt wurde. An zwei Abenden hat mein geschätzter Praxiskollege Dr. Simon Colin de Tarsienne über Neuerungen in der psychiatrisch-medikamentösen Behandlung informiert und viele Fragen beantwortet. Regelmäßig trifft sich ein kleiner Kreis von PsychotherapeutInnen zur In-

travision, die Angela Kunz engagiert organisiert. Vielen lieben Dank für euren Einsatz!
Durch meinen Praxis-Umzug in den 13. Bezirk heißt es nach zwei Jahren Bezirkskoordination in 1230 Wien für mich, Abschied nehmen. Dies fällt nicht leicht, da ich den regelmäßigen Austausch mit euch KollegInnen aus dem schönen Liesing sehr vermissen werde. Jedoch hoffe ich, dass die Bezirkstreffen weitergeführt werden.
Erste Gespräche mit meiner Nachfolgerin **Gabriele Zehetbauer-Flemisch-Salzer** (E: g.fle@gmx.net; T: 0699 / 1472 0005) haben bereits stattgefunden und sie wird sich 2017 Kürze mit neuen Themen vorstellen.

Vielen Dank an dieser Stelle für euer Engagement und eure professionelle Arbeit im Bereich der Psychotherapie im Bezirk – und ich hoffe wir sehen einander wieder ganz nach dem Sprichwort „Man trifft sich immer zweimal!"

Die **nächsten Bezirkstreffen** finden statt am **13. März, 14. Juni, 25. September** und **13. Dezember 2017** um **19.45 Uhr** in der Praxis Trugina-Weber, Gebirgsgasse 1, 1230 Wien.

Kontakt unter T: 0650 / 48 19 777 oder E: praxis@claudiabernt.at

Mit lieben Grüßen ...

Mag.ª Claudia Bernt
Bezirkskoordinatorin Liesing

Die nächsten Termine der WLP-Bezirkstreffen

2./20. Bezirk
Neue Termine auf der Website des WLP unter: Bezirkskoordination
Kontakt: Dr.in Sonja Brustbauer (BK-Stv.)
E: sbrustbauer@utanet.at
T: 0650 / 350 28 28

5./6. Bezirk
16. 3. 2017, 19.30 Uhr,
Ort wird noch bekannt gegeben.
Kontakt: Yasmin Randall MSc (BK-Stv.)
E: yasmin.randall@chello.at
T: 0660 / 707 65 89

10./11. Bezirk
21. 3. 2017, 18.30 Uhr, Praxis Favoritenstraße 81/40, 1100 Wien
Kontakt: Mag.ª Petra Marksteiner-Fuchs, MSc (BK)
E: mag.petra.marksteiner-fuchs@tmo.at
T: 0660 / 813 62 75

13. Bezirk
17. 1. 2017, 18.30 Uhr,
Restaurant Wambacher,
Lainzer Straße 123, 1130 Wien
Kontakt: Reinhard Möstl, MSc (BK)
Mag.ª Manuela Andiel (BK-Stv.)
E: rmoestl@aon.at
T: 0699 / 1877 8778

15./16. Bezirk
21. 2. 2017, 4. 4. 2017, jeweils 20.00 Uhr,
Praxis Enenkelstraße 32/15, 1160 Wien
Kontakt: Mag.ª Gertrud Baumgartner (BK)
Eva-Maria Ostermann (BK-Stv.)
E: gertrud.baumgartner@praxis1160.at
T: 0676 / 709 31 37

18. Bezirk
6. 3. 2017, 19.15 Uhr, Praxis Wallrißstraße 43/1/12, 1180 Wien
Kontakt: Lisa Köhler-Reiter (BK)
E: lisa.koehler@aon.at
T: 0664 / 220 27 98

20/2. Bezirk
Neue Termine auf der Website des WLP unter: Bezirkskoordination
Kontakt: Dr.in Sonja Brustbauer (BK-Stv.)
E: sbrustbauer@utanet.at
T: 0650 / 350 28 28

21. Bezirk
31. 1. 2017, 14. 3. 2017, 25. 4. 2017,
jeweils 20.00 Uhr,
Therapiezentrum Phönix,
Brünner Straße 20, 1210 Wien
Kontakt: Michael Rath (BK)
E: michael.rath@phoenix-zentrum.at
T: 0699 / 1815 9753

22. Bezirk
31. 1. 2017, 28. 3. 2017, jeweils 19.15 Uhr,
Praxis 22, Wulzendorfstraße 30b,
1220 Wien
Kontakt: Gabriele Hasler (BK)
Eva Pärtan (BK-Stv.)
E: gabriele.hasler@aon.at
T: 0664 / 867 07 03

23. Bezirk
13. 3. 2017, 14. 6. 2017, 25. 9. 2017,
13. 12. 2017, jeweils 19.45 Uhr,
Praxis Trugina-Weber,
Gebirgsgasse 1, 1230 Wien
Kontakt: Mag.ª Claudia Bernt (BK)
E: praxis@claudiabernt.at
T: 0650 / 481 97 77

Das WLP-Team

Vorstand:

Leonore Lerch, Jg. 1963, Ausbildung in Klienten-zentrierter Psychotherapie (ÖGWG) und Biodynamischer Psychotherapie (AIK, GBII), **Arbeitsschwerpunkte:** Psychiatrische Erkrankungen, Gender, Transgender, Trans-kulturalität, in freier Praxis seit 1997. Langjährige Tätigkeit als Geschäftsführerin in therapeutischen Einrichtungen. Mitarbeit beim Verein Windhorse – Ambulante Betreuung von Menschen in schweren psychischen Krisen (Psychosen), Publikationstätigkeit. **Berufspolitik:** Vorsitzende des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie, Delegierte ins Länder- und Bundesforum, stv. Vorsitzende des Länderforums, Kontakt Wiener Bezirks-koordination.

lerch@psychotherapie-wlp.at

Gerhard Pawlowsky, Dr., Jg. 1943, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychoanalytiker und personen-zentrierter Psychotherapeut. **Berufspolitik:** beteiligt an der interimistischen Leitung des WLP April bis Juni 2008, Schriftführer des WLP, Delegierter ins Länderforum, stv. Vorsitzender des WLP. Am Neuaufbau der Beschwerde-stelle des WLP beteiligt sowie zuständig für Rechtsangelegenheiten.

gerhard.pawlowsky@utanet.at

Eva Weissberg-Musil, Jg. 1962, Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision, eingetragene Mediatorin, Lebens- und Sozialberaterin und Coach in freier Praxis, Ehrenamtliche Mitarbeiterin der Kolping Beratungsstelle und der Beratungsstelle Cou-rage in Wien, Zertifizierte Er-wachsenenbildnerin, Trainerin für Konflikt- und Selbstmana-gement, Programmleiterin der Akademie der Sankt Vinzenz Stiftung. **Berufspolitik:** Schriftführerin und KandidatInnenvertreterin des WLP

weissberg-musil@psychotherapie-wlp.at

Michaela A. Tomek, Mag.ª, Jg. 1977, abgeschlossenes Studium der Internationalen Betriebswirtschaftslehre und ausgebildete Biochemikerin, selbständige Unternehmens-beraterin, Psychotherapeutin in freier Praxis (Systemische Familientherapie), Weiter-bildung Einzel- und Gruppen-psychotherapie für Kinder und Jugendliche an der KJP Hin-terbrühl, Angestellte Beraterin an der Kolping Lebens- und Familienberatungsstelle 1180 seit 2016, Outdoor-Jugend-coach. **Berufspolitik:** Kassierin des WLP

tomek@psychotherapie-wlp.at

Büro:

Eva Lamprecht, Mag.ª phil., 1963, Studium der Publizistik- und Kommunikationswissen-schaften/Romanistik an der Uni Wien. Langjährige Tätig-keit im Bereich Öffentlichkeits-arbeit, Werbung und Kultur-management, Kinderbuch-autorin. Seit Dezember 2011 als Assistentin des Vorstandes des WLP tätig.

lamprecht@psychotherapie-wlp.at

Öffnungszeiten des Büros
Montag, Donnerstag: 9–14 Uhr
Dienstag: 12–16 Uhr
Löwengasse 3/3/4
1030 Wien
T: 01/890 80 00-0
F: 01/512 70 90-44
E: office@psychotherapie-wlp.at
www.psychotherapie-wlp.at

Delegierte in das Länderforum:

Gertrud Baumgartner, Mag.ª, Jg. 1956, langjährige Psychotherapeutin in freier Praxis (Integrative Gestalttherapie). Bezirkskoordinatorin im 16. Bezirk seit über zehn Jahren.
gertrud.baumgartner@praxis1160.at

Irmgard Demirol, Mag.ª, Jg. 1963, Diplompädagogin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie) – traumazentrierte Therapie, Theaterpädagogin (Theater der Unterdrückten nach Augusto Boal). Psychotherapie auch in türkischer, englischer und spanischer Sprache.
irmgard.demirol@web.de

Nina Petz, Schauspielerin, Hypnosepsychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (in Ausbildung unter Supervision) in freier Praxis.
office@ninapetz.at

Yasmin Randall, MSc, Hypnose-Psychotherapeutin, Traumatherapeutin, Bezirkskoordinatorin im 5./6. Bezirk, Projekte im Bereich „Psychotherapie und Migration".
yasmin.randall@chello.at

Kommission „Psychotherapie in Institutionen":

Leonore Lerch
für das Bundesland Wien
- Vertretung der in Institutionen beschäftigten PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen in Ausbildung
- Vertretung der Psychotherapie in Institutionen

institutionen@psychotherapie-wlp.at

Projekte:

„Mein Körper gehört mir"
in Kooperation mit dem Österreichischen Zentrum für Kriminalprävention

Nina Petz, Schauspielerin, Hypnosepsychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (in Ausbildung unter Supervision) in freier Praxis.
office@ninapetz.at

Informationsstelle:

Gertrud Baumgartner, Mag.ª, Mitarbeiterin der WLP-Informationsstelle seit Mitte der 90er-Jahre, Leiterin seit Mai 2009.

Telefonische Beratung
T: 01/512 71 02
Montag, Donnerstag: 14–16 Uhr
Persönliche Beratung
(kostenlos und unverbindlich)
Es wird um Terminvereinbarung während der tel. Beratungszeiten ersucht.
Montag, Donnerstag: 16–17 Uhr
WLP-Büro, Löwengasse 3/3/4, 1030 Wien
Schriftliche Anfragen unter informationen@psychotherapie-wlp.at

Beschwerdestelle:

Susanne Frei, Dr.in, Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin für Katathym Imaginative Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogene Psychotherapie, Lehrtherapeutin, Klinische Psychologin mit Psychotherapieauftrag im SMZO-Donauspital – Psychosomatisch/Psychoonkologische Ambulanz, nebenbei in freier Praxis.

Schriftliche Anfragen unter beschwerden@psychotherapie-wlp.at

Bezirkskoordination:

Gabriele Hasler, Personzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Akademische Referentin für feministische Bildung und Politik, WLP-Bezirkskoordinatorin in Wien-Donaustadt, Vorsitzende der BezirkskoordinatorInnenkonferenz
gabriele.hasler@aon.at

Reinhard Möstl, MSc, dipl. Sozialarbeiter und Psychotherapeut, Existenzanalyse, Arbeit in freier Praxis, Mitarbeit in der WLP-Infostelle, Bezirkskoordinator für Wien 13, Vorsitzender der BezirkskoordinatorInnenkonferenz
rmoestl@aon.at

Rechnungsprüferinnen:

Ursula Duval, Dr.in, Hypnose-Psychotherapeutin, Traumatherapeutin, TrainerInnenausbildung, ÖBVP-Aktivistin der ersten Stunde.
ursula.duval@chello.at

Yasmin Randall, MSc, Hypnose-Psychotherapeutin, Traumatherapeutin, Aufbau der „Mariahilfer Bezirkspsychotherapeutlnnen", auch ÖBVP-Aktivistin der ersten Stunde.

WLP
Wiener Landesverband für Psychotherapie

www.psychotherapie-wlp.at

Österreichische Post AG
MZ 02Z031107 M
Wiener Landesverband für Psychotherapie (WLP)
Löwengasse 3/3/4, 1030 Wien

Nächste **WLP** NEWS:
Redaktionsschluss: 19. Feber 2017
Erscheinungstermin: 31. März 2017

Erscheinungsweise 4 x jährlich