

DAGP/ÖAGP-INFORMATIONEN

Ausgabe 3/2007 – 16. Jahrgang

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie / Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie
Sektion Psychotherapie der GTA

VORSCHAU

Deutschland

DAGP – Treffen, 9. November 2007, 15 Uhr

Thema: „Erst im Ersticken spürt man, was Luft eigentlich bedeutet“

Karl Duncker und die gesellschaftliche Dimensionen der Gestalttheorie. Bericht einer Recherche, Teil II

Fortsetzung des Referats vom 9.3.07

Referent:

Helmut Boege

Gestaltungstherapeut in einer Suchtklinik, Arnsberg

Ort: Berggasthof Didoll,
Richstein

Österreich

ÖAGP – Theoriearbeitskreis, 9. November 2007, 15 Uhr

Thema: „Die Entwicklung von Ausstiegsmodellen aus der Drogenkarriere - aus gestalttheoretischer Sicht.“

„*Werde abstinient! Aber doch bitte so, wie es sich gehört...*“

Drogenkonsum hat vielfach einen positiven stabilisierenden Charakter. Die Lebensgeschichten drogenabhängiger Menschen sind häufig durch traumatische Erfahrungen und psychische Begleiterkrankungen geprägt. Gemäß ihrem Erfahrungshintergrund und der ihnen zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten, steckt im Drogenkonsum der Versuch, sich das Leben zu erleichtern. Drogenkonsum hält die psychische Ökonomie in einem, wenn auch fragilen Gleichgewicht.

Im Arbeitskreis wird der Versuch unternommen, unter dem Blickwinkel der Gestalttheoretischen Psychotherapie Möglichkeiten und Schwierigkeiten, die in der stationären, dezentralen und ambulanten Behandlung drogenabhängiger Menschen entstehen zu beleuchten.

Dabei stehen zum einen - neben ethischen - konzeptuelle Überlegungen im Vordergrund und die kritische Betrachtung von therapeutischen Rahmenbedingungen, welche die betroffenen Menschen dabei unterstützen sollen, die ihnen eigene Fähigkeit zur Selbstregulation zu mobilisieren. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Substitutionsbehandlung im Sinne einer Kombinationstherapie.

Die konkrete Aufgabe, in der psychotherapeutischen Arbeit förderliche Rahmenbedingungen herzustellen, soll auch im Hinblick auf Interdisziplinarität und der entsprechenden Haltung der BehandlerInnen den drogenabhängigen KlientInnen gegenüber erörtert werden.

Zum anderen werden zentrale Punkte in der psychotherapeutischen Arbeit mit den KlientInnen reflektiert.

Kernpunkte dabei sind einerseits die Akzeptanz der unterschiedlichen Herangehensweisen (Tempo, Umwege etc.) der KlientInnen an ihre Suchtbewältigung, um sie dann dabei zu unterstützen, ihr eigenes Modell im Einklang mit ihrem Selbstverständnis zu entwickeln.

Andererseits craving und eventuelle Rückfälligkeit/Beikonsum zunächst einmal zu entdramatisieren, damit ein vernünftiges therapeutisches (Be)Arbeiten möglich wird und nicht im Spannungsfeld von „Erfolg und Scheitern“ die Energie der Betroffenen an die erlebte eigene Unzulänglichkeit gebunden wird.

Last not least wird noch auf das Thema „Behandlungserfolg“ eingegangen.

Referentin:

Mag. Regina Agostini

Klinische und Gesundheitspsychologin, Gestalttheoretische Psychotherapeutin i.A.u.S., Therapeutische Leitung stat. SHH Schweizer Haus Hadersdorf, Stationäre, halbstationäre und ambulante Drogeneinrichtung. Konzeptentwicklung und Suchtbehandlung im Strafvollzug

Ort:

Café-Restaurant Max,
Stubenring 16, 1010 Wien

Impressum

DAGP/ÖAGP-Informationen:
Information für die Mitglieder der
ÖAGP und DAGP

ÖAGP-Nationaler Zweig der Sek-
tion Psychotherapie der GTA in
Österreich

*Staatlich anerkannte psychothera-
peutische Ausbildungseinrichtung
für das Fachspezifikum.*

*Mitgliedsverein des Österreicher-
ischen Bundesverbandes für Psy-
chotherapie (ÖBVB).*

*Mitgliedsverein der European Asso-
ciation for Psychotherapy (EAP).
A-1180 Wien, Schopenhauerstraße
48/6, Tel. +43/699/81 30 40 99*

DAGP-Nationaler Zweig der Sek-
tion Psychotherapie der GTA in
Deutschland

*Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Psychotherapeutischer Fachver-
bände (AGPF).*

*Mitglied der European Association
for Psychotherapy (EAP)
D-88131 Lindau, Lindenhofweg 19,
Tel. +49/8382/259 76
Fax +49/8382/942 278.*

Redaktion und Herstellung:
*Irene Agstner, Elisabeth Ripka,
Thomas Zusanek*

Redaktionsschluß dieser Ausgabe:
05. Oktober 2007

Inhalt

Mittelteil	I-XIII
• Katharina Sternek: Bindungstheorie und Gestaltpsychologie	
• Uta Wedam: Beziehung und Struktur in der Arbeit mit schwer traumatisierten Flüchtlingen	
Editorial	2
Aus der Sektion	
• Zum beiliegenden Jahresprogramm 2008	3
• Mitgliederversammlung der Sektion	4
• Zur Lage der Psychotherapie in Deutschland	5
Berufspolitik Österreich	18
Gratulationen	18
Aus der ÖAGP	
• Bericht vom Vorstand	19
• Graduierten-Akademie der ÖAGP	20
• Bericht der Öffentlichkeitsarbeitsgruppe	21
• Gestalt-Cafè	22
• Infostelle WLP	22
• Bericht vom Theorieseminar: Soziale Tugenden	23
Termine und Veranstaltungen	24
Adressen und Telefonnummern	26

„Sag zum Abschied leise Servus, ...“

Die im „Hier und Jetzt“ vor Euch liegende neueste Ausgabe der DAGP/ÖAGP Informationen ist nun auch schon wieder Vergangenheit. Denn es ist die letzte Ausgabe dieser Art. Wir freuen uns, dass sie noch einmal sehr umfangreich geworden ist und danken allen, die uns mit Artikeln unterstützt haben. Besonders danken wir Jürgen Kriz für die Erlaubnis, seine Untersuchung zur Lage der Psychotherapie in Deutschland abzdrukken.

Die Zukunft: Geplant ist, die Vereinszeitung ab 2008 durch eine Fachzeitschrift zu ersetzen, die ihren Schwerpunkt auf Psychotherapie-Fachartikel haben wird. Dadurch soll sie auch in einer breiteren Öffentlichkeit Anklang finden. Die Redaktion werden zunächst Bernadette Lindorfer und Gerhard Stemberger leiten. Wir wünschen Euch guten Erfolg.

Mit einem letzten Blick zurück in die virtuellen Räume der Redaktion und mit einem Blick auf die LeserInnenschaft verabschieden sich

Irene Agstner, Elisabeth Ripka und Thomas Zusanek

Aus der Sektion

Zum beiliegenden Jahresprogramm 2008

Der Vorstand der Sektion Psychotherapie hat gemeinsam mit dem Ausbildungsausschuss der ÖAGP in seiner Sitzung am 11.9.07 das Jahresprogramm 2008 beschlossen, das dieser Ausgabe der *DAGP/ÖAGP-Informationen* beiliegt.

Im Vorfeld waren alle Lehrpersonen der ÖAGP und der Sektion Psychotherapie sowie auch die Mitglieder der ÖAGP-Graduiertenakademie und der DAGP-Vorstand eingeladen worden, Veranstaltungsangebote für das Programm 2008 einzubringen. Weiters wurde unter den noch in Ausbildung stehenden Mitgliedern der ÖAGP erhoben, welchen konkreten Bedarf an Pflichtveranstaltungen sie für ihre Ausbildung im Jahr 2008 jedenfalls haben. Aus der Zusammenschau und Bewertung der eingelangten Angebote und dieser Erhebung hat sich das nun vorliegende Programm 2008 ergeben. Es deckt den angemeldeten Bedarf der in Ausbildung stehenden und bietet darüber hinaus unseren Graduierten eine Reihe von attraktiven Seminaren für ihre Fort- und Weiterbildung, die auch über den Kreis der Mitglieder hinaus angeboten und beworben werden können. Wir hoffen, dass diese 2008 angebotenen Seminare eine gute Resonanz unter den Sektionsmitgliedern in Österreich und Deutschland und darüber hinaus im psychotherapeutischen Umfeld in Österreich finden werden.

Dass hier Österreich besonders hervorgehoben wird, hat folgende Gründe: Über die letzten Jahre ist die Aus-, Fort- und Weiterbil-

dungstätigkeit in Deutschland trotz Bemühungen der DAGP um neue Angebote praktisch zum Erliegen gekommen, während die ÖAGP sie in Österreich trotz erschwelter Bedingungen auch in diesem Land aufrechterhalten und weiterentwickeln konnte.

Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass das Jahresprogramm der Sektion sich faktisch mehr und mehr auf das Programmangebot der ÖAGP reduziert hat und mit ganz wenigen Ausnahmen (DAGP-Treffen) die Aus-, Fort- und Weiterbildungsseminare auch nur noch in Österreich stattfanden.

In den letzten beiden Jahren (2006 und 2007) haben sich ÖAGP-Ausbildungsausschuss und Sektionsvorstand verstärkt um die Einbeziehung qualifizierter GTA-Mitglieder über den Kreis der Sektionsmitglieder hinaus in das Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramm bemüht (Seminarangebote 2006 mit Jürgen Kriz, 2007 mit Ernst Plaum, Giuseppe Galli und Anna Arfelli Galli, Herbert Fitzek und Wolfram Domke), nachdem diese Ressourcen über viele Jahre nicht genutzt worden waren. Für die ÖAGP, die die praktische Umsetzung dieser Bemühungen faktisch alleine zu tragen hatte, war dies mit erheblichen Anstrengungen für die Bewerbung und Organisation dieser Seminare und finanziell mit Risiken und zusätzlichen Aufwendungen verbunden. Diese Seminare kamen in Österreich zwar mit vertretbaren Teilnehmerzahlen zustande (im Schnitt etwa 10 TN), von DAGP-

Mitgliedern wurden sie jedoch praktisch nicht wahrgenommen (2006 und 2007 war eine einzige Seminarteilnahme eines DAGP-Mitglieds zu verzeichnen). Faktisch blieben damit die Sektionsprogramme 2006 und 2007 also auch trotz dieser Bemühungen „ÖAGP-Programme“.

Für das Programm 2008 lagen dem Sektionsvorstand neben der Bestätigung der Termine für die drei DAGP-Treffen im Jahr 2008 keine Veranstaltungsvorschläge für Deutschland vor, die in das Programm aufgenommen werden hätten können. Auch das Jahresprogramm 2008 der Sektion Psychotherapie wird demnach im Wesentlichen wieder von der ÖAGP getragen und damit auch wieder vorwiegend von den Anforderungen und Möglichkeiten der Aus-, Fort- und Weiterbildung der ÖAGP in Österreich geprägt. Es wird nun dennoch in gleicher Form wie 2007 (Beilage zu den *DAGP/ÖAGP-Informationen* und PDF zum Download von der Homepage) als Sektionsprogramm veröffentlicht, verbunden mit der Einladung an die DAGP, für die Teilnahme an den Seminarangeboten auch im Kreis der Sektionsmitglieder in Deutschland zu werben.

Auf die Anwerbung qualifizierter Vortragender aus dem weiteren GTA-Kreis außerhalb Österreichs, wie wir dies 2006 und 2007 hatten, wurde für das Jahresprogramm 2008 aus zwei Gründen verzichtet:

Erstens, weil die Seminarnachfrage aus dem zahlenmäßig abnehmen-

den Kreis der noch in Ausbildung Stehenden nächstes Jahr relativ gering sein wird. Auch eine zunehmende Nachfrage aus dem Kreis der Graduierten, auf die wir hinarbeiten, wird dies nicht in dem Ausmaß ausgleichen können, wie es für den Einsatz externer Vortragender notwendig wäre (während unsere eigenen Lehrpersonen vor Ort auch geringere Teilnehmerzahlen mit den entsprechenden finanziellen Konsequenzen in Kauf nehmen, kann das bei sektions-externen Vortragenden und Seminarleitern schon wegen ihrer höheren eigenen Kosten nicht ohne weiteres erwartet werden).

Zweitens, weil wir es für wichtig halten, dass vor allem auch die Seminarangebote der neu ins Lehrpersonal berufenen ÖAGP-Mitglieder in diesem Jahr im Sinne des weiteren Aufbaus der ÖAGP ihren guten Platz finden, was durch eine Aufsplitterung der Seminarnachfrage auf zu viele „konkurrierende“ Angebote unnötig gefährdet würde.

Für das Jahr 2009 kann dann aus Sicht des derzeitigen Sektionsvorstandes und des ÖAGP-Ausbildungsausschusses wieder an die eine oder andere Seminarveranstaltung mit sektions-externen Vortragenden gedacht werden.

Rainer Kästl für den Sektionsvorstand

Eva Wagner-Lukesch für den ÖAGP-Ausbildungsausschuss

Einladung zur

Außerordentlichen Mitgliederversammlung der



Sektion Psychotherapie

am

Samstag, 17. November 2007
16.00 Uhr

in

Neuhaus am Inn
Hotel „Zur Alten Innbrücke“

Alle Mitglieder sind herzlich eingeladen, an der Mitgliederversammlung teilzunehmen. Der Vorstand freut sich auf zahlreiches Erscheinen.

Zur Lage der Psychotherapie in Deutschland¹

Stand – Kritik – Ausblick

Jürgen Kriz, Universität Osnabrück

1. Einleitende Übersicht

Bei allen noch aufzuzeigenden Problemen und Gefährdungen der Psychotherapie in Deutschland gibt es auch einige positive Aspekte, die nicht übersehen werden sollen – und die sich gut für einen Einstieg in die Thematik eignen:

Acht Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) ist der Beruf(stand) „Psychotherapeut“ – besonders durch die beiden zum „ärztlichen Psychotherapeuten“ hinzugekommenen Gruppen „Psychologischer Psychotherapeut“ (PP) und „Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut“ (KJP) - fest im Gesundheitssystem und in d. Gesellschaft etabliert. Fast alle Länderkammern sowie eine Bundeskammer für Psychotherapeuten (BPtK) sind inzwischen gebildet worden, haben beachtlichen Anteil an der öffentlichen Diskussion und sind im Gesundheitswesen als ernst zu nehmende Partner akzeptiert und integriert. Es wurden in diesem Zusammenhang recht klare Aus-, Fort- und Weiterbildungs-Strukturen geschaffen. Die Bezahlung von Psychotherapien – allerdings nur die der Richtlinienverfahren – ist strukturell und quantitativ deutlich konsolidiert.

Dieser Rahmen hat dazu beigetragen, dass nach meinem Dafürhalten und meinen Erfahrungen auf vielerlei Ebenen die Zusammenarbeit deutlich kooperativer und entspannter verläuft - und zwar sowohl der Psychotherapeuten untereinander (d.h. zwischen den PP, KJP und ärztlichen Psychotherapeuten), als auch zwischen den Psychotherapeuten und den „somatischen“ Ärzten. Um so bedauerlicher ist es allerdings, dass in wenigen, vor allem von Funktionären durchsetzten Gremien, eine gegenteilige Entwicklung zu verzeichnen ist, und in jüngster Zeit geradezu „Kriegsstimmung“ angeheizt wird (darauf wird noch einzugehen sein).

Davon ist allerdings die ambulante Praxis derer, die in Deutschland praktizieren dürfen, erfreulich wenig berührt; selbst in den Kammern ist die Zusammenarbeit zwischen den Vertretern unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze eigentlich erstaunlich gut und kooperativ. Und in der stationären Versorgung ist eine angemessene Vielfalt der Vorgehensweisen auch in Deutschland nach wie vor gewährleistet. Es wird sogar in den letzten Jahren zunehmend von unterschiedlichen Modellen übergreifender Kooperation zwischen Ärzten und Psychotherapeuten einerseits sowie primär stationär und ambulant Tätigen andererseits Gebrauch gemacht – z.B.

- *multiprofessionelle Teams*, in denen u.a. Ärzte und Psychotherapeuten dauerhaft oder bei bestimmten Aufgaben zusammenarbeiten. Ein Beispiel ist die Zusammenarbeit im Rahmen von „Asthmaakademie“, die von uns in Osnabrück federführend entwickelt wurden und inzwischen bundesweit etabliert sind. Auch bei schwerem, rein somatisch bedingtem, Asthma kommen einerseits zahlreiche psychosoziale Sekundärsymptome hinzu, die krankheitswertige Störungen mit verursachen oder aufrecht erhalten können (beispielsweise Anorexie eines Geschwisterkindes, um ebenfalls Beachtung gegenüber dem „Asthma“-Kind zu erkämpfen, oder Suizidalität überforderter Mitglieder in Familien, bei denen sich alles nur noch um das Asthma dreht). Aber selbst die rein somatische Primärkrankheit wird hier moderiert: Bei gleichem biosomatischem Zustand und gleicher stofflichen Umweltbelastung kann mehr oder weniger „Stress“ entscheidend dafür sein, ob ein Anfall gerade noch bewältigt wird oder aber ausbricht. Das Ausmaß von Stress wiederum kann aber unmittelbar mit der spezifischen Familiendynamik verbunden sein. Wenn daher in klassischer „Asthmaschulung“ dem Leben der Hausstaubmilbe oft ein weitaus größere Beachtung geschenkt wird, als dem Familienleben und dessen Zusammenhänge mit Stress, Verkrampfung und den biomedizinischen Ebenen des Asthma-Prozesses, so ist dies eigentlich unverantwortlich (vgl. Könning, Szczepanski & v. Schlippe 1994)
- *Konsiliardienste* stellen eine spezifische Art solcher Art-Psychotherapeuten-Kooperation dar. Es geht hierbei um die Heranziehung von Psychotherapie auf somatischen Stationen. Dabei können einerseits psychische Symptome als Folge der somatischen Prozesse gesehen werden (z.B. depressive Symptome infolge längerer oder schwerer körperlicher Beeinträchtigung), oder zu einer psychischen Erkrankung kommen somatische Beeinträchtigungen (z.B. Schäden als Folge eines Suizidversuchs), oder beide beeinflussen sich gegenseitig.
- Von *Liaisondiensten* spricht man dann, wenn ein Behandlungsteam von Psychotherapeuten angeleitet wird oder Psychotherapeuten in das Team integriert sind.

- *Integrierte Versorgung (IG)* stellt eine weitere übergreifende Arbeitsform dar: Mindestens 2 Leistungssektoren (ambulant / stationär) gewährleisten eine interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgung, wobei in der Regel ein Leistungserbringer die Haftung für alle Leistungen übernehmen soll. Die zugrunde liegende Idee ist eine Überwindung der bisherigen Schnittstellenprobleme und damit eine höhere Effizienz der Versorgung. Dieses Konzept wird z.Zt. von der Bundesregierung mit vergleichsweise hohen finanziellen Anreizen gefördert. Auch hier bedarf es neuer Effektivitäts- und Qualitäts-Überlegungen. Kennzeichnend für die Integrierte Versorgung ist ihre einzelvertragliche Basis, d. h. jede Krankenkasse kann alleine mit einem oder mehreren Leistungsanbietern einen Vertrag schließen. Die Vertragsgestaltung und der Ort der Leistungserbringung unterliegen nur geringen Begrenzungen und die Zulassungsregelungen sind weitgehend aufgehoben.

Ein Problem stellt die Überwindung von Misstrauen hinsichtlich der „Querfinanzierung“ dar – d.h. man unterstellt, dass z.B. Rehabilitations-Leistungen aus dem Sozialhilfegesetz den Kassen aufgebürdet werden sollen (oder umgekehrt).

Ein weiterer Problemkreis stellt sich durch die die sog. „*Disease-Management-Programme*“ (DMP): Es geht dabei um strukturierte Behandlungsleitlinien für chronisch Kranke auf der Grundlage evidenz-basierter Behandlungsschritte. Prinzipiell kann damit ein besseres Zusammenspiel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erreicht werden. Allerdings ist darauf zu achten werden, dass es sich um mehr als abstrakte, „wissenschaftliche“ „Behandlungsprogramme“ handelt (analog zu den o.a. abstrakten „Therapierichtungen“). Zudem besteht die Gefahr, dass „Krankheit“ weitgehend nur unter wirtschaftlichen Aspekten gesehen wird.

Mit dem Begriff des „*Case-Managements*“, das statt auf Behandlungsprogramme auf den konkreten Fall in seiner realen Komplexität bezogen ist, versucht man diese klinische Relevanz und Validität einzufordern.

- Ein weiteres in Diskussion befindliches Modell ist das *Medizinische Versorgungszentrum (MV)*. Als Modell dienen die ehemalige DDR-Polikliniken mit ihrer ambulanten Versorgungsstruktur. Das MV soll fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungsbringer fördern - z.B. von Ärzten und Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Bisherige Berichte weisen aber auf das Problem hin, dass die Organisationsformen und Abrechnungsstrukturen tlw. noch sehr unklar sind, was leider einer größeren Verbreitung von MV entgegensteht.

Einschränkend muss allerdings auch schon zu diesen eher positiven Aspekten gesagt werden, dass der „Preis“ für diese Konsolidierung der Psychotherapie in Deutschland recht hoch – und für manche Kritiker gar: zu hoch – war, nämlich die Eingliederung des Berufsfeldes der Psychotherapeuten in die Struktur des Medizin-Systems. Obwohl eigentlich sogar fast jedem Laien der qualitative Unterschied zwischen dem Verabreichen von Pillen und der Durchführung von Psychotherapie einsichtig ist (um einen etwas überspitzten und plakativen Gegensatz zu strapazieren), tut sich das Medizin-System recht schwer, den Besonderheiten der Psychotherapie Rechnung zu tragen. Ein weiterer problematischer Aspekt ist die enge Kontingentierung der Psychotherapeuten-Praxen – und damit eine Festschreibung der derzeitigen Unterversorgung (wie noch gezeigt werden wird). Sehr unerfreulich ist, dass die blühende Landschaft unterschiedlicher Psychotherapieverfahren in Deutschland im Bereich ambulanter Praxen seit 1999 fast völlig zerstört wurde - im Gegensatz zu den Lösungen anderer Nationen. Zu bedenken ist auch, dass im Zuge der Steigerung des Anteils an privater Rentenversicherungsleistung und der Einschätzung der Versicherer, dass Psychotherapie ein Risikofaktor darstellt, möglicherweise eine erhebliche Veränderung der Beanspruchung von dokumentierter Kassenleistung folgen wird: Es ist eher eine Frage der Informiertheit und ein Rechenexempel, wann es für breitere Kreise billiger sein wird, eine Psychotherapie lieber selbst zu bezahlen – und sich dann das für sie passende und effektive Verfahren auch noch aussuchen zu können – als zwar zunächst kostenfrei mit einem der drei Richtlinienverfahren behandelt zu werden, aber dafür ggf. wesentlich höhere Beiträge zur privaten Rentenversicherung zu zahlen.

Obwohl somit die Lage der Psychotherapie in Deutschland im Vergleich vor dem PsychThG insgesamt als hinreichend befriedigend zu sehen ist, gibt es partiell mangelhafte Substrukturen. Zudem sind deutliche Tendenzen zu erheblicher Verschlechterung, besonders im ambulanten Bereich, zu verzeichnen. Die Arbeit – bzw. auch: nicht-Arbeit – und Entscheidungen des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) haben strukturelle Mängel erzeugt bzw. offen werden lassen, die faktisch als partielles Systemversagen bezeichnet werden müssen. Schon jetzt sind diese strukturellen Mängel qualitätsmindernd, schädlich für Patienten und behindern eine sachgerechte Weiterentwicklung der Psychotherapie. Darauf wird unten noch einzugehen sein.

Zunächst sollen aber einige Daten zum Gesamtkontext der Psychotherapie-Versorgung referiert werden:

2. Daten zur Psychotherapie-Situation²

2.1 Zur Gesamtsituation

Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys (2004) erkrankt etwa jeder dritte Erwachsene im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung. Das sind über 16 Millionen erwachsene Menschen zwischen 18 und 65 Jahren im Jahr.

Allerdings nehmen bei Beschwerden nur drei Prozent aus eigener Initiative eine Behandlung in Anspruch – während bei entsprechender Aufklärung über die Erkrankung sowie bei einem Angebot zur psychotherapeutischen Behandlung immerhin jeder Dritte dieses Angebot auch wahrnimmt. Daraus errechnet sich - bei angemessener Aufklärung - ein **Bedarf von über fünf Millionen Patienten/Jahr**, die jährlich einer psychotherapeutischen Behandlung bedürften.

Es gibt aber nur etwa 300.000 ambulante plus 400.000 stationäre Behandlungsplätze.

Ambulant werden diese von 12.000 PP (davon 8.000 weiblich) und 3.500 ärztl.Pt. (davon 2.300 weiblich) versorgt. Hinzu kommen ca. 2.500 KJP (davon 1.800 weiblich), die rund 160.000 Kinder und Jugendliche versorgen.

Die **stationären** Behandlungsplätze werden in knapp 400 „Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie circa 80 „Krankenhäusern für Psychosomatik und Psychotherapie“ bereitgestellt. In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen in Deutschland in rund 110 Krankenhausabteilungen bereit, die rund 30.000 Patienten behandeln. Die Daten sind in Abb. 1 zusammengestellt.

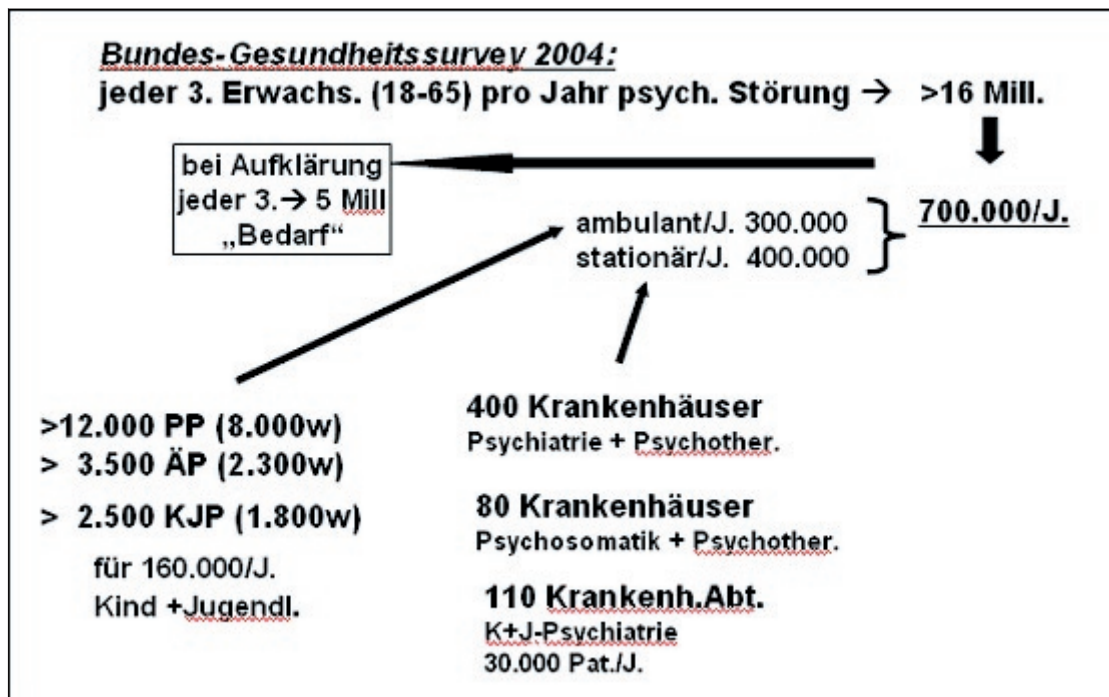


Abb. 1: Bedarf und Versorgung 2004

Der oben ermittelte „Bedarf“ von rund 5 Mill. Patienten/Jahr – also rund das 7-fache dessen, was z.Zt. an Behandlungsplätzen bereitsteht – mag nicht nur erstaunen, sondern angesichts der Kosten auch erschrecken. Schon jetzt weist der „Gesundheitsbericht 2006“ für „psychische und Verhaltensstörungen“ Kosten von 22,4 Mrd. € aus (wobei allerdings z.B. Kosten für Demenz mit 5,6 Mrd.€ zu Buche schlagen, obwohl diese nur sehr bedingt dem Psychotherapie-Sektor zuzurechnen sind). Eine wesentliche Erhöhung erscheint da fragwürdig.

Auf der anderen Seite muss aber bedacht werden, dass nach Studien rund 50 % der psychischen Störungen von Hausärzten nicht erkannt werden, und somit erhebliche unnötige Kosten durch Fehlbehandlung und Chronifizierung zu verzeichnen sind. Eine DAK-Studie, allerdings nur im Rahmen von 3 psychosomatischen Kliniken (Bühning 2003), belegte dort die lange, im Schnitt 7 Jahre dauernde Zeit, bevor angemessene medizinische Interventionen stattfinden. Diese, sowie zahlreiche andere Studien kommen bei Kostenberechnungen zu nachher-vorher-Relationen zwischen 1:3,7 bis 1:6 (Meichinger et al. 2003, Zielke M. & Limbacher K. 2004). Auch andere Indikatoren, wie z.B. Ausfalltage am Arbeitsplatz (AU-Tage) kommen zu Verringerung von bis zu 8:1 durch angemessene psychotherapeutische Maßnahmen.

Zahlreiche Studien belegen somit übereinstimmend: Der Aufwand für Psychotherapie spart erheblich Kosten. Dies sollte angesichts der Unterversorgung in Bezug auf den Bedarf einerseits und der Klagen über die hohen Kosten des Gesundheitssystems andererseits bedacht werden. Mehr Psychotherapie würde das Gesundheitssystem entlasten – ganz zu schweigen von der Verbesserung für viele fehlbehandelte und chronifizierte Patienten.

2.2 Ungleichheit zwischen alten und neuen Bundesländern

Wie Tabelle 1 zeigt, bestehen zwischen den alten und den neuen Bundesländern sehr große Unterschiede hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Allerdings darf Tab.1 nicht so interpretiert werden, dass zwischen 1998 und 2000 ein riesiger Anstieg der Zahl der Psychotherapeuten insgesamt erfolgt wäre – der „Sprung“ ergibt sich vor allem dadurch, dass die hier nicht erfassten „Erstattungs-Therapeuten“ durch das PSyChThG 1999 im KBV-System nun offiziell erfasst wurden.

Falls man nicht davon ausgeht, dass die Bevölkerung in den neuen Bundesländern psychisch sehr viel gesünder ist – wofür es keinerlei Anhaltspunkte gibt – so sollte das gravierende Ausmaß der Unterversorgung in den neuen Bundesländern eigentlich besorgniserregend sein.

Jahr	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
1992	0,20	–
1993	0,22	–
1994	0,26	–
1995	0,29	–
1996	0,32	0,02
1997	0,36	0,02
1998	0,42	0,03
1999	1,93	0,46
2000	2,34	0,48
2001	2,40	0,53
2002	2,40	0,56
2003	2,44	0,63

Tab. 1: Psychotherapeuten in Deutschland je 10.000 Einwohner:
alte vs. neue Bundesländer

(Quelle Gesundheitsbereich 2006 / Originalquelle: KBV, BMG)

2.3 Weitere zentrale Problembereiche der psychotherapeutischen Versorgung

In einem Bericht auf ihrer Homepage weist die Bundespsychotherapeutenkammer auf drei weitere Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung hin:

a) Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten zu lang: Im Mittel müssen erwachsene Patienten 2 Monate warten, bis sie einen Ersttermin (diagnostisches Erstgespräch) erhalten und 5-6 Monate, bis die Behandlung beginnen kann.

b) Allgemeinkrankenhäuser habe zu wenig psychotherapeutisch qualifiziertes Personal:

Krankenhäuser stellen jährlich bei rund 900.000 Patienten psychische Störungen (ICD-10 Diagnosen) fest. Etwa drei Viertel dieser Patienten werden in hierfür qualifizierten Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser behandelt. Dagegen wird etwa ein Viertel der stationären Patienten in Allgemeinkrankenhäusern behandelt, in denen in der Regel kein ausreichendes Personal zur qualifizierten Diagnostik und Therapie psychischer Störungen arbeitet. Auch die Vernetzung mit qualifizierten ambulanten und stationären Einrichtungen ist häufig unzureichend

c) Kinder und Jugendliche zunehmend gefährdet: Psychische Störungen erreichen bei Kindern und Jugendlichen ein erschreckendes Ausmaß. Fast jedes fünfte Kind leidet innerhalb eines Beobachtungszeitraums von sechs Monaten an einer psychischen Störung. Von rund 10.000 Münchner Schulanfängern zeigten im Jahr 1997 rund 17 Prozent intellektuelle Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten. In Jena, Heidelberg und Köln fiel

bei der Schuleingangsuntersuchung für das Jahr 1997/98 jedes achte Kind z. B. durch aggressives Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme auf.

2.4 Verbesserung in Sicht ?

In dem 224-seitigen Bericht „Gesundheit in Deutschland“, Juli 2006, der *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*³ heißt es in der „Zusammenfassung“ unter „1.2.3 Seelische Gesundheit“:

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen wurde wegen eines Mangels verlässlicher Daten lange Zeit unterschätzt. Wie neuere Erhebungen inzwischen zeigen, durchleben in Deutschland 15 Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer innerhalb eines Jahres eine depressive Phase. Gefürchtete Folge einer Depression ist der Selbstmord. So verstirbt etwa einer von sieben schwer depressiven Patienten durch Suizid. Zudem sind Depressionen häufiger Grund für eine Arbeitsunfähigkeit.

Auch Angsterkrankungen sind in Deutschland weit verbreitet. Innerhalb eines Jahres erfährt jede fünfte Frau und fast jeder zehnte Mann eine Angststörung. Diese führt oft zu starken Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens.

Bisher wird wahrscheinlich nur bei einem Teil der Betroffenen die richtige Diagnose gestellt und eine angemessene Behandlung eingeleitet.

(Hervorhebungen: J.K.)

Dies zeigt eigentlich deutlich, dass in Politik und Gesundheitsbürokratie diese Probleme gesehen werden. Es gibt allerdings derzeit wenig Anzeichen dafür, dass daraus die Konsequenzen gezogen und der Sektor der Psychotherapie gestärkt werden würde. Da dies – wie oben gezeigt wurde – neben einer gesundheitlichen Verbesserung für die Bevölkerung sogar das Gesundheitssystem insgesamt finanziell entlasten würde, kann die Verhinderung eigentlich nur auf die Lobby jener Kräfte zurückgeführt werden, denen der partikulare Nutzen wichtiger ist, als eine Verbesserung der Gesamtlage. Dies ist zwar verständlich und auch kaum anders zu erwarten – allerdings sind eben deswegen Politik und Gesetzgebung in der Pflicht, die Weichen entsprechend den eigenen Erkenntnissen zu stellen.

2.5 Zur Situation der Ausbildung und Qualifikation von Psychotherapeuten

Bis zum PsychThG gab es auch in Deutschland ein breites Spektrum an Psychotherapierichtungen und entsprechenden Ausbildungseinrichtungen mit recht unterschiedlich strukturierten und qualifizierten Ausbildungsgängen. Was überhaupt als „Richtung“ bzw. „Schule“ angesehen werden kann, ist schwer zu definieren, weil theoretische Konzepte und Ausbildungsgänge unterschiedlichen Clustern zugeordnet werden können.: So wiesen und weisen beispielsweise die „psychoanalytischen“ Ausbildungsinstitute deutliche größere Unterschiede auf, je nachdem ob sie sich auf die Konzepte von Freud, von Adler oder von Jung berufen, als beispielsweise die Ausbildungsgänge in „Gesprächspsychotherapie“, denen trotz aller Differenzierungen in „klassische“, „erlebenszentrierte“, „differentielle“ und „erfahrungsaktivierende“ Methoden ein einheitlicheres und homogeneres Theoriengebäude zugrunde liegt. Die Verhaltenstherapie wiederum ist nach eigenem Verständnis „kein homogenes Verfahren sondern eine Gruppe von Interventionsmethoden“ (Kroener-Herwig 2004) – viele Institute bemühen sich allerdings seit Jahren dennoch um eine ebenfalls recht einheitliche Ausbildung.

Leider hat das PsychThG nicht Ausbildungen sondern abstrakte „Verfahren“ zur Grundlage gemacht – und blieb damit schon 1999 weit hinter der therapeutischen Realität zurück (was sich auch anhand neuerer Daten nochmals zeigt – s. unten). Zudem wurden bekanntlich zunächst nur die drei „Richtlinienverfahren“ mit Ausbildungsgängen, die zur Approbation führen, zugelassen. Weitere sollten nach Überprüfung durch die entsprechenden Länderbehörden folgen – wobei diese gemäß §11 PsychThG in Zweifelsfällen einen „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ (WBP) zu Rate ziehen sollten. Durch die recht bald konsentiertere Abstinenz der Länderbehörden, eigene Entscheidungen zu fällen, und die Barrieren des WBP wurde in den 8 Jahren seit PSyChThG nur die Gesprächspsychotherapie als weiteres Verfahren berufsrechtlich anerkannt. Und auch dies nur verstümmelt – nämlich auf die PP beschränkt. Die auf den ersten Blick einleuchtende Erklärung dafür, nämlich dass von Behandlungserfolgen bei Erwachsenen nicht zwangsläufig auf die von Kindern/Jugendlichen geschlossen werden kann, erweist sich faktisch als unhaltbar: Denn erstens dürften die Ähnlichkeiten in der Behandlung eines 17-jährigen „Jugendlichen“ zu der eines 21-jährigen „Erwachsenen“ in der Regel ähnlicher sein als die zu einem 2-jährigen „Kind“. Zweitens aber soll

ja die Empfehlung des WBP der berufsrechtlichen Zulassung dienen. Und diese ist gesetzlich so geregelt, dass ein in Gesprächspsychotherapie ausgebildeter PP nun zwar Kinder und Jugendliche (mit-)behandeln darf, aber die speziell für Kinder- und Jugendliche ausgebildeten Gesprächspsychotherapeuten in Deutschland aufgrund des WBP-Beschlusses keine Approbation erwerben können. Dabei sollten doch eigentlich auch Wissenschaftler in der Lage sein, über die Absurditäten, die aus ihren Entscheidungen folgen, nachzudenken und Konsequenzen daraus zu ziehen.

Geht man von rund 15.000 PP und KJP aus sowie einer durchschnittlichen Berufstätigkeit von 30 Jahren, so ergibt dies einen Ausbildungsbedarf von 500 PP/KJP jährlich – was rund 8-15 Mio. € allein an Ausbildungskosten entspricht. Diese teilen bisher die Institute allein der Richtlinienverfahren unter sich auf. Es ist nachvollziehbar, dass das Interesse dieser Institute – und der mit ihnen verbundenen Personen – nicht sehr groß ist, andere Verfahren in diesen Markt zu lassen.

Gleichwohl ist die faktische Verfahrensbreite der approbierten Psychotherapeuten erstaunlich groß, wie Tabelle 2 zeigt. Neben den psychodynamischen (analytische und tiefenpsychologisch fundierte) und den Verhaltens-Therapien spielt nicht nur in Kliniken sondern auch im ambulanten Bereich besonders humanistische und systemische Verfahren eine bedeutsame Rolle.

	<u>1987</u> <u>anwenden</u>	<u>2005</u> <u>abgeschl. Zulass.</u> <u>Ausbild.</u>	<u>Zulass.</u>	<u>Nutzen</u>	<u>Bedeutung</u> <u>f. Identität</u>
Analytische Psychotherapie	23 %	24 %		36%	48%
Tiefenpsychol. fundierte Psychoth.	48 %	31 %	53 % (+3)	52%	64%
Verhaltenstherapie	48 %	40 %	44 %	50%	54%
Gesprächspsychotherapie	55 %	15 %	-	37%	43%
Gestalttherapie	28 %	11 %	-	17%	27%
Familientherapie	29 %	14 %	-	25%	41%
Übende Verfahren (Jacobson, autogen. Train. etc.)	39 %	-			
Hypnose/Hypnotherapie	-	9 %	-	17%	26%

Tabelle 2: Beurteilungen von PsychotherapeutInnen zu den 4 Hauptrichtungen (vgl. Text)

Die erste Spalte stammt aus einer Befragung von 1.779 selbständig tätigen klinisch arbeitenden Psychologen, durchgeführt vom „Institut für freie Berufe Universität Erlangen-Nürnberg“ (Wasilewski & Funk, 1987), welches Verfahren sie anwenden. Die hohen Zahlen durch Mehrfachnennungen belegen, dass schon damals viele Therapeuten angaben, mehrere Verfahren anzuwenden.

Die Daten in den weiteren Spalten stammen aus einer repräsentativen Befragung von 384 (aus den rund 11.000) kassenzugelassenen Psychologischer PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen (Schindler & v.Schlippe, 2006). Statt der „Übenden Verfahren“ in 1987 – die inzwischen von anderen mit durchgeführt werden – wird hier Hypnose mit aufgeführt, da sie von vielen Befragten genannt wurde.

Spalte 2 gibt zunächst die abgeschlossenen Ausbildungen an – wobei es wenig Mehrfachnennungen gibt: vollständig schließt man offenbar eher nur in einem Verfahren ab.

Spalte 3 zeigt das Verfahren, mit dem man offiziell seine Approbation erworben hat – bekanntlich sind in Deutschland nur Approbation mit Kassenzulassung für die psychodynamischen Verfahren (Zeile 1 und 2 sind zusammengefasst, die 3% beziehen sich auf jene, die für beides zugelassen sind) sowie Verhaltenstherapie möglich.

Spalte 4 basiert auf den Einschätzungen der Befragten darüber, inwieweit Ideen, Konzepte und Anregung der Therapierichtungen in die alltägliche Arbeit einfließen. Angegeben ist der Prozentsatz jener Befragten, die auf einer

Skala von 0-100% einen Wert über 50 ankreuzten. Die hohen Werte zeigen, wie auch acht Jahre nach Inkrafttreten des PSyChThG eine Vielfalt von Verfahrenskonzepten für die Praxis als hilfreich gesehen wird.

Noch deutlicher wird dieser Trend in Spalte 5, deren Daten auf Einschätzungen darüber beruhen, in welchem Maße die unterschiedlichen Therapieschulen zur persönlichen therapeutischen Identität beitragen. Die Prozentwerte zeigen den Anteil Befragter, die jeweils ein „eher wichtig“ und darüber ankreuzten.

Provokant könnte man formulieren, dass die ganz überwiegende Anzahl niedergelassener Psychotherapeutinnen und –therapeuten auch heute noch eine viel breitere Verfahrenskompetenz aufweisen, als es ihnen jene Gremien zubilligen, die faktisch für die berufsrechtliche (WBP) oder sozialrechtliche (G-BA) Zulassung zuständig sind. (Der WBP hat zwar nur gutachterliche Funktion – zudem auf Antrag – die facto haben aber die Länderbehörden auf ihre Entscheidungsbefugnis verzichtet).

Dieses Ergebnis wird betätigt, wenn man die Fragerichtung umkehrt: Nur 21% der Befragten kreuzen an, „ich tue, wofür ich eine Zulassung habe“, 54% geben an, integrativ zu arbeiten, 24% eklektisch. Bei denen, die eine VT Ausbildung haben, tun sogar nur 16% das, wofür sie eine Zulassung haben, 58% arbeiten integrativ, 26% eklektisch. (Alle Zahlen aus Schindler & v.Schlippe, 2006).

Da diese Ergebnis prinzipiell bekannt ist – wenn auch vielleicht nicht in dieser Höhe - wird gelegentlich von Kräften, welche die Psychotherapie-Versorgung in Deutschland insgesamt möglichst reduzieren wollen (etwa, weil sich dann noch mehr Pharmaka verkaufen lassen) der Begriff „Abrechnungsbetrug“ in die Debatte geworfen. Dem muss aber klar widersprochen werden: Keinem Arzt würde zugemutet werden, von neueren Erkenntnissen und Weiterbildungen keinen Gebrauch machen zu dürfen – auch wenn er dann ggf. nicht mehr genau das tut, was er bei der Approbation gelernt hat. Analog kann schwerlich Psychotherapeuten verwehrt werden, von ihrer höheren Qualifikation Gebrauch zu machen, nur weil eine von Gesundheitsbürokraten verwaltete Richtlinienpsychotherapie Vorstellungen festschreibt, die an der Entwicklung und den Erfordernissen der Psychotherapiepraxis vorbeigehen.

2.6 Faktizität und Notwendigkeit einer passungsgerechten Psychotherapie

Das Modell „Österreich“, mit seinen auf Ausbildungsgänge zugeschnittenen Psychotherapie-Gesetz (nicht wie in der BRD: Psychotherapeuten-Gesetz!) und einer entsprechend großen Anzahl an „Verfahren“ ist für die BRD schon wegen der gesetzlichen und untergesetzlichen berufs-, sozialrechtlichen und strukturellen Zulassungsregelungen zumindest derzeit nicht realisierbar. Entgegen der therapeutischen Vielfalt in den meisten Nationen und auch in den Kliniken der BRD, ist seit dem PSyChThG die ehemalige Vielfalt in den Praxen der BRD auf die drei „Richtlinienverfahren“ reduziert (plus, seit wenigen Jahren, berufsrechtlich, die „Gesprächspsychotherapie“).

Dennoch weist die o.a. Untersuchung nochmals auf die Tatsache hin, dass auch in der BRD faktisch die 4 großen Richtungen bzw. Grundorientierungen für die Arbeit der Psychotherapeuten von großer Bedeutung sind⁴ - nämlich die psychodynamische, verhaltenstherapeutische, humanistische und systemische. Die darin zum Ausdruck kommende Heterogenität psychotherapeutischer Ansätze ist als Widerspiegelung der Heterogenität von Lebensweisen sowohl seitens der Behandler als auch der Behandelten zu sehen und keineswegs auf einen noch mangelhaften Stand wissenschaftlicher Forschung zurückzuführen, der möglichst bald in Richtung auf *eine* einzige „wahre“ oder „wissenschaftliche begründete“ Grundorientierung zu überwinden sei – wie manche Interessengruppen glauben machen wollen. Unsere modernen pluralistischen Gesellschaften zeichnen sich durch eine Vielfalt an Lebensgeschichten, Gewohnheiten, Vorlieben, Werten, und Lebenszielen aus. Und es besteht weitgehend Konsens darin, dass eine Gesellschaftsform, in der die eben skizzierte Vielfalt der Lebensweisen und „Weltzugänge“ durch eine allgemeinverbindliche Ansicht abgelöst werden würde, keineswegs anzustreben sei sondern Tendenzen ideologischer Gleichschaltung eher zu bekämpfen wären.

Die beträchtlichen Unterschiede in den impliziten und expliziten Antworten auf die Frage: „wie wollen wir leben?“ werden daher in demokratischen Gesellschaften nicht als Bedrohung oder unerwünschte Abweichungen vom Durchschnitt begriffen (sofern sie mit den Grundkonsensen der Gesellschaft nicht in Widerspruch stehen), sondern als positive Leistung einer Kultur und damit als etwas Erhaltenswertes oder gar Förderungswürdiges.

Was daher auch immer eine wie auch immer geartete Psychotherapieforschung erbringen wird: diese Heterogenität lässt sich nicht „wegforschen“. Allerdings ist der in der o.a. Umfrage so hoch verbreitete „Eklektizismus“ aus meiner Sicht dann keine befriedigende Lösung, wenn die unterschiedlichen Teilkonzepte und Vorgehensweisen nicht in einem hinreichend fundierten theoretischen Modell konzeptionell integriert werden und den differentiellen Erfordernissen der Patienten gerecht werden.

Sofern dies erfüllt werden kann, spricht beispielsweise auch das „Allgemeine Modell von Psychotherapie“ (AMP) von Orlinsky & Howard (1987), das eigentlich heute zum Minimalstandard einer angemessenen komplexen Diskussion gehören sollte, für eine größere Bandbreite an psychotherapeutischen Ansätzen. Dieses, angesichts der Komplexität in der Praxis immer noch recht einfache kategoriale AMP-Modell, berücksichtigt zumindest folgende Passungen (vgl. Abb. 2)

- Die Passung: Behandlungsmodell und Störungsmodell.
- Die Passung: Patient und Behandlungsmodell
- Die Passung: Therapeut und Patient
- Die Passung: Therapeut und Störung des Patienten

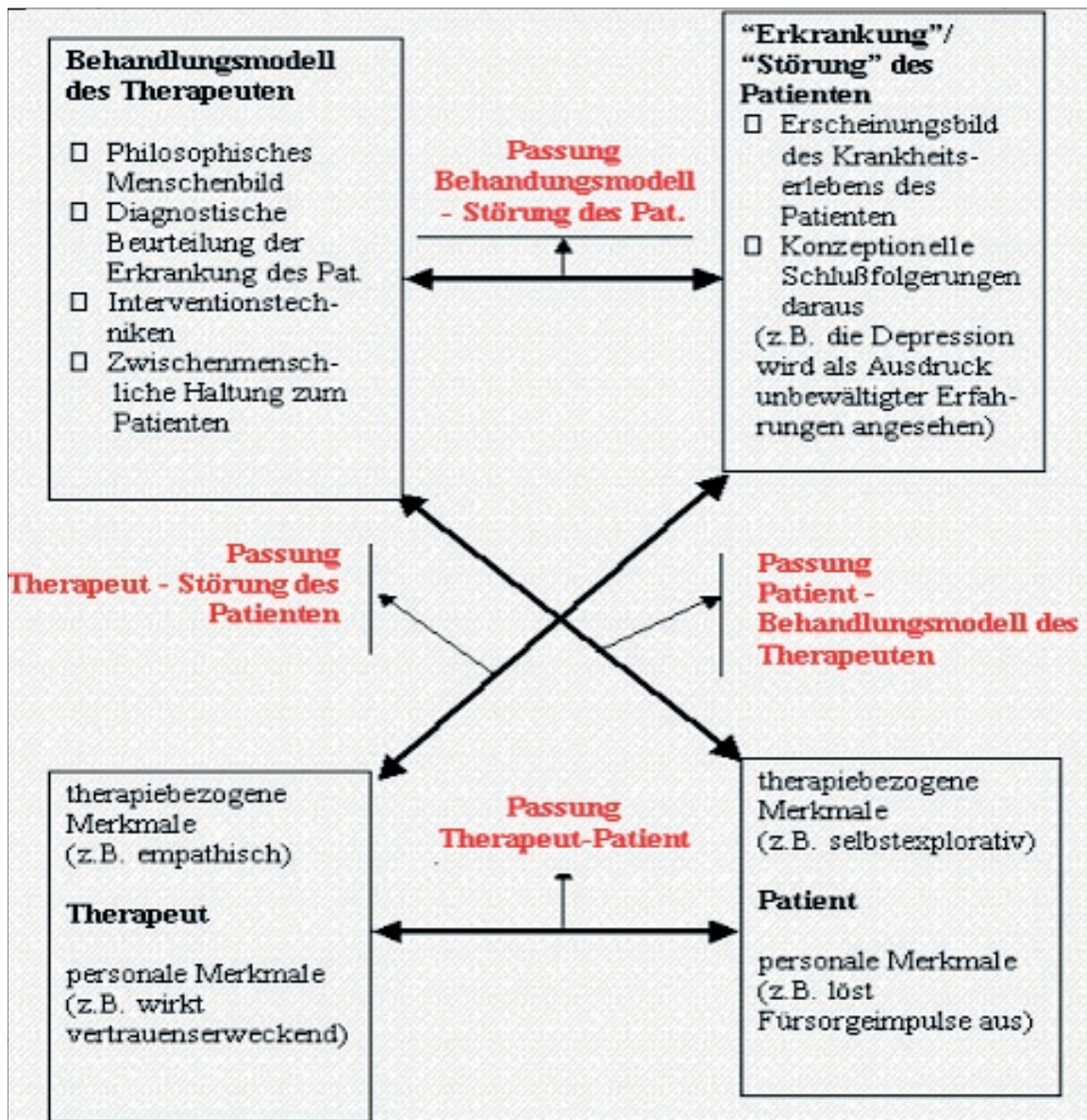


Abb. 2: AMP Allgemeines Modell der Psychotherapie (nach Orlinsky & Howard, 1987)

Die Berücksichtigung der „Passung“ ist deshalb von wichtig, weil es nämlich nicht nur den oben angeführten erheblichen Anteil an solchen Fehlindizierten gibt, die aufgrund falscher Diagnosen gar nicht erst mit Psychotherapie behandelt werden. Es gibt vielmehr auch einen – zwar geringeren aber immer noch erschreckend hohen – Anteil an Fehlindizierten im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung. Von der Grawe-Studie aus 1994 bis zu aktuellen Ergebnissen zeigt sich, dass zwischen 30% (Brockmann et al. 2002) und 45% (Maschke und Otto 2003) aller Patienten in ambulanter Psychotherapie eine oder mehrere psychotherapeutische Behandlungen in der Vorgeschichte hatten und dann den Therapeuten und/oder das Therapieverfahren wechselten.

Es ist davon auszugehen, dass bei einem Teil dieser „Fehlindizierten“ zumindest zunächst die „Passung“ nicht stimmte und eine bessere Berücksichtigung der Passung nicht nur erhebliche Kosten sondern auch Leid infolge von inadäquater Behandlung sparen würde. Ebenso ist allerdings davon auszugehen, dass die Vielfältigkeit der Lebensgeschichten, Werte, Ziele, Bedürfnisse etc. in einer pluralistischen Gesellschaft wie der BRD schwerlich „passend“ durch ausschließlich drei Richtlinienverfahren abgedeckt werden können. Die Erfahrungen in anderen europäischen Ländern, wo die deutschen Behandlungsverbote nicht greifen, zeigen jedenfalls, dass es eine erhebliche Anzahl von Menschen gibt, die andere Psychotherapiemethoden als die deutschen Richtlinienverfahren wählen, die zu ihnen passen.⁵

Untersuchungen belegen beispielsweise dass Patienten, die an RL-Verfahren scheiterten, erfolgreich mit Gesprächspsychotherapie behandelt werden konnten (z.B. Eckert, Frohburg & Kriz 2004). Dies wird zusätzlich auch von den Erfahrung etlicher Experten-Stellungnahmen gestützt, die der G-BA im Bewertungsverfahren zur Gesprächspsychotherapie 2004 eingeholt hatte. Solche Befunde sind umgekehrt auch jeweils für andere Verfahren im Vergleich zu erwarten: Es spricht eben alles dagegen, dass es das einzige, allen anderen und bei jedem Patienten überlegene Therapieverfahren gibt. Vielmehr sollte der Aspekt der „Passung“, der in der internationalen Psychotherapieforschung eine wichtige Rolle spielt, auch für deutsche Patienten nicht ignoriert werden.

Es muss kritisch angemerkt werden, dass eine primär störungsspezifische Behandlung mit „Techniken“ – wie dies sowohl dem G-BA als auch manchen Richtlinienvertretern vorschwebt – das AMP-Modell nicht nur allein auf den obere Zusammenhang reduziert (Passung: Behandlungsmodell und Störungsmodell), sondern davon sogar nur einen kleinen Teilaspekt berücksichtigt: Es geht eigentlich nur noch um die Beziehung zwischen der 3. Zeile im linken oberen Kasten von Abb. 2 („Interventionstechniken“) und der 1. Zeile im rechten oberen Kasten („Erscheinungsbild des Krankheitserleben des Patienten“).

3. Kritik

Es bot sich aus inhaltlichen Gesichtspunkten an, bei der Darstellung des „Standes“ zur Psychotherapie auch gleich kritische Punkte mit aufzunehmen. Die folgenden Punkte können daher eher als eine Art Resümee dieser kritischen Aspekte gesehen werden:

Wenn rund 8 Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG aus einer ehemals blühenden Psychotherapie-Landschaft (mit etwas „Unkraut“ – vermutlich aber nicht mehr, als in den somatischen Bereichen des Gesundheitssystems) fast alle Verfahren ambulant in die Illegalität abgedrängt wurden und sich die Gesundheitsbürokraten als Bollwerk gegen Pluralität in der Ausbildung, Therapie und Forschung erweisen, muss dieser Zustand jedem Verantwortlichen als unbefriedigend erscheinen. Viele Patienten können eine für sie adäquat passende Therapie nur bekommen, (a) wenn sie in eine Klinik gehen (mit enormen unnötigen Kosten für die Sozialgemeinschaft), oder (b) zu einem Therapeuten gehen, der über die o.a. Kompetenzen in nicht-Richtlinienverfahren (noch) verfügt und diese erworbenen Kompetenzen den Patienten nicht vorenthält.

Da sich Therapeuten in ihrem Weiterentwicklungspotential nicht beliebig beschneiden lassen und passungsgerechtes Vorgehen den Patienten nicht beliebig vorenthalten werden kann, arbeitet – wie die o.a. repräsentative Umfrage zeigte – die ganz überwiegende Mehrheit realer Therapeuten de facto integrativ. Sie verwenden damit Konzepte und Vorgehensweisen, die (in der BRD) offiziell nicht durchgeführt werden können und daher auch zunehmend weniger oder gar nicht mehr gelehrt oder weiter erforscht werden können. Damit aber sorgen WBP und G-BA letztlich für Dilettantismus, Illegalität, Behinderung von Forschung und eine suboptimale Ausbildung. Denn letztlich wird ja eine passungsgerechte, integrative Psychotherapie und eine qualifizierte Aus- Weiter- und Fortbildung in nicht-Richtlinienverfahren verhindert. Welche Motive auch immer dahinter stehen: dies sollte nicht mit „Wissenschaftlichkeit“ verbrämt werden oder mit der Berufung auf „Nutzen“, „Zweckmäßigkeit“ bzw. „Notwendigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“.

Die Beschränkung der berufs- und sozialrechtlichen Anerkennung nur auf die psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen – und damit die Marginalisierung sowie die Ausgrenzung von Ausbildungs- und Kassenabrechnungsstrukturen von humanistischen und systemischen (sowie ggf. körperorientierten) Ansätzen ist eine Fehlentwicklung in der BRD die bei vielen Forschern, Juristen und Fachleuten im Gesundheitssystem, vor allem aber auch im Ausland vorwiegend Unverständnis und Kopfschütteln hervorruft. Die berufsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch den WBP kann da nicht beruhigen – zumal selbst hier die „Anerkennung

der Wissenschaftlichkeit“ für Erwachsene und Kinder/Jugendliche auseinanderdividiert und nur für Erwachsene ausgesprochen wurde. Die inhaltlich m.E. nicht tragfähige Begründung dieser Auftrennung und vor allem auch die absurde Konsequenz, dass ein in Gesprächspsychotherapie ausgebildeter PP zwar Kinder und Jugendliche (mit-)behandeln darf, während die speziell für Kinder- und Jugendliche ausgebildeten Gesprächspsychotherapeuten in Deutschland keine Approbation erwerben und behandeln können, wurde bereits oben kritisiert.

Gerade und aktuell am Beispiel der Gesprächspsychotherapie (GPT) zeigt sich das Systemversagen der Zulassungsstrukturen im Psychotherapiesektor des deutschen Gesundheitssystems. Es war „blauäugiges“ Vertrauen in die Unabhängigkeit oder zumindest angemessene Handhabung von Interessen-Kollisionen, die den Gesetzgeber die Entscheidungsbefugnis über die berufsrechtliche und sozialrechtliche Zulassung zwei Gremien übertragen ließ, die ganz überwiegend (WBP) oder, auf der Seite der Leistungserbringer, ausschließlich (G-BA) mit Vertretern besetzt sind, für die jede Neuzulassung eine Konkurrenz und damit Beschneidung eigener Einflussmöglichkeiten und Verringerung von Ressourcen darstellt. Mir ist kein Gremium in Politik und Verwaltung bekannt, wo so etwas funktionieren könnte.

So erfreulich es sein mag, dass mit dem G-BA-Beschluss vom 21.11.2006 zur GPT nach rund zwei Jahrzehnten der Verschleppung nun endlich eine Entscheidung auf Drängen des Ministeriums vorgelegt wurde, die vor Gericht anfechtbar ist, so schädlich ist dieser Beschluss und die Art und Weise wie er zustande kam für das Ansehen solcher Entscheidungsorgane in den Augen der Bürger. Es mag zwar trösten, dass der G-BA in seinem Eifer, die GPT abzulehnen, so maßlos über das Ziel hinausgeschossen ist und aus der großen Fülle international angesehener Studien sowie den vielen hunderten nationaler Belege nur einen einzigen Hinweis zu Gunsten der GPT gefunden hat. Die Absurdität des Verfahrens und die Voreingenommenheit werden damit überdeutlich. Aber die Glaubwürdigkeit des G-BA, und die Hoffnung dass ein solcher Ausschuss selbst in der ungünstigen „Konkurrenz-Situation“ ein zumindest hinreichend sachgerechtes und rechtsstaatliches Verfahren würde durchführen könnten, sind damit nachhaltig zerstört.

Es ist hier nicht der Ort, auf Details einzugehen – die zentralen Dokumente sind (erfreulicherweise) im internet publiziert und öffentlich zugänglich.⁶ Diese werden sicher nicht nur für die Gerichte in nächster Zeit sondern auch für künftige Wissenschafts- und Organisationsforscher eine reichhaltige Quelle abgeben.

Es ist aber schon beklemmend, wie willkürlich und kontrafaktisch fast zur gesamten Datenlage ein solches Gremium seine staatlich verliehene Macht zur Konkurrenzabwehr einsetzt. Aus seinen Dokumenten wird deutlich, wie sich der G-BA in Widerspruch setzt zur gesamten Wissenschafts- und Fachwelt aus dem Bereich der GPT, aber auch zur ganz überwiegenden Wissenschafts- und Fachwelt der klinischen Psychologie und Psychotherapie, zu den mehrfachen Forderungen der Länder- und der Bundespsychotherapeutenkammer, zu den Ergebnissen international anerkannter und ausgezeichnete Psychotherapieforschung und selbst zur ganz überwiegenden Mehrheit (77 von 78) der vom G-BA selbst eingeholten Expertenmeinungen. Dass dabei selbst solche Kernkonzepte wie „Kriterien der evidenzbasierte Medizin“ zu einer Karikatur verzerrt werden, indem eine sehr große Anzahl von Studien und anderen Evidenznachweisen entgegen den EbM-Kriterien nicht berücksichtigt wurden (z.B. Dissertationen, wissenschaftliche Untersuchungen die in Büchern publiziert sind, etc.) mag daran zweifeln lassen, ob es überhaupt noch eine gemeine Basis für die zukünftige Bewertung von Fakten und Studien geben kann, oder ob auch diese hier leichtfertig zerstört wurde. Würde der G-BA an anderer Stelle ebenso verfahren, wie er die GPT abgelehnt hat, so könnte in Deutschland künftig kein Heilverfahren und kein Medikament mehr zugelassen werden.

4. Ausblick

Ausblicke auf die Psychotherapie in Deutschland sind daher leider überschattet von den aktuellen Vorgängen im G-BA im Zusammenhang mit dessen Beschlüsse zur Gesprächspsychotherapie. Hier wurde nicht nur ein Systemversagen offenkundig, sondern es ist unklar, wie es überhaupt weitergehen könnte, wenn man die Psychotherapie nicht für Jahrzehnte auf die drei Richtlinienverfahren zurückschrauben will. Wobei nach konsequenter G-BA Argumentation sogar nur noch ein einziges Verfahren ausreichend wäre.

Zwar hat sich gezeigt, dass immer noch ein sehr großer Teil der Psychotherapeuten über eine breite Verfahrenskompetenz verfügt, die weit über die Richtlinienverfahren hinausreicht. Aber die Möglichkeiten für künftige Psychotherapeuten, den Qualitätsstandard in dieser Hinsicht zu halten, ist ernsthaft bedroht: Sollte es den Richtlinienvertretern tatsächlich gelingen, in Deutschland die Ausbildungs- und Forschungsstrukturen aller konkurrierenden

BINDUNGSTHEORIE UND GESTALTPSYCHOLOGIE*

Katharina Sternek, Wien

Ich möchte im Hinblick auf den Tagungstitel „Beziehung und Struktur“ aus dem Bereich der Bindungstheorie und Bindungsforschung berichten, da ich denke, dass dies sowohl zum Tagungsthema passt als auch für Gestaltpsychologen bzw. Gestalttheoretiker von Interesse sein kann.

Bei der Fragestellung, ob und inwieweit Bindungstheorie und Gestalttheorie Gemeinsamkeiten aufweisen, stieß ich auf Folgendes:

Wolfgang Metzger, einer der wichtigsten Gestaltpsychologen der zweiten Generation, spricht die Thematik, mit der sich nun die Bindungstheorie und Bindungsforschung befasst, 1977 in seinen Bemerkungen zur Arbeit Alfred Adlers über das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes an:

„Dieses Bedürfnis ist nach Adler kein Teil des Geschlechtstriebes. Es kommt dem Kind, obwohl es die Nähe und Berührung sucht, dabei nicht auf die Reizung der Haut als erogener Zone an, sondern auf das Nahesein, den Anschluss, das Sich - Anlehnen, das Umfasst- und Gehaltenwerden, als den unmittelbarsten und stärksten Ausdruck des Zusammengehörens und des Aufgehobenseins bei dem anderen Menschen (wie es später auch von Balint beschrieben wurde), und es wird von Adler ausdrücklich als die frühkindliche Vorform der Mitmenschlichkeit, des Gemeinschaftsgefühls bezeichnet.“ (Metzger 1977, zit. aus Metzger 1986, 486)

Und es war Max Wertheimer, einer der bedeutenden Begründer der Gestalttheorie, der schon 1924 meinte, dass seelische Gesundheit unter dem Gesichtspunkt betrachtet werden sollte, inwieweit das Individuum fähig ist, seine Zugehörigkeit zu einem „Wir“ zu etablieren, aufrecht zu erhalten und zu gestalten.

John Bowlby, der Begründer der Bindungstheorie, äußerte sich in seinem Vortrag an der Universität Regensburg 1988 in ähnlicher Weise:

„Innerhalb der Bindungstheorie sind also Bindungen der Nahrungsaufnahme und der Sexualität weder untergeordnet, noch sind sie davon abgeleitet. Noch wird das dringende Bedürfnis nach Trost und Unterstützung in belastenden Situationen als kindlich betrachtet, wie dies bei der Abhängigkeitstheorie der Fall ist. Stattdessen wird die Fähigkeit, Bindungen zu anderen Personen aufzubauen (entweder in der Rolle der Person, die Unterstützung und Trost sucht, oder der Person, die beides gibt), als ein grundlegendes Merkmal einer effektiv funktionierenden Persönlichkeit und psychischer Gesundheit betrachtet.“ (Bowlby 1988, zit. aus Bowlby 1995, 21)

Gestalttheorie und Bindungstheorie stimmen also in ihrer Betonung der primär sozialen Natur und Bindungsneigung des Kindes überein.

Die Bindungstheorie geht davon aus, dass das Kind über eine angeborene Fähigkeit verfügt, sich auf soziale Interaktionen einzulassen, diese zu suchen und aufrechtzuerhalten.

Ein zentrales Ziel dieses Bindungsstrebens besteht nach Auffassung der Bindungstheorie darin, Sicherheit herzustellen: Das Kind versucht anfangs, einen Zustand von körperlicher Nähe zur Bindungsperson herzustellen, woraus sich im Weiteren ein psychisches Nähe- und Sicherheitsgefühl entwickelt. Wird dieses Bindungsbedürfnis seitens der Umwelt erfüllt, kann sich das Kind auf dieser sicheren Basis ungestört entwickeln.

Bindungstheorie und Gestalttheorie stimmen auch darin überein, dass beide diese Sachverhalte unter ganzheitlichem und dynamischem Gesichtspunkt zu erfassen versuchen. Das Kind, seine Entwicklung und sein Verhalten werden nicht isoliert, sondern immer im Kontext der Beziehung zur Umwelt des Kindes gesehen. Dies entspricht der grundsätzlichen Forderung der Feldtheorie Kurt Lewins (Lewin 1963), nach der Verhalten als eine Funktion der Person und ihrer Umwelt anzusehen ist - die Person und ihre Umwelt sind als eine dynamische Konstellation interdependenter Faktoren zu verstehen. Lewin betonte auch mehrfach die Bedeutung der Gruppe für den Menschen: Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe und das Gefühl der Verbundenheit mit einer Gruppe stellen nach seiner Auffassung eine notwendige Voraussetzung dafür dar, dass die Entwicklung des Individuums einen sicheren Boden vorfindet.

Die neuere Säuglings- und Kleinkindforschung weist nun darauf hin, dass Säuglinge und Kleinkinder grundsätzlich mehrere Beziehungen eingehen können. Dabei kommt es in der Regel zur Herausbildung einer

primären Bindungsperson (meist ist dies die Mutter), wobei Faktoren wie Fürsorglichkeit, Zuwendung, angemessene Stimulation, Zeit und Regelmäßigkeit eine große Rolle spielen.

Gemäß Fremmer-Bombiks Beschreibung (Fremmer-Bombik 1995) ging Bowlby bei seinen Forschungen davon aus, dass die frühen Erfahrungen in der tatsächlichen Beziehung zu den Eltern die Basis für die Bildung innerer Repräsentationen darstellen. Diese inneren bzw. repräsentationalen Modelle von Bindungsbeziehungen nennt er „innere Arbeitsmodelle“. Sie dienen dazu, Handlungen zu steuern, Ereignisse einzuschätzen und Erwartungen zu entwickeln. Sie bilden sich aufgrund konkreter Handlungen zwischen den Kindern und ihren Bindungspersonen heraus. Unterschiedliche frühkindliche Beziehungserfahrungen bilden so die Grundlage für die Ausformung unterschiedlicher innerer Strukturen des Wahrnehmens und Verhaltens. Es handelt sich dabei nach Auffassung Bowlbys um mit der Zeit generalisierte Erlebnisrepräsentationen, die aus dem unmittelbaren Erleben hervorgegangen sind, im weiteren jedoch die phänomenale Welt des Menschen und sein weiteres Erleben und Verhalten maßgeblich beeinflussen, v. a. im Hinblick auf bindungsrelevante Themen in seinem weiteren Leben. Sie wirken später großteils unbewusst und zeigen eine gewisse Stabilität, bleiben aber im Sinne offener Systeme durchaus veränderbar, was natürlich gerade auch für uns Psychotherapeuten von großer Bedeutung ist. Auch hier scheint mir übrigens wieder eine Parallele zu Lewin gegeben, der den Lebensraum ebenfalls als dynamisch offenes System betrachtete.

Die Forscher Beebe, Jaffe, Lachmann, Feldstein, Crown und Jasnow (2002) haben vorgeschlagen, bei Repräsentationen dieser Art verschiedene Niveaus zu unterscheiden: das symbolische Niveau und das Wahrnehmungs-Handlungs-Niveau. Diese Niveaus beschreiben sie im Zusammenhang mit der Arbeit des Gedächtnisses im Hinblick auf die Organisation von Sozialverhalten folgendermaßen:

„Während das explizite (deklarative) Gedächtnis für die Erinnerung symbolisch organisierter Informationen und Ereignisse zuständig ist, enthält das implizite Gedächtnis emotionale und prozedurale Gedächtnisspuren, die außerhalb unseres Bewusstseins liegen. Das prozedurale Gedächtnis bezieht sich auf Fertigkeiten oder Handlungssequenzen, die nicht-symbolisch enkodiert werden und mit wiederholter Übung automatisch erfolgen und auf die organisierenden Prozesse, die das Verhalten steuernd beeinflussen...“ (57).

...“ dass die Kontrolle des Sozialverhaltens zum größten Teil außerhalb unseres Bewusstseins liegt und eher auf der Beziehung zwischen dem Organismus und seiner Umgebung beruht, so dass die Information, die benötigt wird, um Handlungen zu strukturieren der Organismus-Umwelt-Beziehung schon inhärent ist...“ (58) (Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C. & Jasnow, M. 2002, zit. aus Brisch et al. 2002, 57,58)

Mary Ainsworth (Ainsworth et al. 1978), eine bedeutende Bindungsforscherin, hat im Rahmen der sog. „Fremden Situation“ kindliches Verhalten beobachtet, und hierbei verschiedene Bindungsmuster wahrgenommen. Die Testsituation zur Ermittlung der Bindungsqualität bei Kindern im Alter von etwa einem Jahr umfasste dabei zwei kurze Trennungen von der Mutter mit anschließenden Wiedervereinigungen. Die Beobachtungen wurden unter dem Gesichtspunkt interpretiert, dass das unterschiedliche Verhalten der Kinder in der Testsituation daraus erklärt werden könnte, dass die Kinder in ihrer Entwicklung überwiegend Erfahrungen von Akzeptanz oder Ablehnung hinsichtlich ihrer Bindungsbedürfnisse gemacht hatten und ihr Verhalten in der Testsituation nun davon bestimmt sein könnte, dass sie aufgrund dieser Erfahrungen unterschiedliche innere Vorstellungsmodelle und Bindungsmuster entwickelt hatten.

Ainsworth unterscheidet vor allem folgende Bindungsmuster:

Sichere Bindung: Das sicher gebundene Kind reagiert mit Protest und/oder Kummer auf die Trennung, und mit Freude auf die Wiedervereinigung, wobei es sich rasch beruhigen lässt. Die Mutter ist generell feinfühlig, verlässlich, unterstützend und erfüllt das kindliche Bedürfnis nach Nähe. Sichere Bindung entsteht aufgrund gelungener Interaktionen, fördert Explorationsverhalten und erhöht wahrscheinlich die Resilienz im Hinblick auf spätere Belastungen.

Unsicher, vermeidende Bindung entwickelt sich meist als Reaktion auf Zurückweisung oder Vernachlässigung. Das Kind vertraut nicht auf die mütterliche Verfügbarkeit, zeigt wenig Kummer bei der Trennung und wenig Interesse bei der Wiedervereinigung. Es meidet Nähe, unterdrückt Bindungsverhalten und hat gelernt, Gefühle zu kontrollieren, was man als Abwehrstrategie interpretieren kann. Obwohl diese Kinder sehr angepasst, fast übernormal imponieren, findet man (mündliche Mitteilung von Dr. Brisch 2007 in einem Seminar) erhöhte Cortisolwerte im Speichel als Hinweis für Stress. (Ähnlich anmutendes Verhalten finde ich häufig bei Patienten mit psychosomatischen Beschwerden, depressiven Patienten – also Patienten, die zumindest bestimmte Gefühle kontrollieren bzw. negieren, zugleich aber häufig somatische Symptome präsentieren. Hier stellt sich nun also die Frage, ob sich darin ein Fortwirken solcher früh entwickelter Bindungsmuster in ihrer

gegenwärtigen Situation zeigt, ob sie die gegenwärtige phänomenale Landschaft des Patienten mit-strukturieren, und wenn ja, welche Schlussfolgerungen für die therapeutischen Möglichkeiten sich daraus ergeben.)

Unsicher, ambivalente Bindung: Das Kind protestiert gegen die Trennung, ist voller Kummer, lässt sich aber bei der Wiedervereinigung nicht trösten, sondern zeigt heftige Emotionen, klammert oft, vielleicht um Aufmerksamkeit zu bekommen. Das Kind kann seine Affekte nur schlecht regulieren. Dieses Muster entwickelt sich meist bei nicht vorhersagbarer, inkonsistenter Reaktion seitens der Mutter. (Klinisch sehe ich ähnliches Verhalten oft auch bei erwachsenen Patienten mit Angststörungen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen. Etliche Patienten halten Alleinsein schwer aus, und brauchen die ständige Anwesenheit eines anderen, um ihre Affekte regulieren zu können.)

Gleichzeitig gab es viele nicht klassifizierbare Kinder in der Testsituation. Diese Kinder zeigten gemischte und teilweise chaotische Verhaltensmuster. Sie suchten Nähe, mieden diese dann wieder, oder suchten Nähe auf abstruse Weise, zeigten Verhaltensstereotypen, bizarre Bewegungsmuster, Einfrieren der Bewegungen. Man bezeichnete diese Kinder als desorientiert bzw. desorganisiert. Main und Hesse (Main & Hesse 2002) fanden dieses sogenannte **desorganisierte Muster** gehäuft in Familien, wo die Eltern selbst psychische Probleme aufwiesen, z. B. unverarbeitete Verluste, Traumatisierungen oder Missbrauchserfahrungen. Die Eltern in diesen Familien zeigten oft selbst ängstigendes oder ängstliches Verhalten oder agierten missbräuchlich. Besonders betont wird in der Bindungstheorie, dass Kinder keine klaren Arbeitsmodelle bzw. Muster entwickeln können, wenn widersprüchliche Bindungsmuster aktiviert werden, wenn z.B. die Bindungsperson einmal die Quelle der Beruhigung, dann wieder die Quelle der Angst darstellt.

Mit Lewin könnte man sagen, hier wirken widersprüchliche Vektoren im Feld (Lewin 1963,1982) des Kindes, was man als affektiv hoch geladene Konfliktsituation bezeichnen kann. Desorganisiertes Verhalten weist kein klares Muster von Verhaltensweisen auf, sondern stellt den Zusammenbruch geordneter Verhaltensstrategien dar. Dies lässt an Lewins Ausführungen zur Regression denken, nämlich Regression im Sinne von Primitivierung von Verhalten (Lewin 1982). Primitivierung des Verhaltens bedeutet: weniger differenziert, weniger gut organisiert, weniger Zusammenhang, Stereotypen, konkretes Denken statt abstraktem Denken. So gesehen beschreibt Regression einen Wechsel in der Struktur des Verhaltens und eine Verminderung von Verhaltensvielfalt. Regression kann laut Lewin durch Krankheit, Frustration, Unsicherheit oder affektive Spannung hervorgerufen werden.

Es gibt viele Untersuchungen, die die Beziehung zwischen Bindungsmustern und Affektregulation erforschen, was ich im Hinblick auf die klinische Praxis für wichtig halte. Vereinfacht zusammengefasst kann man sagen, dass sicher gebunden Menschen ihre Affekte relativ gut regulieren können, unsicher gebundene Menschen hingegen dazu tendieren, entweder überzuregulieren oder unterzuregulieren. Bei unsicher vermeidendem Verhalten werden Affekte stark reguliert, also unterdrückt. Dies geht meiner Beobachtung nach meist mit einer Ausblendung bestimmter Teile der phänomenalen Welt einher. Hingegen können die Affekte bei unsicher-ambivalentem Verhalten oft nicht ausreichend reguliert werden, und daher kann die phänomenale Welt aufgrund der hohen Spannungslage nicht mehr geordnet werden. Beides führt oft dazu, dass die betroffenen Menschen nicht mehr adäquat bzw. den Forderungen der Lage angemessen handeln können.

Es wird heutzutage breit diskutiert, wie stabil solche kindlichen Bindungsmuster ins Erwachsenenalter hineinwirken. In Bezug auf spätere Psychopathologie wurden v. a. Zusammenhänge zwischen dem desorganisierten Muster und der Borderline-Persönlichkeitsstörung erforscht, die z.B. auch von Peter Fonagy (Fonagy 2003,2004) beschrieben wurden.

Zusammengefasst besteht laut Bindungstheorie bei jedem Menschen das Bestreben, Bindungen herzustellen, die Sicherheit bieten, um dadurch Exploration und Entwicklung zu unterstützen, womit die Entwicklung förderlicher innerer Arbeitsmodelle einhergeht. Diese gehen ursprünglich aus dem unmittelbaren Erleben hervor, prägen dann aber über die Bildung von Strukturen bzw. Mustern wiederum die phänomenale Welt des Menschen und seine weiteren Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen.

Der Psychoanalytiker Peter Fonagy trug inzwischen maßgeblich zur Erweiterung der Bindungstheorie bei (Fonagy & Target 2003, Fonagy et al. 2004). Basierend auf der Beobachtung, dass das Kind zunehmend versteht, dass dem menschlichen Verhalten psychische Prozesse zugrunde liegen, und es Verhalten demgemäß interpretiert, hat Fonagy das Konzept der *Reflexiven Funktion* bzw. der *Mentalisierungsfähigkeit* entwickelt. Der Begriff der Reflexiven Funktion geht auf Daniel Dennett und dessen Konzept der Intentionalität zurück, welches ein relationales Konzept darstellt (Dennett 1987). Mit reflexiver Kompetenz ist gemeint, dass das Individuum ein grundsätzliches Wissen um mentale Vorgänge hat, und sein Verhalten entsprechend organisiert.

„Reflexive Kompetenz ist eine Entwicklungsleistung, die im Rahmen enger emotionaler zwischenmenschlicher Beziehungen in den ersten fünf Jahren der Persönlichkeitsentwicklung grundgelegt wird. Sie erlaubt dem Subjekt, eine reiche innere Welt von Vorstellungen ‚mentalen‘ Repräsentanzen, in Bezug auf das Selbst und den Anderen zu entwickeln, hierüber zu reflektieren, und sein von Intentionalität getragenes Handeln darauf zu begründen.“ (Reinke 2003, zit. aus Fonagy & Target 2003, 7)

Den frühen Bindungserfahrungen wird hier also auch eine wichtige Rolle für die Entwicklung der sog. Reflexiven Funktion beigemessen. Nach Fonagy ist diese Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit wiederum bedeutend für die Entwicklung der Affektregulation und des psychischen Selbst: Fonagy sieht die Mentalisierung nicht nur im Zusammenhang mit der Kognition sondern auch mit Affekten bzw. Affektregulierung. Dabei unterscheidet er zwei Formen von Affektregulierung, eine elementare und eine komplexe Form (Fonagy et al. 2004). Die elementare Form der Affektregulierung setzt eine die Affekte regulierende Mutter voraus, die im Sinne einer Co-Regulation dem Baby hilft, seine Affekte zu regulieren. Die komplexe Form der Affektregulierung hingegen meint, dass über die Entwicklung der Fähigkeit zu mentalisieren quasi die Selbstregulation gefördert wird.

Laut Fonagy sind die frühen Bindungserfahrungen allgemein wichtig für die Entwicklung der Reflexiven Funktion und des Selbst, besondere Bedeutung misst er dabei jedoch der Qualität der metakognitiven Fähigkeiten der Eltern für die Entwicklung des Selbst bei. Hiermit ist die Fähigkeit der Eltern gemeint, über die Unmittelbarkeit des Gegebenen hinauszugehen, und das dem Verhalten zugrunde liegende mentale Geschehen beim Kind zu erfassen.

Die Entwicklung der Reflexiven Funktion wird dadurch gefördert, dass die Eltern dem Kind eine intentionale Haltung zuschreiben, also vereinfacht gesagt, sein Verhalten als gerichtet und bedeutungsvoll interpretieren.

Dieser Gesichtspunkt passt gut in mein gestalttheoretisches Verständnis von Psychotherapie, da auch wir im Rahmen der Begleitung des Patienten bei der Erforschung seiner phänomenalen Welt und der dort wirkenden Kräfte versuchen, die dem Verhalten der Patienten zugrunde liegenden Gefordertheiten, Intentionen und Zustände zu verstehen. Dementsprechend fördern wir auch beim Patienten die Wahrnehmung und das Verständnis für diese Sachverhalte in seiner phänomenalen Welt.

Für die Entwicklung der reflexiven Kompetenz spielen gemäß Fonagy zwei Prozesse eine Rolle: Die Verknüpfung von Repräsentanzen und die Repräsentation rationalen Handelns (Fonagy & Target 2003, 36). Im Rahmen des affektiven Austausches zwischen Mutter und Kind bildet das Kind nach Fonagy langsam Repräsentanzen, wobei es zunehmend zur Verknüpfung dieser Repräsentanzen kommt, zum Versuch, eine Passung zwischen den eigenen mentalen Zuständen mit denen anderer Personen zu erreichen.

„Nach Gergely und Watson (1996) werden Repräsentanzen von inneren Befindlichkeiten als Teil der spiegelnden Interaktion zwischen Mutter und Kleinkind gebildet“ (Gergely & Watson 1996, zit. aus Fonagy & Target 2003, 37)

Die Mutter hilft dem Kind durch einfühlsames Spiegeln sein affektives Erleben zu ordnen. Sie nimmt die kindliche Signale auf, moduliert sie - Fonagy spricht von „markieren“ - und gibt sie zurück. Die Spiegelung der Mutter wird damit zu einer Meta-Repräsentanz des kindlichen Erlebens, wobei das Kind diese mit seiner eigenen Repräsentanz koordiniert. Fonagy beschreibt, wie der Prozess des Spiegelns scheitert, wenn die Antwort der Mutter der kindlichen Erfahrung zu nahe kommt oder zu weit von ihr entfernt ist. D. h.: Wenn die kindlichen Signale zu wenig gespiegelt oder vermieden werden, kann mitunter keine sinnvolle Repräsentanz gebildet werden. Erfolgt das Spiegeln der Affekte überdeutlich und zu nah, löst die Wahrnehmung dessen, was die Mutter spiegelt, unter Umständen Angst aus, weil die Affekte nicht ausreichend reguliert bzw. symbolisiert worden sind. (Diese Sichtweise finde ich auch anregend für die praktische psychotherapeutische Arbeit mit Patienten, die nur unzureichend ihre Affekte und auch Stress bewältigen können, sowohl was das therapeutische Verständnis als auch den therapeutischen Umgang damit betrifft.)

Ein Mangel an Fähigkeit zur Affektregulation entspricht den von Lewin beschriebenen Auswirkungen von großer Spannung im Lebensraum, die dann im Sinne einer Regression zu einer Umstrukturierung des Verhaltens und der Person führen. Die betroffenen Menschen haben oft wenig Affekttoleranz, eine niedrige Angstschwelle, sind schnell überfordert und dann häufig nicht mehr in der Lage, angemessen zu handeln, weil die Fähigkeit zum Verstehen dessen, was in ihnen vorgeht, häufig unzureichend ist. Gerade das Verstehen aber würde eine gewisse „phänomenale Distanz“ zum reinen Erleben ermöglichen. Hier könnte Psychotherapie also die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit und damit die Entwicklung von Affektkontrolle unterstützen.¹

Zur Entwicklung reflexiver Kompetenz braucht das Kind diesen Gedankengängen zufolge auch eine Repräsentation rationalen Handelns. Das Kind kann jedoch einen Begriff von rationalem Handeln nur dann adäquat entwickeln, wenn die Handlungen der Bezugsperson seinen Erwartungen gemäß vorhersehbar und nachvollziehbar sind, was leider nicht immer der Fall ist. Main hat z.B. festgestellt, dass v. a. bei desorganisiertem Bindungsmuster Kinder kein kohärentes eindeutiges Arbeitsmodell entwickeln können, weil sie Probleme damit haben, das elterliche Verhalten als sinnvoll und stimmig zu interpretieren (Main 1995). Manchmal weiß das Kind im Kontakt mit ängstigenden oder angst erfüllten Bezugspersonen nicht, was die Auslöser für die Gefühle der Eltern sind. Diese Kinder sind viel damit beschäftigt, ihre Umgebung zu beobachten und zu kontrollieren, was auch auf Kosten der inneren Entwicklung v. a. Selbstwahrnehmung geht. (Dieser Aspekt ist meines Erachtens nicht nur für den Umgang mit Kindern von Bedeutung, sondern gilt im gleichen Maß für die Anforderungen an eine verlässliche, klare und transparente therapeutische Beziehung.)

Zusammenfassend geht die Bindungstheorie also davon aus, dass der einfühlsame Umgang der Mutter mit dem Kind ein wichtiger Faktor sowohl für die Entwicklung seiner Bindungssicherheit, als auch für die Entwicklung seiner reflexiven Kompetenz ist. Als besonders bedeutend für diesen Erwerb reflexiver Kompetenz durch das Kind wird dabei eine intentionale Grundhaltung der Mutter erachtet, die dem Kind seine eigene psychische Befindlichkeit zuschreibt. Diese Zuschreibung wird vom Kind wahrgenommen, mit eigenen Zuständen in Verbindung gebracht und trägt somit zur Entwicklung des Selbst bei. Letztendlich fördern gute frühe Beziehungen und das Verständnis des mentalen Systems des Kindes seine reflexive Kompetenz und seine Bindungssicherheit, während unsichere, widersprüchliche und missbräuchliche Beziehungen diese Entwicklung beeinträchtigen.

Zum Schluss möchte ich nochmals betonen, dass ich glaube, dass mir die Modellvorstellungen der Bindungstheorie und der Mentalisierung mit gestalttheoretischen Auffassungen vereinbar erscheinen und für das gestalttheoretische Verständnis von Psychotherapie fruchtbar gemacht werden könnten.

Die wichtigste Übereinstimmung mit der Gestalttheorie sehe ich darin, dass sie dem Beziehungsgeschehen eine zentrale Bedeutung für das Verständnis von Entwicklung und Entwicklungsstörungen zuschreiben. Man denke hierbei nur an die von Gerhard Stemberger herausgegebenen gestalttheoretischen Beiträge in

„Psychische Störungen im Ich-Welt-Verhältnis“, wo er folgendes schreibt:

„Es wird davon ausgegangen, dass in der Ich-Welt-Beziehung den anderen Menschen in diesem Umfeld und der Beziehung zu ihnen besonderes Gewicht zukommt. Nicht alle, aber ein großer Teil psychischer Störungen können dieser Auffassung nach von einem gestörten Gleichgewicht zwischen dem Menschen und seinen Mitmenschen ihren Ausgang nehmen.“ (Stemberger 2002, 19-20)

Beide Ansätze, sowohl die Bindungstheorie als auch die Gestalttheorie, verbindet das Verständnis menschlichen Erlebens und Verhaltens als dynamisches und systemisches Geschehen. Bei der Erforschung der frühen Interaktionen zwischen Kind und Mutter untersuchen sie die dynamischen Zusammenhänge zwischen erlebtem Beziehungsgeschehen und dem Aufbau mentaler Strukturen, die wiederum Einfluss auf die weitere Strukturierung der phänomenalen Welt haben. Sie sind auch in erkenntnistheoretischer und methodischer Hinsicht insofern kompatibel, als sie beide die Notwendigkeit der Erforschung phänomenaler Vorgänge und Gegebenheiten in den Vordergrund stellen, ohne diese phänomenalen Sachverhalte mit transphänomenalen zu vermengen oder zu verwechseln.

Auch im Hinblick auf die Bedeutung frühkindlicher Erfahrungen sehe ich die Möglichkeit, Befunde der Bindungsforschung im gestalttheoretischen Denken aufzugreifen. Kurt Lewins Feldtheorie etwa negiert nicht den Einfluss früherer Erfahrungen auf das aktuelle Erleben der Person. Als historische Fakten sind sie zwar vergangen und können aktuelles Erleben und Verhalten nicht bestimmen, in der Gegenwart sind für den Menschen jedoch auch die Erinnerungen und Vorstellungen über seine Vergangenheit verhaltenswirksam, ebenso wie Wahrnehmungs- und Verhaltensstrukturen, die sich über die Zeit herausgebildet haben. In dem Zusammenhang verweise ich auf das Lewinsche Konzept der Zeitperspektive und Koffkas Hypothese zum Spurensystem, das auf vergangene Erfahrungen zurückgeht:

Lewin: *„Verhalten wird jederzeit nicht nur durch das beeinflusst, was als psychologische Gegenwart erlebt wird, sondern auch durch Erwartungen, Wünsche und Befürchtungen für die Zukunft und durch die Kenntnis der Vergangenheit. Psychologische Gegenwart, psychologische Vergangenheit und psychologische Zukunft sind wesentliche Bestandteile des Lebensraums eines Individuums zu jedem beliebigen Zeitpunkt.“ (Lewin & Escalona 1940; L. K. Frank 1939; Lewin 1939; zit. aus Lewin 1982, 309)*

Koffka: *“Es wird eine von einer vorausgegangen Erfahrung herrührende Spur angenommen, die die Vergangenheit in der Gegenwart repräsentiert, und es wird ein aktueller Prozess angenommen, der mit*

dieser Spur in Verbindung tritt, wodurch ein neuer Prozess des Wiedererkennens oder der Reproduktion entsteht. Das Spurensystem ist nach Gestaltgesetzen organisiert und ist Veränderungen ausgesetzt, die dem Prägnanzgesetz folgen.“ (Koffka 1935, zit. aus Walter 1985,50)

Ob und inwiefern das Konstrukt der inneren Arbeitsmodelle hilfreich für das Verständnis aktuellen Beziehungsgeschehens im Lebensraum eines Menschen ist, wird meiner Meinung nach noch genauer zu überprüfen sein. Kann man hier tatsächlich sinnvoll vom Wirken von Modellen im Lebensraum eines Menschen sprechen oder handelt es sich nicht vielmehr um bestimmte Strukturierungen und Dynamiken im Lebensraum, die bei Vorliegen ähnlicher Bedingungen im gegenwärtigen Lebensraum einer Person ähnliches Wahrnehmen, Erleben und Verhalten hervorrufen, als sie für früheres Beziehungsgeschehen kennzeichnend war?

Je näher und wichtiger die Beziehungsperson, umso mehr wird das Bindungssystem aktiviert. Als Beispiel mögen Patienten dienen, die oft in beruflichen Beziehungen gut funktionieren, aber nicht in intimen, nahen Beziehungen, wo Bindung entsteht. Insofern kann das Verständnis von Bindungsstilen für therapeutische Überlegungen hilfreich sein, wenn es sowohl um die Erforschung des vergangenen als auch des aktuellen Beziehungsgeschehens der Klienten geht. Auch die therapeutische Beziehung zwischen den Klienten und Therapeuten kann unter diesem Gesichtspunkten meines Erachtens fruchtbar reflektiert werden.

Das Verständnis des Zusammenhangs von reflexiver Kompetenz und Affektkontrolle bzw. Impulskontrolle erachte ich – wie bereits erwähnt - als besonders wertvoll für die therapeutische Arbeit, da es viele Patienten gibt, die Unterstützung bei der Entwicklung von Affektregulation benötigen.

Als praktisch tätige Psychotherapeutin beschäftigt mich im Hinblick auf Theorien und Modelvorstellungen die Frage, ob diese hilfreich für mein therapeutisches Verstehen und Handeln sind. Walter verweist auf Lewin und dessen Beschreibung einer dynamisch-konstruktiven Methode der Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen:

„Konstruktiv nennt Lewin eine Methode, nach der u.a. die Phänomene im Bereich des Menschen und seiner Umwelt nach ihrer Entstehungsweise innerhalb übergreifender Zusammenhänge, statt nach äußeren Merkmalen, geordnet werden, und insofern der Entstehungsweise überhaupt die größte Aufmerksamkeit gewidmet wird. Pointiert ausgedrückt: Nur eine Persönlichkeitstheorie, die zugleich eine Theorie der Vorgänge bei psychischer Entwicklung, Reifung, psychischem Wachstum und damit eine Theorie der Veränderung und der therapeutischen Einflussnahme ist, besitzt Handlungsrelevanz.“ (Walter 1985, 74)

Ich denke, dass sowohl die Bindungstheorie als auch die Theorie der reflexiven Funktion diesen Anforderungen entsprechen können, indem sie Vorgänge der psychischen Entwicklung erforschen, und dadurch die Reflexion therapeutischen Handelns bereichern.

Die wesentlichste Schlussfolgerung, die ich persönlich aus den Ergebnissen der Bindungsforschung im Hinblick auf Psychotherapie ziehe, ist v. a. die dadurch neuerlich unterstrichene Notwendigkeit, in der Psychotherapie solche Randbedingungen zu setzen, die dem Klienten das Gefühl von Sicherheit und Anerkennung seines phänomenalen Erlebens und seiner Person vermitteln. Ich sehe meine psychotherapeutische Aufgabe darin, die therapeutische Beziehung derart zu gestalten, das sie dem Klienten als sichere Basis dafür dienen kann, sich und seine phänomenale Welt vertrauensvoll zu erforschen, zu verstehen und - wo notwendig - zu verändern.

Literatur:

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wallis, S. (1978): *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C., Jasnow, M.(2002): Koordination von Sprachrhythmus und Bindung. In: Brisch et al. 2002, 47-85.
- Bowlby, J. (1988/1995): Bindung: Historische Wurzeln . In: Spangler & Zimmermann 1995, 17-26.(Gekürzte Version des Vortrages von John Bowlby anlässlich seiner Verleihung der Ehrendoktorwürde der Philosophischen Fakultät II (Psychologie/Pädagogik) der Universität Regensburg im November 1988. Übersetzt und bearbeitet von Fabienne Becker-Stoll, Peter Zimmermann und Gottfried Spangler).
- Brisch, K.H.; K.E.Grossmann, K.Grossmann, L.Köhler (Hg.,2002): *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Dennett, D.C. (1987): *The intentional stance*. Cambridge (MIT Press).
- Fonagy, P. & Target, M. (2003): *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. Original: *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the*

- Self. New York: Other Press (2002).
- Fonagy, P. (2003): *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart. Klett-Cotta. Original: *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press (2001).
- Fremmer-Bombik, E. (1995): Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler & Zimmermann 1995, 109-119.
- Gergely, G. & Watson, J. (1996): The social biofeedback model of parental affect-mirroring. In: *International Journal of Psychoanalysis* 77, p.1181-1212.
- Koffka, K. (1935): *Principles of Gestalt Psychology*. New York: Harcourt.
- Koffka, K. (1925/1966): *Die Grundlagen der psychischen Entwicklung. Eine Einführung in die Kinderpsychologie*. Osterwieck: Zickfeldt (1925). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft (1966).
- Künkel, F. (1974): *Das Wir. Die Grundbegriffe der Wir-Psychologie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft.
- Levy, E. (1986): A Gestalt Theory of Paranoia. Introduction, Comment and Translation of "Heinrich Schulte". *Gestalt Theory*, 8, 230-255.
- Lewin, K. (1982): *Psychologie der Entwicklung und der Erziehung. Kurt Lewin Werkausgabe Band 6*. Hg: F. E. Weinert u. H. Gundlach. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lewin, K. (1963): *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften*. Bern. Hans Huber.
- Main, M. (1995): Desorganisation im Bindungsverhalten. In: Spangler & Zimmermann, 1995, 120-139.
- Main, M. & Hesse H. (2002): Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen. In: Brisch et al., 2002, 219-248.
- Metzger, W. (1977): *Adler als Autor*. In: D. Eicke (Hg., 1977). *Freud und die Folgen. Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Bd. 3. München/Zürich; Kindler, 535-551. Nachdruck in: M. Stadler u. H. Crabus (Hg., 1986): *Gestalt-Psychologie. Ausgewählte Werke aus den Jahren 1950-1982*. Frankfurt: Waldemar-Kramer, 487-493.
- Reinke, E. (2003): Vorwort: Reflexive Kompetenz. In: Fonagy & Target 2003, 7-28.
- Schulte, H. (1924): Versuch einer Theorie der paranoischen Eigenbeziehung und Wahnbildung. *Psychologische Forschung*, 5, 1-123. Full English translation: Levy 1986.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hg. 1995): *Die Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stemberger, G. (Hg., 2002): *Störungen im Ich-Welt-Verhältnis. Gestalttheorie und psychotherapeutische Krankheitslehre*. Wien: Krammer.
- Walter, H.J. (1985): *Gestalttheorie und Psychotherapie*. 2. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Anmerkungen

* Deutsche Fassung des Vortrages vom 25.5.2007 bei der Wissenschaftlichen Arbeitstagung der GTA „Relations and Structures“ an der Universität Macerata (24.5-27.5.2007). Die Publikation der englischen Originalfassung „Attachment Theory and Gestalt Psychology“ ist für *Gestalt Theory* 4/2007 vorgesehen.

¹ Fonagy beschreibt mentalisierte Affektivität im klinischen Setting, wobei er höchst interessante Fallbeispiele bringt (Fonagy et al. 2004, 436-468).

BEZIEHUNG UND STRUKTUR IN DER ARBEIT MIT SCHWER TRAUMATISIERTEN FLÜCHTLINGEN*

Uta Wedam, Graz

Einleitung

Ich bin Psychotherapeutin, ausgebildet in Gestalttheoretischer Psychotherapie, und arbeite seit bereits 8 Jahren mit schwer traumatisierten Menschen aus verschiedenen Kulturen im Verein ZEBRA – *Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum*. Die Klienten, die in unsere Einrichtung kommen, sind Flüchtlinge aus verschiedenen Krisengebieten dieser Welt, sie sind Opfer von Krieg, Folter und politischer Gewalt.

Beziehung und Struktur

Der Titel dieser Tagung - Beziehung und Struktur - hat mich persönlich sehr angesprochen, da gerade in meiner Arbeit die Bedeutung und die Auswirkungen von gesellschaftlichen Strukturen auf Lebensbedingungen und -situationen von Menschen sichtbar werden, sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart. Gerade in der Arbeit mit schwer traumatisierten Flüchtlingen wird der Bezug zwischen sozialpolitischen und intra-psychischen Prozessen besonders deutlich. Dieser Bezug muss in der psychotherapeutischen Arbeit gut verstanden und aufgegriffen werden, da hier das Ungenügen einer auf Symptome reduzierten Behandlungspraxis vielleicht noch unmittelbarer zeigt als auch sonst in der psychotherapeutischen Praxis. Trauma und dessen Behandlung darf bei sozial und politisch verursachten Traumatisierungen die Strukturen, in denen die Traumatisierungsprozesse eingeleitet wurden, und die Strukturen, die auch in der Gegenwart einem Heilungsprozess entgegenwirken bzw. sogar re-traumatisierend wirken, nicht außer Acht lassen. Nicht nur die traumatischen Erfahrungen selbst, sondern auch ihre weiteren Folgen haben Konsequenzen, die auf vielen Ebenen zum Tragen kommen. Sie betreffen nicht nur das Individuum, sondern uns alle. Es wird zu wenig sein, den Betroffenen ‚nur‘ zu behandeln und ihn verantwortlich für seine Heilung zu machen. Die Allgemeinheit, die Gesellschaft und ihre Haltung zum Leid des Einzelnen sind Teil dieses Prozesses. Krieg, Folter, politische Verfolgung passieren nicht außerhalb der Zeitgeschichte, sie sind Teile davon.

Der spezifische Lebensraum eines einzelnen Menschen aber ist gewissermaßen eingebettet in kulturelle Lebensräume und diese wiederum in den Lebensraum des Menschen schlechthin: (Walter 1985, 244)

Hans Keilson beschreibt in seiner Theorie der sequentiellen Traumatisierung für mich sehr umfassend die langfristigen Prozesse, die es hier zu analysieren gilt. Er verliert dabei nicht den Blick auf das gesellschaftliche Umfeld. Es geht darum, Trauma in seinem gesamten Kontext zu erfassen zu suchen und nicht nur auf medizinische Symptome zu reduzieren. Der Begriff Extremtraumatisierung beinhaltet sowohl die individuelle Dimension von Trauma als auch die soziale Realität, Extremtraumatisierung ist immer beides.

Extremtraumatisierung ist ein Prozess im Leben der Subjekte einer Gesellschaft, der definiert wird durch seine Intensität, durch die Unfähigkeit der Subjekte und der Gesellschaft, adäquat darauf zu antworten und durch die Erschütterungen und dauerhaften pathogenen Wirkungen, die er in der psychischen und sozialen Organisation hervorruft. Extremtraumatisierung kennzeichnet sich durch eine Art, die Macht in einer Gesellschaft auszuüben, bei der die sozialpolitische Struktur sich auf die Zerstörung und Auslöschung einiger Mitglieder dieser Gesellschaft durch andere Mitglieder derselben Gesellschaft gründet. Der Prozess der Extremtraumatisierung ist zeitlich nicht begrenzt und entwickelt sich sequentiell. (Keilson zit. nach Becker 2006, 63)

Ich sehe große Ähnlichkeiten zwischen dieser Betrachtungsweise und dem Feldansatz von Kurt Lewin, der die Notwendigkeit betont, den Mensch in seinen Beziehungen zu seiner Umwelt im Hier und Jetzt zu begreifen. Das bedeutet aber auch, verschiedene Strukturen der Lebenswelt und deren Einflüsse und Auswirkungen zu sehen und verstehen zu lernen, den Menschen in verschiedenen Zusammenhängen zu analysieren.

Ein weiterer Aspekt, der in der Arbeit mit schwer traumatisierten Flüchtlingen immer wieder sichtbar wird, ist der sehr eingengegte Lebensraum, in dem sich diese Menschen bewegen. Dabei stoßen wir in unserer Arbeit immer wieder auf verschiedene Grenzen - es werden hier über das Erleben von Grenzen bzw. Begrenztheiten Strukturen und dadurch vielleicht auch Beziehungen bewusst. Die Grenzen können dabei auf verschiedenen Ebenen erlebt werden, der Bewegungsfreiraum der Betroffenen - die Möglichkeiten, hier zu arbeiten, zu verdienen, zu handeln, einen privaten Raum zu schaffen - sind sehr eingeschränkt. Ebenso werden Grenzen in dem erfahrbar, was ausgesprochen werden kann: Für traumatisierte Menschen ist es oftmals sehr schwierig, über grausame Erfahrungen zu sprechen, und es scheint zunächst, dass furchtbare Gräueltaten, die erlebt werden mussten, vielleicht unmöglich auszusprechen sind. Es gibt eine Verbindung zwischen den Auswirkungen von Krieg und Folter und dem Unaussprechbaren bestimmter traumatischer Erfahrungen. Das bedeutet, es gibt oft eine Grenze der Sprache, Horror und Entsetzen zu beschreiben, und ebenso oft eine Grenze des Verstehens.

Those who have experienced it will never know what it was like; those who know will never say; not really, not everything. (Quindeau 1995, 82)

Ein Zitat Ferenczis drückt eine weitere Grenze, die wir als Therapeut und Mensch zu akzeptieren haben, sehr anschaulich aus:

Und schließlich müssen wir anerkennen, dass unsere Fähigkeit zu helfen, wie auch unsere Bereitschaft zu helfen, begrenzt ist. (Ferenczi 1932, 277)

Ein erstes kurzes Beispiel dazu: Flüchtlinge, die unser Land erreichen und hier um politisches Asyl ansuchen, kommen aus unterschiedlichen Ländern. Gemeinsam ist ihnen, dass sie ihr Land verlassen mussten, dass sie hier ankommen und natürlich nicht unsere Sprache sprechen, umgekehrt ich nicht die ihre. Daher bin ich als Therapeutin aufgefordert, zunächst einen Raum und einen Rahmen zu schaffen, in dem wir miteinander kommunizieren und uns verstehen lernen können. Sprache ist eine wesentliche Voraussetzung, dass Therapie stattfinden kann, dass Menschen beginnen können, zu erzählen, sich auszudrücken, und dass sie gehört werden. Sprache ist oftmals das entscheidende Mittel, um akzeptiert zu werden. Flüchtlinge machen immer wieder Erfahrungen der Sprachlosigkeit - sprachlos zu sein bedeutet jedoch zugleich machtlos zu sein. Darum gilt es, eine Möglichkeit zu schaffen, diese Menschen der Sprache zu ‚ermächtigen‘.

Für uns Therapeutinnen ist also eine notwendige Voraussetzung unserer Arbeit mit diesen Menschen, die sprachlichen Barrieren abzubauen und Sprache zu ermöglichen. Wir arbeiten zu diesem Zweck mit professionellen DolmetscherInnen, die auch für die spezielle Aufgabe und das spezielle Setting der Psychotherapie von uns ausgebildet wurden. Ich werde später noch näher auf dieses Setting eingehen, das für mit diesem Arbeitsfeld nicht Vertraute vielleicht ungewöhnlich erscheint.

ZEBRA – Rehabilitationszentrum für Opfer von Krieg, Folter und politischer Gewalt

Zunächst möchte ich jedoch die Einrichtung, in der ich arbeite, vorstellen. Ich glaube, es ist für den Therapeuten wichtig, sich sehr klar bewusst zu sein, in welche Struktur er selbst eingebunden ist. ZEBRA ist eine NGO, eine *Non-Government-Organisation*, was bedeutet, dass wir unabhängig sind und auch nicht in erster Linie vom Staat subventioniert werden. Die Subventionen erhalten wir von verschiedenen Geldgebern, die meisten stammen aus dem *European Refugee Fond* und der *European Initiative for Democracy and Human Rights*. Der österreichische Staat ist dabei in einem nur geringen Ausmaß beteiligt.

Für das Verstehen des Beziehungsgeschehens in der Psychotherapie und für den angemessenen Umgang damit ist es wichtig zu wissen, innerhalb welcher Struktur welche Beziehungen angeboten werden. Die Flüchtlinge kommen aus Ländern, in denen die politische Situation instabil ist - entweder sie wurden von autoritären Regimes selbst verfolgt, eingesperrt oder gefoltert, oder ihre Regierungen waren nicht imstande, sie vor Übergriffen zu schützen.

Hier bei uns wiederum leben die Klienten in einer für sie außergewöhnlichen Lebenssituation, die nur wenige Spielräume zulässt. Sie müssen die meist sehr eingeschränkten Rahmenbedingungen für ihr Leben, die ihnen von der Aufnahmegesellschaft vorgegeben werden, annehmen, auch wenn sie sie manchmal als unzumutbar und demütigend empfinden. Es gilt daher, in der Arbeit mit den Flüchtlingen einen Raum mit klaren Rahmenbedingungen zu schaffen, der von allen Seiten akzeptiert wird und der dann letztendlich auch von allen Beteiligten gestaltet wird.

Lebenssituation von Flüchtlingen im Exil

Ich werde versuchen, einen kurzen Einblick in die spezielle und sehr komplexe Lebenssituation von traumatisierten Flüchtlingen und deren unterschiedliche Bedürfnisse zu geben, die in der psychotherapeutischen Arbeit mit ihnen berücksichtigt werden müssen.

Die Migration ist für Asylsuchende geprägt durch den äußeren Bruch mit der Herkunftsgesellschaft und einer ungewissen Zukunft in der Aufnahmegesellschaft. Flüchtlinge leben zunächst - und das kann auch Jahre lang dauern - in einer Übergangsphase, einer Art Provisorium. Sie leben auf sehr engem Raum in Flüchtlingsquartieren und ‚warten‘ auf ihre Zukunft, auf Entscheidungen, auf die sie nach den ersten Befragungen wenig Einfluss haben, die zugleich aber für ihr Leben, für ihre Existenz entscheidend sind. Diese sehr belastende Situation ist Ursache für Leiden verschiedenster Natur → psychosomatische Leiden verschiedenster

Art, Stress, Spannungszustände, Entwurzelungsängste, Zukunftsängste, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Resignation und psychische Krisen.

In der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen ist das Ernstnehmen von Leiden jeglicher Natur, das Wahrnehmen der verschiedenen Lebensbereiche, die in dieser Situation meist als problematisch und krisenhaft erlebt werden, in ihren Zusammenhängen wichtig, man darf sie nicht als voneinander getrennt auffassen. Das Betrachten unter Einbeziehung aller verschiedenen Aspekte stellt eine Notwendigkeit dar, da die auftretenden Leidenszustände vielfältig determiniert sind.

Das heißt: Alle psychischen, physischen, sozialen, ökonomischen, politischen Dimensionen sind in die Betrachtung mit einzubeziehen und erfordern ihre Berücksichtigung in einem ganzheitlichen und alltagsorientierten Behandlungskonzept, um den Bedürfnissen und den notwendigen Maßnahmen für einen Heilungsprozess traumatisierter Flüchtlinge gerecht zu werden.

In der unmittelbaren psychotherapeutischen Arbeit erleben wir immer wieder, dass Überlebende von Folter, Krieg oder anderen Formen der politischen Gewalt nicht bzw. nur sehr schwer von ihren traumatischen Erfahrungen Abstand nehmen, sich von ihnen trennen können. Diese Menschen leben ja auch nicht nur mit der Erinnerung, sondern auch mit den Konsequenzen dieser Gewalttaten. Für sie bleiben die Verluste und das Leiden ein Teil ihres Lebens und ihrer Person. Es gibt viele Verletzungen unterschiedlichster Natur, einige werden der Behandlung zugänglich sein, andere werden als ein sichtbares Stigma für den Rest ihres Lebens bleiben. Dieses ist „eingepägt“, sowohl körperlich als auch seelisch!

Die Folgen von Krieg und Folter sind Teil des Traumas. Einerseits gibt es physische und psychische Leidenszustände, andererseits viele Verluste, die mit der Flucht einhergehen, dazu kommen die Unsicherheit und das Ungewohnte in der neuen Kultur.

Die Nachwirkungen von Krieg und Folter müssen mit den ursprünglichen Ereignissen verbunden und als Teil der Traumatisierung gesehen werden. Dazu gehören auch die daraus folgenden Lebensbedingungen im Flucht- und Migrations-Kontext.

Ganzheitliches Behandlungskonzept

Psychotherapie mit schwer traumatisierten Menschen aus anderen Kulturen fordert also letztendlich eine ganzheitliche Betrachtungs- und Herangehensweise und diese wiederum verlangt ein methodenübergreifendes und interdisziplinäres Denken und daher auch ein multidisziplinäres Team.

Im Mittelpunkt unseres Behandlungsansatzes bei ZEBRA steht die Psychotherapie, die einerseits mit Körpertherapie und psychiatrischer Beratung, andererseits mit Sozialarbeit und rechtlicher Beratung komplementiert wird.

Unser Team bei ZEBRA besteht aus 5 Psychotherapeutinnen, eine davon arbeitet auch in ihrer Muttersprache (Bosnisch, Serbisch, Kroatisch), die meisten sprechen bei Bedarf Englisch. Eine Mitarbeiterin ist Kindertherapeutin. Weiters gibt es zwei Körpertherapeuten, einen Mann und eine Frau, ausgebildet in der Feldenkraismethode, und eine Konsiliarpsychiaterin, die auch Oberärztin in der Grazer Landesnervenklinik Sigmund Freud ist. Sie kommt regelmäßig alle zwei Wochen in unsere Einrichtung und behandelt hier Klienten, die Psychopharmaka benötigen. In speziellen Krisensituationen organisiert sie eine fallweise notwendige stationäre Behandlung. Um bei den vielfältigen Alltagsproblemen in Quartieren, Flüchtlingsheimen, mit Behörden, in Schulen usw. zu unterstützen, zu informieren und zu koordinieren, steht uns eine Sozialarbeiterin zur Verfügung, die neben der unmittelbaren Sozialarbeit auch Auskunft in fremdenrechtlichen Fragen gibt.

Und: Wir haben, wie bereits erwähnt, einen gut ausgebildeten Pool von DolmetscherInnen. Die Sprachen Russisch, Tschetschenisch, Türkisch, Farsi, Dari, Albanisch, Mongolisch, Rumänisch können mit diesem Pool abgedeckt werden.

Was kann Psychotherapie leisten?

In welchem Rahmen findet Psychotherapie statt?

Das Setting ist ein wesentlicher Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung, dadurch wird Therapie erst möglich. Therapie findet in einem raum-zeitlichen Rahmen statt, in dem sich Klient und Therapeut begegnen und beide Teile der Lebenswelt des jeweils anderen werden. Innerhalb dieses Beziehungsgeschehens, dieser Begegnung können Heilungsprozesse in Gang gesetzt werden. Der Rahmen ist somit sowohl „innerlich“ als auch „äußerlich“.

Ich möchte an dieser Stelle Berns zitieren:

Anders als der Bilderrahmen, der sich vom Umrahmten unterscheidet, ist der Rahmen in der Psychotherapie nichts anderes als beziehungsstrukturierender Umgang von Psychotherapeut und Patient in seinen bewussten und unbewussten Dimensionen. Damit ist er Inhalt. (Berns 2003)

Gleichzeitig findet Therapie auch immer in einem institutionellen Rahmen statt, der wiederum eingebettet ist in eine Gesellschaftsstruktur, d.h. der ganze Kontext mit allen möglichen Machtstrukturen wird Teil des gesamten Prozesses und ist daher mitzudenken und zu beachten.

Der österreichische Staat gewährt Asyl und somit Lebensraum - oder er gewährt ihn nicht. Die Asylverfahren dauern oft jahrelang. Während dieser Zeit leben die Klienten in einem Übergangsraum, in dem sie weder vor noch zurück können. Darin zeigen sich natürlich Grenzen und sind Überforderungen meist unausweichlich. Auch wir als Therapeuten befinden uns gemeinsam mit den Klienten in dieser Übergangswelt mit all seinen Risiken und Möglichkeiten. In diesen Übergangswelten oder Zwischenwelten liegt aber auch ein Potential. In der Auseinandersetzung mit dem Eigenem und dem Fremden kann etwas Neues, eine Neuschöpfung entstehen, es ist ein kreativer Prozess möglich. Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft zur konkreten Auseinandersetzung innerhalb einer konkreten Beziehung:

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme dieses potentiellen Raumes setzt demnach zunächst den Aufbau dieses Raumes zwischen Zweien voraus: zwischen dem Ich und dem Nicht-Ich, zwischen dem Drinnen (Zugehörigkeitsgruppe) und dem Draußen (aufnehmende Gruppe), zwischen der Vergangenheit und der Zukunft. (Grinberg & Grinberg 1990)

Übergangsphänomene kennen wir alle, sie tauchen immer wieder in verschiedenen Lebensphasen auf - Geburt, Kindheit, Pubertät, Eintritt ins Arbeitsleben, Eheschließungen, Elternschaft, Trennungen, Alter usw. - so stellen auch Flucht und Migration an sich Übergangsphänomene dar.

Ebenso kann der therapeutische Raum zum Übergangsraum werden. Für den Therapeuten heißt das, einen Raum zu schaffen, in dem die Bedingungen für den Klienten so gestaltet sind, dass ein intimer, privater und schützender Bereich entsteht, der auch gleichzeitig die äußeren sozialen Bezüge und gesellschaftlichen Machtverhältnisse einbezieht und reflektiert. Es geht also darum, dem Klienten einen Raum anzubieten, der einen integrativen Prozess, in dem er wieder handeln und wachsen kann, ermöglicht.

Ohne einen minimalen ‚Sicherheitsrahmen‘ (Judith Herman 2006) können seelische Verletzungen nicht rekonstruiert und behandelt werden.

Erst innerhalb eines solchen Rahmens also können Aufbau und Gestaltung einer helfenden und Heilungsprozesse unterstützenden Beziehung überhaupt stattfinden. Der Therapeut selbst wird in dieser Arbeit zugleich aber immer auch Zeuge und so wird eine klare, persönliche Standortbestimmung und Haltung des Therapeuten zum Geschehenen für beide hilfreich und notwendig sein.

Extremtraumatisierung bedeutet meist den Zusammenbruch aller Strukturen, sie ist oftmals gekoppelt mit der Erfahrung des Todes. Menschen, die Folter oder Gewalt erleben mussten, haben im entscheidenden Moment die Fähigkeit verloren, die erlittene Zerstörung als „intentional von außen nach innen“ zu sehen, Folter wird vielmehr als Selbstaflösung, als Tod empfunden, es gibt kein Innen und Außen mehr.

Viele Klienten beschreiben das auch so in ihren Erzählungen: „Ich habe gewusst, ich sterbe jetzt“, oder „Ich war bereit zu sterben“, oder „In diesem Augenblick habe ich mir nichts sehnlicher gewünscht, als sterben zu dürfen“. Das Nicht-Sterben-Können bzw. -Dürfen wurde als Katastrophe erlebt. Innerlich hatten diese Menschen bereits mit dem Leben abgeschlossen, der Tod ist Teil ihres Innenlebens geworden, und die Frage ist nun, wie kann es für sie wieder möglich werden, nicht nur zu *überleben*, sondern wieder zu *leben*, sich für das Leben zu entscheiden.

Hierzu David Becker:

Der erlebte Tod kann nur überlebt und überwunden werden, wenn der Patient das Leben und seine Bindungen neu zulassen kann, wenn er wieder zu einem zwischenmenschlichen Kontakt findet, wenn

dieser Kontakt anhält. (Becker 2006, 52)

Die Haltung und die Einstellung des Therapeuten zum Leben an sich erhält hier eine besondere Bedeutung, sie kann die Basis werden für Sicherheit und Halt. Der Therapeut ist auch aufgefordert, Stellung zum Geschehenen zu beziehen, Verbrechen müssen beim Namen genannt werden, es gibt keine neutrale Haltung gegenüber Verbrechen und Gewalt.

Ich möchte ihnen hier Ausschnitte des *Vinculo Comprometido* vorlesen, einer Art Grundsatzerklärung, die Therapeuten eines chilenischen Behandlungszentrums für Folteropfer verfasst haben.

Vinculo comprometido / Chile

Wenn wir von einer therapeutischen Beziehung sprechen, die zutiefst verpflichtend ist, möchten wir sie von der therapeutischen Beziehung unterscheiden, die von der ‚Neutralität‘ des Therapeuten geprägt sein soll. Was wirklich geschehen ist, kann man nur in seinem politischen und sozialen Kontext verstehen, dem wir nicht gleichgültig gegenüberstehen. ... Die Neutralität abstrahiert von der Realität, und die soziale Gewalt in ihren extremen Formen macht deutlich, wie absurd es ist, auch theoretisch zu vergessen, dass das alltägliche Leben eben von dieser Realität beeinflusst, geformt und bestimmt wird. (Lira, Weinstein 1984, Übersetzung D. Becker; in Becker 2006, 47)

Authentizität, Transparenz und Empathie des Therapeuten sind eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Basis für Sicherheit geschaffen und der Aufbau einer ‚Struktur des Vertrauens‘ möglich wird. In der gemeinsamen Erforschung des Lebensraumes eines Klienten werden immer wieder verschiedene Ebenen auftauchen, die es zu vertiefen und zu ergründen gilt, sowohl zeitlich als auch räumlich.

In einer Beziehung, die die Bereitschaft zum Dialog voransetzt, können vielleicht wieder Prozesse in Gang gesetzt werden, die über das Entsetzliche hinausgehen, es sogar eingrenzt, trotz der Konsequenzen des Geschehenen, an denen der Betroffene nach wie vor leidet. In diesem Geschehen lernen alle Beteiligten, zu verstehen und so vielleicht über sich selbst hinauszuwachsen – so, wie auch der erlittene Schmerz über den Einzelnen hinausgeht und letztendlich uns alle (be)trifft.

In den Humanwissenschaften ist Genauigkeit die Überwindung der Fremdheit des Fremden ohne seine Verwandlung in reines Eigenes (Ersetzung jeder Art, Modernisierung, Nichterkennen der Fremden usw.) Das Wichtigste ist hier die Tiefe – die Notwendigkeit, vorzudringen, sich zu vertiefen in dem schöpferischen Kern der Persönlichkeit, in dem sie ihr Leben bewahrt, d.h. unsterblich ist. (Bachtin 1979, 351)

In meiner Arbeit mit diesen Menschen ist für mich die theoretische Verankerung in der Gestalttheoretischen Psychotherapie eine hilfreiche Grundlage. Sie bietet mir eine Struktur, innerhalb der ich mich einigermaßen sicher fühle. Sowohl Lewins Lebensraumkonzept als auch der erkenntnistheoretische Ansatz des Kritischen Realismus erleichtern es mir, in einer phänomenologischen Herangehensweise viele Ebenen in einem Gesamtprozess zu erforschen, zu erkennen, zu sehen, verstehen zu lernen und zu integrieren.

Auch Seelisches hat und braucht seine eigene Zeit

Tatsächlich ist die Begegnung mit dem Fremden mit einem Ablaufdatum versehen, da durch die Beziehung sich das Fremde zunehmend auflöst, vergleichbar der Beschäftigung mit dem eigenen Unbewussten, durch die immer mehr bewusst wird. Es bleibt vielleicht ein unauflöslicher Rest von Fremdheit, der die Verschmelzung verhindert und die Getrenntheit bestätigt. Das Wissen von diesem Rest schafft wiederum Bewusstsein und Eigenes im Gegensatz zum Unbewussten und Fremden. (Kronsteiner 2003, 381/382)

Psychotherapie ist immer ein dynamischer Prozess, es braucht Zeit und Raum. Zeit und Raum sind immer da, wir müssen nur aufmerksam genug sein, sie so zur Verfügung zu stellen, dass sie gut und sicher genützt werden können. Manchmal zum Beispiel braucht es gewissermaßen Zeit für die Seele, um dem Geschehenen überhaupt einmal zu folgen - auch diese Zeit muss also gegeben sein, egal, wie lange die Seele dafür benötigt, um anzukommen. Diese Einsicht bringt Haruki Murakami im folgenden Dialog zum Ausdruck, mit dem ich meinen Vortrag abschließen möchte:

*‘Aber sie hinterlässt Spuren. Und diesen Spuren können wir folgen. Wie Fußabdrücken im Schnee.’
 ‚Und wohin führen sie?’
 ‚Zu uns selbst, so ist das mit der Seele. Ohne sie führt nichts irgendwohin.’
 (Murakami 2006, 216)*

Literatur

- Bachtin, M. (1979): *Die Ästhetik der Worte*. Frankfurt am Main. Zit. nach: Galli, G. (1999): *Psychologie der Tugenden*. Weimar: Böhlau.
- Becker, D. (2006): *die erfindung des traumas – verflochtene geschichten*. Freiburg: Edition Freitag.
- Berns, U. (2003): Rahmen und die Autonomie von Analysand und Analytiker. In: *Forum Psychoanalyse*, Jg. 18, Nr. 4, 332 –344.
- Ferenczi, S. (1932/1988): *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt a. Main: Fischer.
- Galli, G. (1999): *Psychologie der Tugenden*. Weimar: Böhlau.
- Grinberg, L., Grinberg R. (1990): *Psychoanalyse der Migration und des Exils. München – Wien*.
- Herman, J. (2006): *Die Narben der Gewalt*. Paderborn: Junfermann.
- Keilson, H. (1979): *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Kronsteiner, R. (2003): *Kultur und Migration in der Psychotherapie*. Frankfurt a. Main: Brandes & Apsel.
- Lewin, K. (1963): *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften*. Bern: Hans Huber.
- Metzger, W. (1962): *Schöpferische Freiheit*. Frankfurt a. Main: Waldemar Kramer.
- Moser, C., Frey, C., et al. (2005): *In the Aftermath of War and Torture*. Departement of Migration, Swiss Red Cross (Ed.), Zürich: Seismo.
- Murakami, H. (2006): *Hard-Boiled Wonderland und das Ende der Welt*. Köln: Darmstadt.
- Nink, G., et al. (1999): *Überlebenskunst in Übergangswelten*. Berlin: Reimer.
- Quindeau, I. (1995): *Trauma und Geschichte*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel. Zit. Nach: Moser, Frey et al. 2005, 8.
- Walter, H. J. (1985): *Gestalttheorie und Psychotherapie*. Opladen: Westdeutscher Verlag (2. Auflage).

Anmerkung

* Deutsche Fassung des Vortrags vom 26.5.2007 bei der 15. Wissenschaftlichen Arbeitstagung der GTA „Relations and Structures“ an der Universität Macerata (24.-27.5.07). Die englische Originalfassung „Relations and Structures – Psychotherapeutic Care With Traumatized Refugees“ erscheint in *Gestalt Theory* 29 (4/2007).

Verfahren finanziell ganz auszutrocknen und damit zu zerstören, können diese Inhalte auch nicht mehr qualifiziert vermittelt werden. Entweder verzichten dann deutsche Psychotherapeuten auf ein großes Spektrum an international gängigen und effektiven Konzepten und Ansätzen, oder sie bilden sich zunehmend selbst und zufallsgesteuert darin weiter ohne von qualifizierten Ausbildungsstrukturen unterstützt zu werden. Dies würde einem zunehmenden Dilettantismus Tor und Tür öffnen.

Sofern man dieser Analyse zustimmt, folgt daraus notwendig, dass die Zulassungswege für Psychotherapie grundlegend und dringend geändert werden müssen. Diese müssen von Gremien entkoppelt werden, in denen eine zu große Interessenkollision besteht. Der WBP kann weiterhin nützliche Arbeit für Fragen der zukünftigen wissenschaftlichen Forschung in Psychotherapie und bei der Erörterung von Kriterien zur Qualität bestimmter Studien leisten. Und der G-BA kann sich weiter mit Zulassungsfragen im medizinischen System im engeren Sinne (ohne Psychotherapie) befassen. Für die Entscheidungen über Fragen der Psychotherapie-Zulassung müssen Wege gefunden werden, wie ein rechtsstaatlich einwandfreies und fachlich angemessenes Verfahren zu sichern wäre. Hinzu kommt eine schwierige und komplexe Verknüpfung von sozial- und berufsrechtlichen Fragen. Vielleicht kann hier die inzwischen hohe Kompetenz Kammern mit Unterstützung ausländischer und unabhängiger Gutachter eingebunden werden. Der Gesetzgeber ist jedenfalls dringend aufgerufen, Klärung und Verfahrenssicherheit zu schaffen.

Wenn diese dringlichen Aufgaben, die die gesamte Entwicklung überschatten, befriedigend erledigt sind, können die eher erfreulichen Aspekte der Psychotherapie-Entwicklung ins Auge gefasst werden. Das Bedürfnis und die Notwendigkeit der Psychotherapeuten nach einer stärkeren Integration der vielfältigen Vorgehensweisen müssen durch organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen unterstützt werden. Dies kann in der Praxis durch Überwindung der antiquierten Abschottung einzelner Richtlinienverfahren und Möglichkeiten zu integrierenden Aus- Fort und Weiterbildungen geschehen. Wissenschaftler und Forscher sind gefragt, eklektische Notlösungen durch die Entwicklung wirklich integrativer Theorien (oder zumindest umfassender Konzepte) voranzutreiben.

Das von mir hier favorisierte 4-Säulen-Modell (s. Abb. 3) wurde bereits an anderer Stelle ausführlicher vorgestellt (Kriz 2005, 2006)

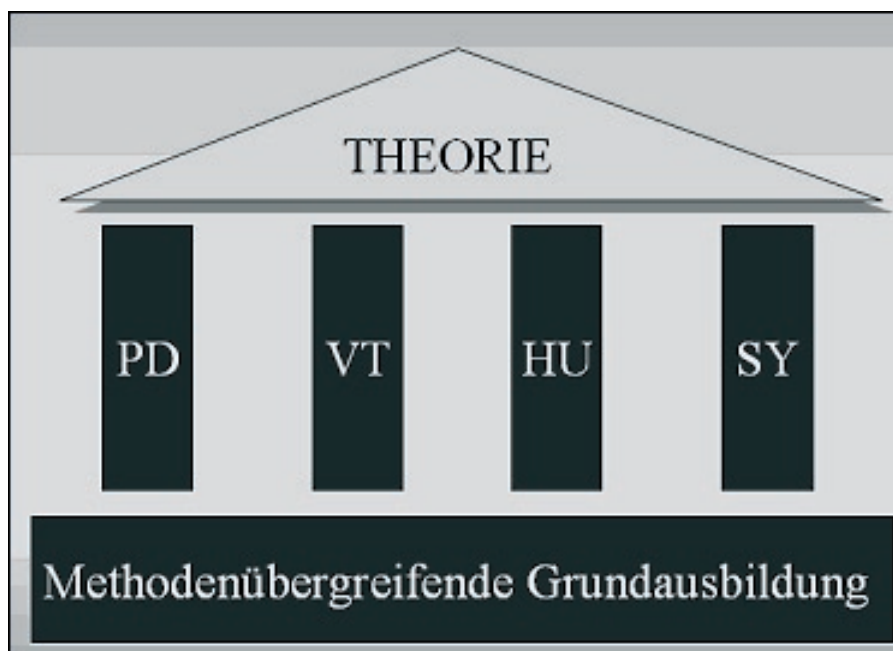


Abb. 3: Das 4-Säulen-Modell der Psychotherapieausbildung

Dieses sieht eine methodenübergreifende Grundausbildung vor, die vor allem das vermitteln soll, was ich „Passungskompetenz“ (Kriz 2006) genannt habe. Gemäß dem AMP-Modell (vgl. Abb.2). Damit ist die Kompetenz gemeint, nicht nur theoretisch zu wissen, dass es solche Passungsprobleme gibt und welche Bedeutung sie haben, sondern diese in den konkreten Fällen bei den Patienten auch zu erkennen und damit umgehen zu können.

Die methodenübergreifende Grundausbildung von Therapeuten ist wichtig, damit die spezifischen Bedürfnisse von Patienten nicht nur im Licht der eigenen Richtungen wahrgenommen werden können und Kenntnisse über

die passenden spezifischen Angebote von anderer Richtungen als der eigenen bekannt sind. Ohne den Erwerb einer grundlegenden Passungskompetenz können Patienten mangels Kenntnis auch keine passenden Angebote im Sinne des AMP gemacht werden, die über die o.a. Passung zwischen dem eigenen Ansatz und den Erwartungen des Patienten hinausgehen. Eine methodenübergreifende Grundausbildung ermöglicht zugleich, zukünftige Fort- und Weiterbildungsprogramme besser mit der Primärausbildung zu verzahnen, ohne einfach ein „eklektisches Additivum“ darzustellen.

Eine solche methodenübergreifende Grundausbildung erscheint heute um so wichtiger, als im Zuge der Etablierung einer „tertiären Ausbildung“ im Rahmen von Weiterbildungsstudiengängen an Universitäten inzwischen im eigentlichen psychologisch-klinischen Hauptstudium an vielen Psychologischen Instituten die Vermittlung integrativer und übergreifender Kenntnisse und Fähigkeiten inzwischen zurückgefahren wurde – mit der Begründung, das würde dann ja sowieso in der „tertiären“ Psychotherapie-Weiterbildung unterrichtet.

Aufbauend auf diesem Sockel wird dann allerdings ein großer Teil der Ausbildung in „Säulen“ stattfinden, da kein Therapeut alle Ansätze lernen kann und zudem eine Identität mit einem bestimmten Ansatz, dessen Menschbild etc. wichtig erscheint. Hier können allerdings auch andere als die angegebenen Säulen sinnvoll und wünschenswert sein. Beispielsweise ist ein Ausbildungsgang denkbar, der in größerem Maße körpertherapeutische Aspekte ins Zentrum rückt. Diese dann wieder in einem gemeinsamen theoretischen Dach zu vereinen soll die Gefahren eines widersprüchlichen Eklektizismus verringern und zu einer Integration im engeren Sinne beitragen. Weitere Spezialisierung – die im Modell nicht ausgewiesen ist – sollte möglich sein. Auch die KJP-Ausbildung kann dabei als eine solche Spezialisierung verstanden werden.

Auch die Kooperation zwischen stationärer und ambulanter sowie zwischen medizinischer und psychotherapeutischer Profession – im Sinne der Modelle von Abschnitt 1 - wird zunehmend wichtiger und sollte gezielt gefördert werden. Hier liegen noch wenige Modelle vor, wie eine solche Zusammenarbeit unterstützt werden kann.

Der Gesetzgeber ist allerdings auch gefragt, die Rahmenbedingungen für die Psychotherapie insgesamt zu verbessern. Dazu gehört beispielsweise das vielerorts noch unbezahlte einjährige stationäre Praktikum in der Ausbildung der Psychotherapeuten, als auch die Umsetzung der eigenen Erkenntnisse (etwa aus der o.a. „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“). Dies alles kann allerdings nur gelingen, wenn die vordringliche Aufgabe gelöst ist, die berufs- und sozialrechtlichen Zulassungsstrukturen auf eine neue gesetzliche und verwaltungstechnische Basis zu stellen.

Für die Psychotherapieforschung ist als Ausblick zu wünschen, dass die Paralyse durch eine Fixierung auf „Rechtfertigungsforschung“ zugunsten einer stärkeren Grundlagen- und Prozessforschung einerseits sowie einer an Fragen der Praxis orientierten Forschung andererseits überwunden wird.

So wichtig für manche Forschungsfragen RCT-Studien auch sind: die Psychotherapie sollte nicht versuchen, die Organmedizin an Präzision übertreffen zu wollen sondern eher von dieser hinsichtlich der Grenzen lernen. So wurde beispielsweise kürzlich im *Ärzteblatt* ausgeführt:

Es besteht die Gefahr, dass Therapien ohne RCT-Wirksamkeitsnachweis, auch wenn sie wirksam sind, eliminiert werden nach dem Motto mancher EbM-Lehrbücher: „Start stopping them.“ Julian und Norris schrieben kürzlich im *Lancet*, dass zur koronaren Herzerkrankung (Domäne klinischer Studien par excellence) die ärztliche Erfahrung und die evidenzbasierten Behandlungsrichtlinien kurios divergieren können. Die elektrische Defibrillation bei Kammerflimmern kann schätzungsweise viermal so viele Leben retten wie die in großen randomisierten Studien untersuchte frühe Fibrinolyse, war aber bisher nie Gegenstand randomisierter Studien, ebenso wenig die Behandlung der Infarktschmerzen oder die wichtige Nikotinabstinenz zur Sekundärprophylaxe. Die kardiopulmonale Reanimation zur akuten Myokardinfarktbehandlung wird unter Clinical Evidence schon nicht mehr erwähnt. Sollten diese Behandlungen den Patienten vorenthalten werden? (Kienle et al. 2003)

Diese Warnung und Einschränkung gilt noch mehr für den Sektor der Psychotherapie, auf dem in Deutschland bereits umgesetzt ist, dass international in ihrer Wirksamkeit unbestrittene Psychotherapieverfahren den Patienten vorenthalten werden.

Literatur

Brockmann, J., Schlüter, Th., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002). Die Effekte psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Therapeuten. *Psychotherapeut*, 47, 6

Bühning P. (2003). Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Bedarf steigt mit dem Fortschritt. *Deutsches Ärzteblatt*. PP. Heft 11, 487-488.

- Eckert, J., Frohburg, I. & Kriz, J. (2004): Therapiewechsler. Differentielle herapieindikation durch die Patienten? *Psychotherapeut*, 49, 6, 415 – 426
- Kienle, G., Karutz, M., Matthes, H., Matthiessen, P., Petersen, P. & Kiene, H. (2003): Evidenzbasierte Medizin: Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? *Deutsches Ärzteblatt* 100, S. A-2142 / B-1784 / C-1688
- Könning, J., Szczepanski, R., v. Schlippe, A. (Hrsg.) (1994): *Betreuung asthmakrankter Kinder im sozialen Kontext*. Stuttgart: Enke
- Kriz, J. (2005): Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 1, 12 – 20
- Kriz, J. (2006): Methodenintegration auf der Basis des 4-Säulen-Modells. Ein Plädoyer zur Erhöhung therapeutischer Passungskompetenz. Leitvortrag am 2. Berliner Landespsychotherapeutentag „Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens.“ Berlin, Dokumentation der Berliner Landeskammer. (S. 6-13)
- Kröner-Herwig, B. (2004): *Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: DGVT-Verlag
- Maschke, U. & Otto, Th. (2003). *Therapieziele aus Patientensicht*. Unveröff. Diplomarbeit. Humboldt-Universität zu Berlin: Institut für Psychologie/Lehrstuhl für Psychotherapie (Prof. I. Frohburg)
- Meichinger H., Machleidt, W. & Rössler W. (2003). *Psychiatrische Versorgung. Ausgaben auf dem Prüfstand*. Dtsch Ärztebl; 100: A 2840-2852 [Heft 44].
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. (1987): A generic model of psychotherapy. *J. Integrative Eclectic Psychother* 6: 6-27. Deutsch: 1988. Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie* 4: 281-308
- Schindler, H. & v.Schlippe, A (2006): Psychotherapeutische Ausbildungen und psychotherapeutische Praxis kassenzugelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen. *PiD*, 7/3 334-337
- Wasilewski, R. & Funk, W. (1989): *Kosten der Psychotherapie bei Klinischen Psychologen*. Schriftenreihe des Instituts für Freie Berufe. Band 14, Nürnberg/Bonn.
- Zielke M. & Limbacher K. (2004). Fehlvorsorgung bei psychischen Erkrankungen: Studie im Auftrag der DAK. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36 (3), Suppl. 3 [Rosa Beilage], 8 - 12.

Fußnoten

- 1 Nachschrift des Leitvortrags auf der ver.di-Fachtagung „Stand und Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung“ am 29. November 2006 in Berlin (wurde Herbst 07 als ver.di – Publikation veröffentlicht. Die gesamte Publikation der Tagung (140 S) ist zu finden auf: <http://gesundheit-soziales.verdi.de/beruf/psychotherapeuten/fachtagung>
- 2 Daten entstammen u.a. folgenden Quellen im internet:
Gesundheitsberichterstattung des Bundes: <http://www.gbe-bund.de/>
Bundespsychotherapeutenkammer: http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen_fakten/90104.html
Gesundheitsbericht 2006 und Daten zum Gesundheitsbericht 2006 – über die Seite: <http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf>
KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de/themen/6115.html>
- 3 Quelle und weitere Hinweise: <http://www.gbe-bund.de>
- 4 Wobei es sich natürlich um Fragen der Einteilung handelt – und daher z. B. auch gute Gründe angeführt werden können, die Körpertherapien als eigenständige fünfte Richtung zu verstehen.
- 5 Ohne dass damit das Problem der Fehllindikation bereits von Tisch wäre. Aber es müssten zunächst einmal die Beschränkungen durch „Richtlinienverfahren“ überwunden werden, damit dies überhaupt erforscht werden kann.
- 6 Seitens des G-BA:
http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2006-11-21-Psycho-GT_WZ.pdf (Beschluss)
http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2006-11-21-Psycho-GT_TrG.pdf (tragende Gründe zum Beschluss)
<http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2006-11-21-Abschluss-Psycho-GT.pdf> (Bericht zur Nutzenbewertung)
http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2006-11-21-Psycho-GT_Stellungnahmen.pdf (Dokumentation der Stellungnahmen)
Seitens der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie:
http://www.gwg-ev.org/download/aktuell-061222-dokumentation_gpt-verbaende_18_12_06.pdf (Dokumentation der Verfahrensfehler und Mängel)
http://www.gwg-ev.org/download/aktuell-061222-synoptische_komentierung_g-ba-beschluss.pdf (Synoptische Kommentierung der „Tragenden Gründe“)
http://www.gwg-ev.org/docs/2006-12-11-Oeffentliche_Erklaerung_zum%20G-BA_Beschluss-04-12-06.pdf (öffentl. Erklärung des Wiss. Beirats der GwG)

Berufspolitik Österreich

Mit einem überzeugenden Wahlerfolg für das Team von Dr. Eva Mückstein endeten die Wahlen zum ÖBVP-Präsidium, die am 5. Mai 2007 in Salzburg abgeschlossen wurden. Die Wahlbeteiligung lag diesmal bei 39,60 % und konnte damit gegenüber 2004 (39,70%) erfreulicherweise gehalten werden.

Die Wahlergebnisse im Einzelnen

Präsidentin: Eva Mückstein gewinnt mit 728 Stimmen (64,42% der gültigen Stimmen) [Traudl Szyszko-witz 35,58%]

Vizepräsident: Werner Schöny gewinnt mit 681 Stimmen (60,80%

der gültigen Stimmen) [Anton Tölk 39,20%]

Vizepräsidentin: Christa Pözl-bauer gewinnt mit 717 Stimmen (64,25% der gültigen Stimmen) [Karl Kriechbaum: 35,75%]

Vizepräsidentin und Schriftführerin: Ingrid Farag gewinnt mit 746 Stimmen (66,55% der gültigen Stimmen) [Friedrich Fehlinger: 33,45%]

Kassier: Dominik Rosenauer gewinnt mit 658 Stimmen (58,75% der gültigen Stimmen) [Elisabeth Töpel: 41,25%]

Damit hat die derzeitige berufspolitische Linie zum vierten Mal eine deutliche Bestätigung durch die

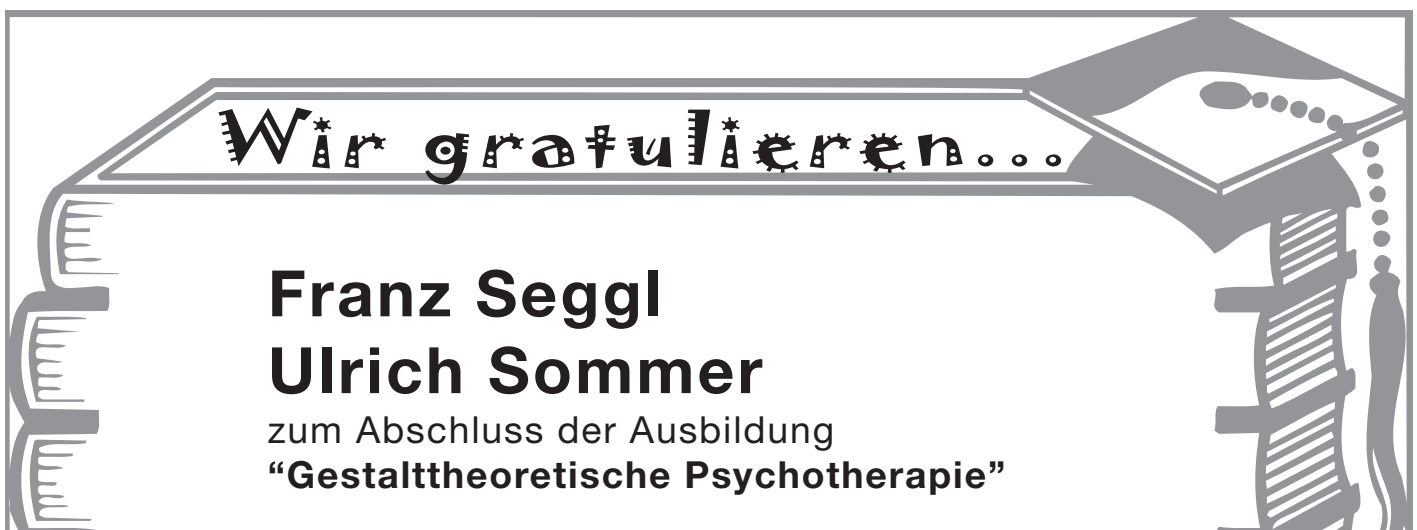
ÖBVP-Mitglieder erhalten.

Der Bundesvorstand wurde von der Generalversammlung beauftragt, eine Statutenänderung hinsichtlich der Klärung des Verhältnisses zwischen dem ÖBVP/seinen Landesverbänden und den Kassen-Versorgungsvereinen und diesbezüglichen Interessenkollisionen vorzubereiten und dies auf einer a.o. Generalversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen (96 Pro-Stimmen, 45 Contra-Stimmen).

Gratulationen



Der ÖBVP verleiht den „Lorbeer des ÖBVP“ Personen, für deren besondere Verdienste um die Psychotherapie und/oder den ÖBVP.



Aus der ÖAGP

Bericht vom Vorstand

Bestellung des neuen Ausbildungsausschusses

Eine wichtige Aufgabe des ÖAGP-Vorstandes ist die Bestellung des Ausbildungsausschusses (AA), welcher mit der Organisation der Aus-, Fort- und Weiterbildung der ÖAGP betraut wird.

In Absprache mit dem AA hat der Vorstand beschlossen, von der bisherigen Praxis abzugehen, nominell beinahe alle Lehrpersonen in den AA zu entsenden - ungeachtet von deren Bereitschaft und Möglichkeit, auch tatsächlich an den Beratungen und Arbeitsaufgaben des AA regelmäßig teilzunehmen und entsprechend gut informiert zu sein.

Als Voraussetzungen in den neu zu bestellenden AA entsendet zu werden, erachteten beide Gremien die Bereitschaft der Personen

- zur regelmäßigen Anwesenheit und Mitarbeit und
- auch bei Meinungsverschiedenheiten und Konflikten in einer Haltung der Sachlichkeit, Konstruktivität und des wechselseitigen Respekts nach gemeinsamen Lösungen zu suchen und Mehrheitsbeschlüsse zu akzeptieren und mitzutragen.

In den neuen AA wurden bestellt: Irene Agstner (vom ÖAGP-Vorstand entsandt), Rainer Kästl (vom Sektionsvorstand entsandt), Brigitte Lustig, Gerhard Stemberger, Andreas Wachter, Eva Wagner-Lukesch und nach der Bestellung der neuen Lehrpersonen am 15.09. zusätzlich Katharina Sternek und Uta Wedam.

Die Besetzung der Unterausschüsse stand zu Redaktionsschluss noch nicht fest.

Hearing und Bestellung neuer Lehrpersonen

Am 15.09.2007 fand im Café Zartl die erste vereinsintern öffentliche Anhörung zur Bestellung neuer Lehrpersonen statt. Die 5 Kandidatinnen und der Kandidat wurden zunächst - abwechselnd von Brigitte Lustig und Gerhard Stemberger - vorgestellt und erläuterten anschließend ihre Beweggründe, sich für die Tätigkeit als LehrtherapeutIn zur Verfügung zu stellen. Den Anwesenden wurde in Folge Möglichkeit geboten, Fragen an die KandidatInnen zu stellen und eventuelle Bedenken zu äußern.

Nach der Anhörung zog sich der Ausbildungsausschuss zur Beratung zurück und entschied einstimmig die Aufnahme aller KandidatInnen in das Gremium der LehrtherapeutInnen. Dies wurde dann mit ein paar Gläsern Sekt auch gebührend gefeiert.

Dem Lehrpersonal gehören nun also mit an:

- Mag. Doris Beneder (Lehrbefugnis für Einzelanalyse, Wahlpflichtseminare, Praktikumssupervision)
- Mag. Dr. Martin Held (Lehrbefugnis für Einzelanalyse, Wahlpflichtseminare, Praktikumssupervision)
- Mag. Bernadette Lindorfer (Lehrbefugnis für Einzelanalyse, Wahlpflichtseminare, Praktikumssupervision)
- Katharina Sternek (Lehrbefugnis für Einzelanalyse, Wahlpflichtseminare, Praktikumssupervision)
- Mag. Uta Wedam (Lehrbefugnis für Einzelanalyse, Wahlpflichtseminare, Praktikums- und Gruppensupervision, ab 17.7.2008)
- Sigrid Wieltschnig (Lehrbefugnis für Einzelanalyse, Wahlpflichtseminare, Praktikumssupervision)

Herzliche Gratulation!



Unsere neuen LehrtherapeutInnen

1. Reihe: Bernadette Lindorfer, Doris Beneder

2. Reihe: Sigrid Wieltschnig, Martin Held, Uta Wedam, Katharina Sternek

(Wir bitten die schlechte Bildqualität zu entschuldigen)

Graduierten-Akademie der ÖAGP

Die Graduiertenakademie der ÖAGP – eine erste Bilanz

Die Graduiertenakademie der ÖAGP, gegründet im Frühjahr 2006, hat am 15. September 2007 mit der Berufung von vorerst 6 seiner Mitglieder ins Lehrpersonal einen ersten, feierlichen Höhepunkt erlebt (siehe Bericht vom Hearing auf vorheriger Seite). Vorangegangen sind ihm eineinhalb Jahre intensiver Arbeit.

Der Herbst ist eine gute Zeit, um Bilanz zu ziehen: Wie ist die Ernte, die wir einfahren? Ist uns gelungen, was wir uns vorgenommen haben? Was konnten wir umsetzen und wo sind wir hinter unseren Vorstellungen und Vorhaben zurück geblieben?

Wer hat teilgenommen?

Bislang hat die Graduierten-Akademie mit Doris Beneder, Martin Held, Rainer Kästl, Bernadette Lindorfer, Brigitte Lustig, Gerald Tomandl, Katharina Sternek, Gerhard Stemberger, Uta Wedam, Sigrid Wieltschnig, Renate Wieser und Ilse Zacher 12 Mitglieder, die regelmäßig an den Treffen teilgenommen haben. Einige weitere Graduierte sind Mitglieder der yahoo-group und informieren sich so über die Aktivitäten des Projektes.

Welche Aktivitäten haben wir gesetzt bzw. was wurde in diesem Forum angestoßen?

Wie Gerhard Stemberger in den ÖAGP/DAGP-Informationen 3/2006 dargestellt hat, geht es bei der Graduierten-Akademie vorrangig darum, über die Einbeziehung von qualifizierten AbsolventInnen unserer Ausbildung und deren spezifischer Kompetenzen den gestalttheoretisch-psychotherapeutischen Ansatz lebendig zu erhalten, weiterzuentwickeln und wieder vermehrt in die Fachöffent-

lichkeit einzubringen. Die ersten Schritte, die wir 2006/2007 gesetzt haben, sind durchaus beachtlich und die Bilanz der Aktivitäten der Mitglieder kann sich sehen lassen:

- Katharina Sternek und Uta Wedam hielten *Vorträge* bei der GTA-Tagung in Macerata
- Co-Leitungen bei ÖAGP-Seminaren von Uta Wedam (Werkstatt 2006), Katharina Sternek (Theorieseminar Galli/ Arfelli Galli) bzw. Moderation von Doris Beneder beim Wahlpflichtseminar von E. Plaum
- Abhaltung von *Propädeutikums-Seminaren* durch Uta Wedam (Uni Graz und Uni Klagenfurt), Doris Beneder (ARGE, VRP gemeinsam mit Brigitte Lustig, ÖAGG: Sexueller Missbrauch) und Gerald Tomandl (Krisenintervention, ÖAGG)
- *Referat* zu „Sexuelle Gewalt“ von Doris Beneder im Rahmen des *Gestalt-Cafes* gemeinsam mit Eva Mückstein und ebenfalls von Doris eine
- *Rezension* zu G. Galli „Psychologie sozialer Tugenden“ in den ÖAGP/DAGP-Infos

Bereits geplant und in Vorbereitung sind darüber hinaus

- Publikation der Macerata-Vorträge von Katharina Sternek und Uta Wedam in der Gestalt Theory
- Rezensionen von Martin Held und mir (Bernadette Lindorfer)
- Referate im Gestalt Cafe von Sigrid Wieltschnig, Katharina Sternek und Bernadette Lindorfer
- Co-Leitungen bei Ausbildungseminaren von Sigrid Wieltschnig (nächste Ausbildungsgruppe) und Uta Wedam (Leitungsteam Werkstatt 2008, nächste Ausbildungsgruppe)
- Co-Leitung bei Propädeutikumsseminaren durch Katharina Sternek

(Ethik, APG Linz 2008) und Bernadette Lindorfer (Patientenrechte, ÖAGG Wien 2008) sowie die Fortführung der Seminare von Uta Wedam zur gestalttheoretischen Psychotherapie im Rahmen der Propädeutika der Uni Graz und Klagenfurt

- Angebot eines Seminars „Der Körper als Ressource im therapeutischen Prozess“ im Forum Fortbildung des ÖBVP von Sigrid Wieltschnig
- Und nicht zuletzt haben 7 Mitglieder (Beneder, Lindorfer, Sternek, Tomandl, Wedam, Wieltschnig, Wieser) der Graduierten Akademie Seminarentwürfe eingereicht und bereichern das Angebot unseres Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogrammes 2008.

Wichtig war dabei die Unterstützung durch die Mitglieder des Lehrpersonals in der Graduiertenakademie - Gerhard Stemberger, Rainer Kästl und Brigitte Lustig – die durch Motivieren, Aufzeigen von Möglichkeiten und Anregen von Projekten wesentlichen Anteil an diesem Ergebnis haben. Herzlichen Dank!

Weitere Vorhaben

Nachdem das geplante Einführungsseminar im Oktober 2007 leider nicht zustande kam, steht für die Graduierten-Akademie als nächstes die Diskussion von Ausbildungsfragen und die Bewerbung unserer Ausbildung und des Einführungsseminars gemeinsam mit dem Vorstand, dem Ausbildungsausschuss und Mitgliedern des Lehrpersonals auf der Tagesordnung.

Weiters haben wir uns die Sichtung und Überprüfung unserer Informationsbroschüren vorgenommen. Dies soll zugleich dazu dienen, uns über unsere Auffassung gestalt-

theoretischer Psychotherapie zu verständigen. Seit der Herausgabe der Broschüre „Einführung in die Grundlagen der Gestalttheoretischen Psychotherapie“ sind viele Jahre vergangen und die bessere Vernetzung über die GTA bzw. Gestalt Theory und die Spurensuche nach gestalttheoretischen Ansätzen durch Gerhard Stemberger haben inzwischen viel Neues zu Tage gefördert.

In Angriff genommen wird auch die verstärkte Einbeziehung der Mitglieder der Graduierten-Akademie in die bestehenden Foren der ÖAGP. Katharina Sternek und ich sind seit Mitte 2007 Auskunftspersonen für die ÖAGP im Ethikausschuss des Psychotherapiebeirates und Uta Wedam und Katharina Sternek haben sich bereit erklärt, zukünftig – so der Vorstand will und sie beruft - im Ausbildungsausschuss mitzuarbeiten. Und einstweilen (!) aus Gerhard Stemberger und mir besteht die Arbeitsgruppe, die ein neues Konzept für die ÖAGP/DAGP-Info entwirft, das inhaltlichen Beiträgen mehr Raum geben will und im Sinne einer besseren Außenwirkung die Zeitschrift auch für interessierte „Nicht-ÖAGP-Mitglieder“ attraktiv machen soll.

Offen für neue Mitglieder

Die Graduierten-Akademie ist kein abgeschlossenes Forum, sondern steht weiteren interessierten ÖAGP-AbsolventInnen, die gerne mitarbeiten möchten, offen. Informationen erhaltet ihr bei den KoordinatorInnen der Gruppe:

Bernadette Lindorfer:

bernadette.lindorfer@chello.at

Gerald Tomandl:

gerald.tomandl@chello.at

Öffentlichkeitsarbeitsgruppe

Im letzten halben Jahr hat die Öffi-Gruppe bei den Propädeutika Ausbildungsinstituten verstärkt Werbung für unsere Ausbildung gemacht, woraus sich auch einige Interessentinnen und Interessenten für die Schnupperstunden und das Schnupperseminar im September ergeben haben. Weiters sind wir bestrebt, die bei verschiedenen Personen anfragenden Interessenten innerhalb des ÖAGP gut zu vernetzen, um eine kontinuierliche Information dieses Kreises zu gewährleisten.

Auch in diesem Jahr nimmt der ÖAGP wieder an der Psychotherapiemesse in Wien teil, die von der Öffi-Gruppe organisiert wird. Ein Ergebnis all dieser Bemühungen ist es, dass vereinzelt Personen außerhalb unseres Vereins zum Gestaltcafé oder den Arbeitskrei-

sen kommen, wodurch die Gestalttheoretische Psychotherapie auch unter eingetragenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bekannt wird.

Trotzdem bemerken wir bei unseren Treffen auch, dass wir es als entmutigend erleben, wenn trotz unseres Engagements auch heuer wieder keine Ausbildungsgruppe zustande gekommen ist. Eine Diskussion über Aufgaben, Sinn und Ziele unserer Arbeitsgruppe steht deshalb immer wieder auf der Tagesordnung und wir sind interessiert, die Anregungen und Meinungen der ÖAGP Mitglieder zu hören, am besten schickt ihr uns eure Ideen an meine Email Adresse: dorisbeneder@chello.at.

Doris Beneder

Koordinatorin der Öffi-Gruppe

Gestalttheoretische Grundlagenliteratur

Zur Zeit liegen in der Geschäftsstelle folgende Bücher zum Erwerb bereit:

Helmut E. Lück	Kurt Lewin - Eine Einführung in sein Werk	2 Exemplare à	Euro 5
Alfred J. Marrow	Kurt Lewin - Leben und Werk	5 Exemplare à	Euro 7
Hans-Jürgen Walter	Gestalttheorie und Psychotherapie	2 Exemplare	Euro 21
Max Wertheimer	Produktives Denken	2 Exemplare	Euro 27

Interessenten wenden sich an Irene Agstner, Tel.: 01/48 00 802

Gestaltcafé

Am 21. Juni 2007 waren Univ. Prof. Dr. Giuseppe Galli und seine Frau Univ. Prof. Dr. Anna Arfelli Galli bei uns zu Gast und sprachen zum Thema „Die Rolle „sozialer Tugenden“ in Psychoanalyse und gestalttheoretisch fundierter Psychotherapie.“ Am Beispiel der Dankbarkeit des Schülers seinem Lehrer gegenüber zeigte er auf eine sehr einfühlsame und berührende Weise das Beziehungsgeschehen und die Felddynamik dieses Prozesses. Wir lernten

TherapeutInnen- Liste der Informationsstelle für Psychotherapie des WLP

In der aktuellen Liste der Infostelle für Psychotherapie des Wiener Landesverbandes scheinen nur zehn PsychotherapeutInnen für Gestalttheoretische Psychotherapie auf! Wir nehmen an, dass nicht alle Graduierten Mitglieder des Wiener Landesverbandes in dieser Liste vertreten sind. Sabine Lackner, Vertreterin der Info-Stelle des WLP, hat sich dankenswerter Weise angeboten, die Liste zu aktualisieren.

Graduierte Mitglieder des WLP, die sich auf der Infostelle zur Weitervermittlung auch vertreten sehen möchten, mögen bitte ein Email mit den aktuellen Daten (Arbeits-schwerpunkt, Zusatzausbildungen, Behindertengerechte Praxis, Fremdsprachen, Kassenplatzmöglichkeit, usw...) an mail@sabinelackner.com schicken.

Prof. Galli und seine Frau auf eine persönliche Weise kennen, wobei mir der respekt- und liebevolle Umgang miteinander, bei dem auch der Humor nicht zu kurz kommt, besonders lebendig in Erinnerung sind. Die Teilnehmer, die trotz der heftigen Unwetter gekommen sind, hatten einen spannenden und erbaulichen Abend. Eine Vertiefung des Themas fand im darauf folgenden Theorie-seminar statt.

Die Möglichkeit, sich zum gemütlichen Beisammen Sein beim Heurigen zu treffen, haben am 6.Juli

sehr viele „Gestalten“ genutzt und so fand das erste Halbjahr 2007 einen angenehmen und vergnüglichen Ausklang.

Renate Heill

renate.heill@gmx.at

Doris Beneder

dorisbeneder@chello.at

ps. Wir freuen uns immer, wenn sich Kolleginnen oder Kollegen bei uns melden, die im Rahmen des Gestaltcafés ihre Arbeit vorstellen möchten.

Ö A G P

ÖSTERREICHISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR
GESTALTTHEORETISCHE PSYCHOTHERAPIE

Einladung zum

Gestaltcafé

Montag, 26. November 2007

19.30 Uhr

Ort: Buchhandlung Krammer

1070 Wien, Kaiserstraße 13

Zur Gestaltung der Arbeitsbeziehung in der
Psychotherapie komplex traumatisierter Menschen:

Erfahrungen aus meiner Arbeit mit Kriegsflüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt im Verein Hemayat.

Referentin: Sigrid WIELTSCHNIG

Psychotherapeutin - Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)

Leiterin des Polarity Center Wien

Im Anschluss an die Veranstaltung gibt es einen kostenlosen Imbiss.

Eintritt frei

Für eingetragene PsychotherapeutInnen anrechenbar als Fortbildungsveranstaltung

Gem. § 14 Abs. 1 PthG (im Ausmaß von 2 Unterrichtseinheiten)

ZVR-Nr.: 066394139

Theorieseminar

Soziale Tugenden in der Psychotherapie

Leitung: Giuseppe Galli, Anna Arfelli Galli, Gerhard Stemberger, Katarina Sternek

Da ich den Versuch mache, aus meiner Erinnerung heraus einen Bericht über dieses Seminar zu schreiben – (meine Mitschriften sind unauffindbar, ich bitte um **Vergebung**) – möchte ich mit der Atmosphäre, die sich während dieser Tage in der Auseinandersetzung mit dem Thema „Soziale Tugenden und feldtheoretische Aspekte“ aufgebaut hat beginnen. Wer geglaubt hat, mit „trockenen“ gestalttheoretischen Erkenntnissen und Modellen konfrontiert zu werden, um anschließend mühsam Zusammenhänge zum praktischen Arbeiten finden zu müssen, hat mit **Stauen** feststellen können, dass sich in diesen Tagen die Beschaffenheit und Wirksamkeit der „sozialen Tugenden“ abgebildet haben, erkennbar und fassbar geworden sind. In Professor Gallis Vortrag war die **Hingabe** zu diesem Thema und die **Hoffnung**, uns TeilnehmerInnen verständliche Bilder vermitteln zu können spürbar. Gerhard Stemberger und Katarina Sternek haben in konkreter Weise an den richtigen Punkten mit **Vertrauen** in unser Verständnis Praxisbezüge hergestellt. Und wir TeilnehmerInnen haben uns auf die Auseinandersetzung mit diesem Thema gut einlassen können und waren voller **Dankbarkeit** über die gut nachvollziehbaren Vorträge und darüber, sie (größtenteils) verstanden zu haben. Mit dieser Beschreibung lassen sich wesentliche „Eckdaten“ zu den sozialen Tugenden erklären: als Haltungen und Verhaltensweisen,

die sich jeweils aus der konkreten Beziehungen zwischen den konkreten Personen und der konkreten Situation der Betroffenen dem ganzheitlich-feldtheoretischen Ansatz entsprechend ableiten lassen. Um die Struktur des Gesamtfeldes darzustellen, geht Galli von einer Doppelspirale aus, die eine Gliederung der phänomenalen Welt in zwei Objektpole – den Ich- und den Objektpol – zwischen denen eine Kontinuität (kein Punkt auf dieser Spirale kann fixiert werden, um festzustellen, wo die eine endet und die andere beginnt) vorliegt veranschaulichen soll. Diese beiden Pole stellen einen Teil des psychischen Geschehens dar und sind den Gesamtbedingungen und dem sich zwischen ihnen ablaufenden Interaktionsgeschehen untergeordnet. Nach Ausführungen zu Metzger, Wertheimer und anderen Autoren zu Feldstrukturen und sozialen Tugenden, im Speziellen zur „Hingabe“ wird die „Dankbarkeit“ als eine Sonderform von ihr diskutiert. Das Vermögen, „Dankbarkeit“ erleben zu können erfordert vom Menschen eine realistische Sicht auf sich selbst und seine Umwelt(beziehungen). Dabei ist notwendig, dass der entsprechende Lebensraum innerhalb der sogenannten „Relevanzgrenze“ liegt. Einen weiteren Kernpunkt stellen die Rolle der Sozialen Tugenden in den (Er)Lebenswelten dar und deren Relevanz in der therapeutischen Arbeit. Die Zentrierungsverhältnisse in o.g. Gesamtfeld sind ausschlaggebend für die Fähigkeit, soziale Tugenden, wie „Hingabe“, „Dankbarkeit“, „Vertrauen“, ... in verschiedenen Ausprägungen er-

leben zu können. Lebensschwierigkeiten entstehen dann, wenn diese Fähigkeit eingeschränkt ist. Folge kann eine starre, paranoide, bizarre Lebenswelt, die von Angst und Mißtrauen getragen ist sein. Dies hat dann für die Betroffenen Auswirkungen auf deren soziale Beziehungen – und ihren Bezug zur Welt.

Lässt sich der/die TherapeutIn in die phänomenale Welt des/der KlientIn ein, entsteht eine Verdoppelung/Vervielfachung des „Ich“ - eine Form der „Hingabe“. Die phänomenale Welt des/der KlientIn in der phänomenalen Welt des/der TherapeutIn bedingt eine gemeinsame Aufgabe - ein „Wir“ wird entwickelt. Damit sind Verhältnisse hergestellt, die eine Umstrukturierung/Umzentrierung in der phänomenalen Welt des/der KlientIn möglich machen. Einen weiteren wichtigen Bereich stellt die Auseinandersetzung mit Ideen zur therapeutischen Arbeit an Zentrierungsverhältnissen dar.

Abschließend, nach einem spannenden Vortrag Anna Arfelli Gallis über „Die morale Entwicklung des Kindes“ aus gestalttheoretischer Sicht, wird der Bogen über die gegenseitige Bedingtheit von „Hingabe“ und „Hoffnung“ hin zur Synthese bipolarer Verhältnisse zum Herstellen von „Gleichgewicht“ gespannt. Die Wichtigkeit ist einmal auf der einen Seite stärker, dann auf der anderen Seite. Ständige Bewegung bedeutet Entwicklung – ein spannendes Seminar!

Regina Agostini

Termine / Veranstaltungen Oktober 2007 bis Dezember 2008

Oktober 2007

22.-23.10.07	Einzel-supervision, Rainer Kästl in Wien
25.10.07	Kolloquium über die Abfassung schriftlicher Arbeiten für Ausbildungs- und Weiterbildungsteilnehmer der Sektion; Hans-Jürgen Walter; Gutenstein
26.-28.10.07	Gruppensupervision, Hans-Jürgen Walter, Gutenstein

November 2007

9.11.07	Theorie Arbeitskreis ÖAGP: „Ausstiegsmodelle aus der Sucht(karriere) und gestalttheoretische Zusammenhänge“; Regina Agostini; 1010 Wien Cafe Max
9.11.07	DAGP-Treffen; Thema wird noch festgelegt
10.-13.11.07	Einzel-supervision, Rainer Kästl in Wien
17.11.07	a.o. Sektionsmitgliederversammlung und Neuwahl des Sektionsvorstandes 16-18 Uhr Neuhaus/Inn
19.-20.11.07	Einzel-supervision, Rainer Kästl in Wien
26.11.07	Gestaltcafé; Zur Gestaltung der Arbeitsbeziehung in der Psychotherapie komplex traumatisierter Menschen; Sigrid Wieltchnig; 19:30 Uhr; 1070 Wien Buchhandlung Krammer
30.11.07	Österreich: Einreichungsschluss Anträge für die Psychotherapiebeirat-Sitzung am 11.12.07

Dezember 2007

1.12.07	Anmeldeschluss für Wahlpflichtseminar; Psychodrama und Aufstellungsarbeit, Rainer Kästl
1.-4.12.07	Einzel-supervision, Rainer Kästl in Wien
17.-18.12.07	Einzel-supervision, Rainer Kästl in Wien

Jänner 2008

12.-15.1.08	Einzel-supervision, Rainer Kästl in Wien
15.1.08	Anmeldeschluss Seminar: Das Wahrnehmen des eigenen Fühlens und Empfindens als Resonanzphänomen und organismische Basis therapeutischer Intervention / Februar 2008
23.1.08	Anmeldeschluss für Literaturseminar / Februar 2008
25.-27.1.08	Wahlpflichtseminar; Psychodrama und Aufstellungsarbeit, Rainer Kästl, Gutenstein
30.1.08	Gestaltcafé; Plötzlich ist alles ganz anders - Praktische Erfahrungen an einer Unfallchirurgie; Patrizia Frank; 19:30-21 Uhr; Buchhandlung Krammer; 1070 Wien Kaiserstr. 13

Februar 2008

4.2.08	Anmeldeschluss für Kolloquium / April 2008
6.2.08	Vorbesprechung für Literaturseminar; Gerhard Stemberger; 19-21 Uhr; Raum Wien
11.2.08	Anmeldeschluss für Gruppensupervision / April 2008
16.-19.2.08	Einzel-supervision, Rainer Kästl in Wien
19.2.08	Anmeldeschluss für Seminar: Krisenintervention / April 2008
29.2-2.3.08	Seminar: Das Wahrnehmen des eigenen Fühlens und Empfindens als Resonanzphänomen und organismische Basis therapeutischer Intervention; Katharina Sternek und Renate Wieser; 1030 Wien Ölzelgasse 1/10
29.2.08	Österreich: Einreichungsschluss Anträge für die Psychotherapiebeirat-Sitzung

März 2008

7.3.08	DAGP-Treffen; Karl Duncker - Seine und unsere Zeit; Helmut Boege; 15-19 Uhr Ort wird noch bekannt gegeben
7.3.08	Theorie Arbeitskreis ÖAGP: Die Integration traumatherapeutischer Konzepte in die Gestalttheorie; Katharina Sternek; 15-19 Uhr 1010 Wien Café-Restaurant Max Stubenring 16
8.-11.3.08	Einzel-supervision, Rainer Kästl in Wien

April 2008

4.4.08	Kolloquium über die Abfassung schriftlicher Arbeiten für Ausbildungs- und Weiterbildungsteilnehmer der Sektion; Hans-Jürgen Walter; Gutenstein
5.4.08	Anmeldeschluss Seminar: Wege in die Praxis / Mai 2008
5.-8.4.08	Einzel-supervision, Rainer Kästl in Wien

Termine / Veranstaltungen Oktober 2007 bis Dezember 2008

11.-13.4.08	Gruppensupervision; Hans-Jürgen Walter; Gutenstein
18.4.08	Anmeldeschluss: Theorie-Seminar / Mai 2008
19.4.08	Seminar: Krisenintervention; Gerald Tomandl, Raum Wien
21.4.08	Anmeldeschluss: Seminar: Veränderungsaktivierende Krafffeldanalyse II / Juni 2008

Mai 2008

3.-6.5.08	Einzelsupervision, Rainer Kästl in Wien
17.5.08	Seminar: Wege in die Praxis; Doris Beneder, Bernadette Lindorfer; 1070 Wien Kandlg. 32/4
23.-25.5.08	Theorieseminar: Die Therapiesituation als Ort schöpferischer Freiheit; Rainer Kästl und Gerhard Stemberger; Raum Gutenstein
30.5.08	Österreich: Einreichungsschluss Anträge für die Psychotherapiebeirat-Sitzung

Juni 2008

6.6.08	Theorie Arbeitskreis ÖAGP: Ilse Zacher; Psychotherapie und Spiritualität ; 15-19 Uhr 1010 Wien, Café-Restaurant Max Stubenring 16
6.6.08	DAGP-Treffen; Thema und Ort wird noch bekannt gegeben
7.-10.6.08	Einzelsupervision, Rainer Kästl in Wien
21.6.08	Seminar: Veränderungsaktivierende Krafffeldanalyse II; Gerhard Stemberger; Raum Wien

Juli 2008

5.-8.7.08	Einzelsupervision, Rainer Kästl in Wien
7.7.08	Anmeldeschluss für Gruppensupervision / September 2008

August 2008

24.8.08	Anmeldeschluss für Gruppensupervision / Oktober 2008
---------	--

September 2008

1.9.08	Anmeldeschluss für Seminar: Selbstfürsorge als Prophylaxe gegen Burn-Out, Mitgefühlerschöpfung und Sekundärtraumatisierung / Oktober 2008
5.-7.9.08	Gruppensupervision, Uta Wedam, Raum Wien
6.-9.9.-08	Einzelsupervision, Rainer Kästl in Wien
26.9.08	Österreich: Einreichungsschluss Anträge für die Psychotherapiebeirat-Sitzung
26.9.08	Gestaltcafé: Trauma und Traumatherapie; Mag. Bernadette Lindorfer, Katharina Sternek; 1010 Wien; Café Restaurant Max, Stubenring 16; 19:30 Uhr

Oktober 2008

10.-11.10.08	Seminar: Selbstfürsorge als Prophylaxe gegen Burn-Out, Mitgefühlerschöpfung und Sekundärtraumatisierung; Siegrid Wieltchnig; 1020Wien Hollandstr. 7/4
11.-14.10.08	Einzelsupervision, Rainer Kästl in Wien
24.-26.10.08	Gruppensupervision; Hans-Jürgen Walter; Gutenstein
25.10.08	Anmeldeschluss für Seminar Psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen / November 2008

November 2008

7.11.08	Theorie Arbeitskreis ÖAGP: Thema wird noch bekannt gegeben Susanne Prectl und Gerlinde Strobl; 1010 Wien Café Max Stubenring 16
7.11.08	DAGP-Treffen; Thema und Ort wird noch bekannt gegeben
8.-11.11.08	Einzelsupervision, Rainer Kästl in Wien
13.11.08	Gestaltcafé: Gestalt-Paartherapie; Doris und Martin Strobl; Buchhandlung Krammer 1070 Wien
28.11.08	Österreich: Einreichungsschluss Anträge für die Psychotherapiebeirat-Sitzung
28.-30.11.08	Seminar: Psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen; Bernadette Lindorfer, Katharina Sternek; Raum Wien

Dezember 2008

6.-9.12.08	Einzelsupervision, Rainer Kästl in Wien
------------	---

Adressen und Telefon-Nummern

Gesellschaft für Gestalttheorie und ihre Anwendungen GTA

Vorstand der GTA: Prof. Dr. Hellmuth METZ-GÖCKEL (1. Vorsitzender), Ass.-Prof. Dr. Jurgis SKILTERS (2. Vorsitzender), Dr. Geert-Jan BOUDEWIJNSE, Dipl.Psych. Dr. Marianne SOFF, Dr. Rosamaria VALDEVIT

GTA-Geschäftsstelle: c/o Michael RUH, Steinweg 11, D-35066 Frankenberg, Deutschland
Tel.: (+49) 6451-716700 / Fax: (+49) 6451-718556; e-mail: gestalttheorie@t-online.de.

Bankverbindung in Österreich: GTA-Kto der ÖAGP bei der BANK AUSTRIA (BLZ 20151) Nr. 601 480 312

Bankverbindung in Deutschland: Konto der Gesellschaft für Gestalttheorie, Spar- und Creditbank
Gemünden (BLZ 52069029) Nr. 826413

Homepage der GTA: <http://www.gestalttheory.net>

Deutschsprachige Homepage der GTA: <http://www.gestalttheory.net/gta>

Herausbergremium der GESTALT THEORY: Dr. Gerhard STEMBERGER (geschäftsführend),
Dr. Geert-Jan BOUDEWIJNSE, Prof. Dr. Jürgen KRIZ, Dr. Fiorenza TOCCAFONDI,
Dipl. Psych. Dr. Hans-Jürgen WALTER

Redaktion: Dipl. theol. Michael GROSS, Dipl.-Psych. David MAUS, Dr. Bettina TURI-OSTHEIM, Lars STROTHER, PhD.

Einreichung von Manuskripten für die Gestalt Theory:

Dr. Bettina OSTHEIM (eMail: journal@gestalttheory.net)

Homepage der Gestalt Theory: <http://www.gestalttheory.net/gth>

Sektion Psychotherapie der GTA

Vorstand der Sektion Psychotherapie der GTA: Dipl. Psych. Rainer KÄSTL (1. Vorsitzender), Dr. Eva WAGNER-LUKESCH (2. Vorsitzende), Dipl. Psych. Bernd GERSTNER, Dr. Gerhard STEMBERGER, DDr. Dieter ZABRANSKY

Geschäftsstelle der Sektion Psychotherapie:

D-88131 Lindau, Lindenhofweg 19; Tel. 0049/8382/25976 (22254 privat) Fax: 0049/8382/942278

Geschäftsführer: Dipl. Psych. Rainer KÄSTL

Homepage der Sektion: <http://www.gestalttheory.net/gta/sektion>

Redaktion DAGP/ÖAGP-Informationen:

Dipl. Psych. Michael KALWEIT, Brandhofstr. 2, D-88433 Schemmerhofen, Tel. 0049-7356/3106,
eMail: michael.kalweit@01019freenet.de

Irene AGSTNER, Elisabeth RIPKA, Thomas ZUSANEK

Beiträge an: oeagp-red@yahoooroups.de oder an Irene Agstner, 1170 Wien, Lacknerg. 6/12

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie DAGP

Vorstand der DAGP: Dipl. Psych. Dr. Thomas FUCHS (Vorsitzender), Dipl. Psych. Bernd GERSTNER (Stellvertretender Vorsitzender), Dipl. Psych. Michael KALWEIT, Dipl.-Soz. Päd. Irme STÜBER

Geschäftsstelle der DAGP:

D-88131 Lindau, Lindenhofweg 19; Tel. 0049/8382/25976 (22254 privat) Fax: 0049/8382/942278

Geschäftsführer: Dipl.Psych. Rainer KÄSTL

Homepage der DAGP: <http://www.gestalttheory.net/dagp>

Vertretung der DAGP in der AGPF (Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände):

Dipl. Psych. Dr. Thomas FUCHS

Adressen und Telefon-Nummern

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie ÖAGP

Vorstand der ÖAGP: Dr. Brigitte LUSTIG (1. Vorsitzende), Mag. Doris BENEDER (2. Vorsitzende), Irene AGSTNER, Elisabeth RIPKA, Eva WAGNER-LUKESCH

Geschäftsstelle der ÖAGP: 1180 Wien, Schopenhauerstraße 48/6; Tel. 0699/813-040-99.

Finanz-Angelegenheiten (Mitgliedsbeiträge etc.): Irene AGSTNER (Tel. 01/48-00-802)

Homepage der ÖAGP: <http://www.gestalttheory.net/oeagp>

LehrtherapeutInnen mit voller Lehrbefugnis:

Dr. Elfriede BIEHAL-HEIMBURGER, Dipl. Psych. Rainer KÄSTL, Dr. Brigitte LUSTIG, Dr. Gerhard STEMBERGER, Dr. Eva WAGNER-LUKESCH (Vorsitz), Dipl. Psych. Dr. Hans-Jürgen WALTER, DDr. Dieter ZABRANSKY.

LehrtherapeutInnen mit partieller Lehrbefugnis:

Mag. Doris BENEDER, Mag. Dr. Martin HELD, Mag. Bernadette LINDORFER, Katharina STERNEK, Mag. Andreas WACHTER, Mag. Uta WEDAM (ab 17.07.08), Sigrid WIELTSCHNIG.

Ausbildungsausschuß der ÖAGP:

Irene AGSTNER (Vertreterin des ÖAGP-Vorstandes), Dipl. Psych. Rainer KÄSTL (Vertreter der Sektion), Dr. Brigitte LUSTIG, Dr. Gerhard STEMBERGER, Katharina STERNEK, Mag. Andreas WACHTER, Dr. Eva WAGNER-LUKESCH, Mag. Uta WEDAM.

Ständiger Ausschuß (führt die laufenden Geschäfte des Ausbildungsausschusses, ausgenommen Anlegenheiten des Beurteilungs- und des Berufungsausschusses):

E. WAGNER-LUKESCH (Vorsitz), B. LUSTIG, A. WACHTER

Anschrift: ÖAGP-Geschäftsstelle, 1180 Wien, Schopenhauerstr. 48/6

ÖAGP-Vertreter im Psychotherapiebeirat: D. ZABRANSKY, Stellvertr.: E. WAGNER-LUKESCH

Delegierte der ÖAGP in der ÖBVP-Gremien:

Ausbildungs- und Methodenforum (AMFO) des ÖBVP: Gerhard STEMBERGER (Fachspezifikum); KandidatInnen-Forum des ÖBVP: n.n.

ÖAGP-Kandidatenvertretung:

n.n.

ÖAGP-Vorstandsverantwortliche für den ÖAGP-Arbeitskreis:

Brigitte LUSTIG (Tel. 01/524-36-69)

ÖAGP-Vorstandsverantwortliche für Regionalgruppen und Regionalgruppen-Forum:

Heinz KÜHLSCHWEIGER (01/810-40-05), Christine SPRAIDER (Tel. 0676/738-32-82)

Ansprechpartner für derzeit bestehende ÖAGP-Regionalgruppen:

Wien: Helmuth WOLF (0699/194 41 272)

Graz: Elisabeth MITTLINGER (0664/434 16 62)

ÖAGP-Arbeitsgruppe DAGP-ÖAGP-Informationen: Irene AGSTNER, Tel. 01/48 00 802

ÖAGP-Arbeitsgruppe Kindertherapie: Brigitte LUSTIG, Tel. 01/524-36-69

ÖAGP-Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit

Koordinatorin: Doris BENEDER (02256/81-62-04)

ÖAGP-Arbeitsgruppe Fortbildung und Kommunikation

Doris BENEDER (02256/81-62-04), Renate HEILL (0699/185-29-717)

ÖAGP-Arbeitsgruppe Graduiertenakademie

Bernadette LINDORFER (0664/122 87 21), Gerald TOMANDL

ÖAGP-Vertretung in der Informationsstelle für Psychotherapie des WLP:

Heinz KÜHLSCHWEIGER, Sabine LACKNER, Sigrid WIELTSCHNIG