

ÖAGG | FEEDBACK 1&2/2018

Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung

→ Psychotherapieforschung

Mit Beiträgen von:

Markus Böckle, Silvia Weigl & Peter Pantuček-Eisenbacher

Sonja Hintermeier

Klaus Schulte

Sylvester Walch

Kristina Barthofer

ÖAGG Feedback

Doppelheft 1&2 2018

Herausgeber

Günter Dietrich und Markus Daimel

Forschungsbeirat des ÖAGG

Günter Dietrich, Mag. phil. Dr., MEd, *Wien*

Karin Hruby, DI, *Wien*

Gabriele Sachs, Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ phil. Dr.ⁱⁿ med., *Wien*

Human-Friedrich Unterrainer, PD Mag. Dr.rer.nat Dr. scient.med., *Graz, Wien*

Johannes Krall, Ao. Univ. Prof. Dr., *Klagenfurt*

Michael Wieser, Ass.-Prof. Mag. Dr. phil., *Keutschach*

Internationaler Beirat

Renate Cogoy, Dr.ⁱⁿ, *Triest*

Robi Friedman, Dr., *Haifa*

Zerka Moreno, *Charlottesville VA†*

Josef Shaked, Prof. Dr., *Wien und Altaussee*

Inhalt

Editorial.....	5
Fachbeiträge	8
Ein Beitrag zur Akademisierung der Psychotherapie: Markus Böckle, Silvia Weigl & Peter Pantuček-Eisenbacher.....	8
Psychotherapieforschung in Form von Masterthesen: Sonja Hintermeier	16
Psychotherapeutische Prozessdokumentation in der Lehr- und Forschungsambulanz des ÖAGG: Klaus Schulte	37
Clearing und begleitende katamnestische Erhebungen in der Psychotherapeutischen Ambulanz des ÖAGG: Klaus Schulte	45
Leibprozesse in der Psychotherapie: Sylvester Walch.....	52
Die Onlinesitzung in der Psychotherapie – Chancen und Herausforderungen für das digitale Zeitalter: Kristina Barthofer.....	65
Neue Mitglieder	82
Gruppenangebote	84
Crossover	100
Rezensionen.....	103

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Editorial

„Psychotherapieforschung hat sich als eigenständige Wissenschaftsdisziplin neben der medizinischen und der klinisch-psychologischen Forschung etabliert; sie ist charakterisiert durch eine umfassende wissenschaftstheoretische Verankerung und impliziert einen multiparadigmatischen und methodenpluralistischen Forschungsansatz. Psychotherapieforschung kann helfen, den Bedarf an Psychotherapie aufzuzeigen sowie die Qualität, Effektivität und Effizienz dieser zentralen Versorgungsleistung zu belegen und zu verbessern“ (Riess 2017, III).

So umreißt Gabriele Riess im Vorwort ihres Leitfadens zur praxisorientierten Psychotherapieforschung den Status quo in Österreich. Diese Position ist zugleich ein Zugang, der auch für den Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik ÖAGG in seinem Verständnis zur Psychotherapiewissenschaft gültig ist. Die multiparadigmatischen Forschungsansätze finden sich einerseits jeweils innerhalb der fünf psychotherapeutischen Schulrichtungen des ÖAGG wieder, wie es exemplarisch anhand der psychoanalytischen Psychotherapie illustriert werden kann, die ausgehend von der Gründungsperson Freud eine Vielzahl an Theorierichtungen entwickelt hat, die sich nicht gegeneinander abgelöst und ersetzt haben, sondern die heute – wie etwa die Triebtheorie und die intersubjektive Psychoanalyse – zu einem erweiterten Verständnis nebeneinander stehen. Andererseits wird der multiparadigmatische Ansatz im ÖAGG natürlich durch den Dialog der Psychotherapieschulen miteinander deutlich, der im gemeinsamen psychotherapeutischen Propädeutikum, in übergreifenden Veranstaltungen und Tagungen, aber auch in gemeinsamen Weiterbildungscurricula zum Tragen kommt. Die Bedeutung des Methodenpluralismus für die Forschung als zentrale Maxime erfordert jedenfalls ein Bekenntnis zur lebendigen Psychotherapieforschung, was auch eine erweiterte Sicht des eigenen Faches mit sich bringt, dessen Bild sich vom „Handwerk“ zur akademischen Profession entwickelt hat.

Methodenpluralismus in der Forschung wird am stärksten in Mixed-Mode-Designs deutlich, die qualitative und quantitative Auswertungsformen verbinden. Gerade in der Psychotherapieforschung besteht hier ein hohes Potential, weil die alte Tradition

der Introspektion in den modernen Sozialwissenschaften vielfältige Erweiterungen erfahren hat und zugleich die statistischen Auswertungsmethoden evidenzbasierte Nachweise ermöglichen, die für alle Gesundheitsberufe empirische Entscheidungsgrundlagen bereitstellen. Angesichts des erforderlichen Aufwandes für die Umsetzung solcher Forschungsprojekte sind psychotherapeutische Ausbildungsinstitute häufig an universitäre Kooperationen gebunden. Im ÖAGG besteht eine fortlaufende Zusammenarbeit mit mehreren Universitäten sowie der FH-St. Pölten, dazu kommen Forschungsprojekte und wissenschaftliche Veranstaltungen, die mit weiteren universitären Partnern stattfinden. Exemplarisch sei die erfolgreiche langjährige Kooperation mit der Donauuniversität Krems genannt, die den Bereich Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit betrifft. In St. Pölten ist der ÖAGG Gesellschafter der derzeit in Akkreditierung befindlichen Bertha von Suttner Privatuniversität, die in der Psychotherapieforschung einen Schwerpunkt setzen möchte und auch ein konsekutives Vollstudium der Psychotherapie vorbereitet. Mit der Universität Graz verbindet den ÖAGG die langjährige Kooperation im Rahmen des Integrativen Seminars für Psychotherapie in Bad Gleichenberg, gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien ist derzeit ein neuer Masterlehrgang für psychoanalytische Psychotherapie in Vorbereitung.

In der vorliegenden Ausgabe des Feedback – Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung eröffnen Markus Böckle, Silvia Weigl und Peter Pantuček-Eisenbacher den inhaltlichen Bogen mit ihrem „Beitrag zur Akademisierung der Psychotherapie – Eröffnung der Bertha von Suttner Universität in St. Pölten“. Der Artikel stellt nach einem Überblick zu den aktuellen Forschungsfragen zur psychotherapeutischen Grundversorgung und dem Stand der Psychotherapiewissenschaft die neue Konzeption der Bertha von Suttner Universität vor. Der zweite Beitrag „Psychotherapieforschung in Form von Masterthesen – Ein Überblick über Themen, Methoden und Häufigkeitsverteilungen der ersten 12 Jahrgänge (2006 – Februar 2018) der Masterthesen der Universitätslehrgänge Psychodrama-Psychotherapie ÖAGG/DUK“ von Sonja Hintermeier erlaubt einen Einblick in die Vielfalt an Forschungsprojekten bei den Psychodrama-Abschlussarbeiten an der Donauuniversität Krems. In den beiden anschließenden Artikeln von Klaus Schulte liegt der Schwerpunkt auf dem Praxisbezug für die fachspezifische Ausbildung in Psychotherapie. Seit 2015 ermöglicht die psychotherapeutische Lehr- und Forschungsambulanz (LFA) des ÖAGG in der Marxergasse in 1030 Wien eine wissenschaftlich fundierte Theorie-Praxis-Ver-schränkung. Im Beitrag „Psychotherapeutische Prozessdokumentation in der Lehr- und Forschungsambulanz des ÖAGG“ stellt Schulte das von ihm entwickelte Modell der Therapiedokumentation an der Ambulanz vor, im folgenden Artikel „Clearing und begleitende katamnestiche Erhebungen in der Psychotherapeutischen Ambulanz des ÖAGG“ das Zusammenwirken von PsychotherapeutInnen und interner Clearingstelle an der LFA.

Die beiden weiteren Fachbeiträge dieser Ausgabe sind inhaltlich durchaus gegensätzlich ausgerichtet: Während Sylvester Walch „Leibprozesse in der Psychotherapie“ – also die Anwendung körperbezogener Interventionen in der Psychotherapie – vor dem Hintergrund der Gestalttherapie darstellt, theoretisch einordnet und mit Vignetten aus eigener Praxis illustriert, beschreitet Kristina Barthofer in ihrem Artikel den Weg der Möglichkeiten des Internets für Psychotherapie und Beratung jenseits der körperlichen Präsenz. Im Beitrag „Die Onlinesitzung in der Psychotherapie – Chancen und Herausforderungen für das digitale Zeitalter“ legt Barthofer dar, wie technische Werkzeuge wie die Videotelefonie historisch gewachsen sind und heute auch für die Psychotherapie ein bemerkenswertes Potential bereitstellen können.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre

Günter Dietrich und Markus Daimel

Literatur:

.....
Riess, Gabriele (2017): Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Ein Beitrag zur Akademisierung der Psychotherapie

Eröffnung der Bertha von Suttner Universität in St. Pölten

Markus Böckle, Silvia Weigl, Peter Pantuček-Eisenbacher

Abstract

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei verschiedensten psychischen Störungen ist ausgezeichnet belegt. Dennoch ist die Versorgung psychisch kranker Personen in Österreich alles andere als ideal. Dies hat mehrere Gründe: mangelnde Finanzierung der Psychotherapie auf Kasse, bundesländerspezifische Regelungen zur Finanzierung von Psychotherapie auf Kasse, keine flächendeckende Versorgung mit gebietspezifischen Unter- bzw. Überversorgungen, wissenschaftliche Daten zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in Österreich sind nicht flächendeckend erhoben und auch die Psychotherapieausbildung befindet sich in einer Umbruchphase und wird zunehmend auf Universitäten verlagert. Auf Grund dieser Schwierigkeiten bei der Versorgung psychisch Erkrankter ist es notwendig, dass diese Themen durch wissenschaftliche Institutionen beforscht und mitgestaltet werden. Als Beitrag zur Aufklärung und Bearbeitung dieses gesellschaftspolitischen und gesundheitspolitischen Themas haben sich der Österreichische Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) und die Hochschulen-Holdinggesellschaft der Stadt St. Pölten zusammengeschlossen und die Bertha von Suttner Universität für Psychotherapie und Humanwissenschaften gegründet. Somit kann durch die Neugründung der Universität die Psychotherapie als Wissenschaft vorangetrieben werden.

Psychotherapeutische Grundversorgung und Stand der Wissenschaft

Auf Grund der aktuellen Datenlage kann die Versorgung psychisch kranker Menschen in Österreich durch Psychotherapie zum derzeitigen Zeitpunkt nur geschätzt werden. Dies liegt zum einen daran, dass für Österreich keine vollständigen Prävalenzzahlen psychischer Erkrankungen vorliegen (Plessen et al., 2002; Wagner et al., 2017), zum anderen an der unklaren Zahl der von Psychotherapeuten behandelten PatientInnen. Zwar wird die Anzahl der vom Bundesministerium anerkannten PsychotherapeutInnen erhoben (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2018b), jedoch ist auf Basis dieser Zahlen kein Rückschluss auf die Anzahl der psychisch erkrankten Personen möglich, die tatsächlich von diesen Therapeuten behandelt werden. Es besteht keine Auskunftspflicht zur Anzahl der Behandlungen bzw. keine aktuelle Erhebung

dieser Daten. Dennoch ist anzunehmen, dass nur ein Bruchteil der PsychotherapeutInnen Vollzeit – somit im Ausmaß von 40h – in der privaten Praxis und/oder psychotherapeutisch behandelnden Einrichtungen tätig sind (ÖBIG, 2008). Des Weiteren werden PatientInnen durch AusbildungskandidatInnen behandelt. Diese zusätzliche Leistung von Therapien basiert auf der Ausbildungsstruktur mit Praktika während des psychotherapeutischen Propädeutikums (allgemeiner Ausbildungsteil; § 3-5 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990) und dem Fachspezifikum (besonderer Ausbildungsanteil; § 6-8 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990). Dabei muss auch beachtet werden, dass PsychotherapeutInnen in Ausbildung und Supervision ähnlich wie die TurnusärztInnen bereits eigenständige und versorgungswirksame Behandlung von psychisch leidenden und kranken PatientInnen erbringen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2014). Zum einen werden weder die Anzahl der TherapeutInnen in Ausbildung und Supervision veröffentlicht, noch die Anzahl der von diesen behandelten Personen. Trotz der fehlenden Daten der Anzahl psychisch kranker Personen und des Behandlungskontingents von PsychotherapeutInnen kann auf Basis von Schätzwerten von einer deutlichen Unterversorgung ausgegangen werden (ÖBIG, 1997, 2002, 2007, 2009; Plessen et al., 2002). Somit besteht eine große Notwendigkeit, dass mehr wissenschaftliche Arbeiten zu den Themen der Prävalenz psychischer Erkrankungen und zur Anzahl psychotherapeutisch behandelter Personen durchgeführt werden.

Hinderlich für die Versorgung von psychisch kranken Menschen kommt hinzu, dass es in Österreich keinen Gesamtvertrag mit den österreichischen Krankenkassen gibt. Ein solcher Vertrag würde jeder betroffenen Person Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung gewähren, wie dies bei somatischen Erkrankungen der Fall ist. Die Kontingente an Psychotherapiestunden sind unterschiedlich in den Bundesländern geregelt und scheinen unter der Bedarfszahl zu sein, da die Wartezeit zum Beispiel im Jahr 2014 für einen Psychotherapieplatz in Niederösterreich ca. 20 Wochen betrug (Neswadba-Piller, 2014). Zusätzlich zu solchen vollfinanzierten Kassenplätzen können PatientInnen um einen Kostenzuschuss ansuchen. Dieser Zuschuss ist seit 1991 weitgehend gleichgeblieben, während die realen Kosten für Psychotherapie in der Zwischenzeit deutlich angestiegen sind. Vergleicht man die Kostenrückerstattung von PatientInnen mit somatischen Erkrankungen, die zu einem Wahlarzt gehen und 80% des Kassentarifs erstattet bekommen, mit der 40 prozentigen Rückerstattung des Kassentarifs bei psychotherapeutischen Behandlungen der Gebietskrankenkassen, kann man auf eine Ungleichbehandlung psychisch kranker Personen schließen. Diese finanzielle Benachteiligung wird noch durch die Tatsache verstärkt, dass psychisch kranke Personen oft auch sozial, gesellschaftlich und beruflich benachteiligt sind

(Engels, 2006) und sich daher eine psychotherapeutische Behandlung nicht oder nur schwer leisten können. Es gibt auch hierzu keine klaren Daten für Österreich über die Kosten für Psychotherapie, die privat bezahlt werden. Dabei darf auch nicht vergessen werden, dass psychisch erkrankte Personen oft befürchten, durch eine Psychotherapie, die bei den Krankenkassen aufscheint, einer Stigmatisierung ausgesetzt zu sein. Daher wünschen manche PatientInnen und KlientInnen eine privat finanzierte Psychotherapie oder möchten, dass die Daten nicht in der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) gespeichert werden. Dies kann so gedeutet werden, dass psychische Erkrankungen in der österreichischen Bevölkerung immer noch einen anderen Stellenwert haben als somatische Erkrankungen und möglicherweise, dass die psychotherapeutische sowie die psychologische Behandlung stark schambehaftet bzw. als eigene Schwäche wahrgenommen wird. Hierfür braucht es einen qualitativen Forschungsansatz, der sich solchen Fällen widmet und sich mit diesen persönlichen Leidensgeschichten systematisch auseinandersetzt.

Wie bereits oben erwähnt werden psychotherapeutische Behandlungen unter anderem auch von PraktikantInnen durchgeführt, die größtenteils unentgeltlich bzw. in freier Praxis zu niedrigen Tarifen geleistet werden. Somit besteht für die PsychotherapiepraktikantInnen eine ähnliche Situation wie für die PsychologiepraktikantInnen vor der Novellierung des Psychologengesetzes im Jahr 2013. Vor der Novelle mussten die Praktika nicht in einem Angestelltenverhältnis absolviert werden. Daraus könnte sich eine neue Situation für PraktikantInnen aus den Fächern Klinische-, Gesundheitspsychologie und Psychotherapeuten ergeben haben, die jedoch derzeit auch nicht gut genug dokumentiert und erforscht scheint. Denn die Erhöhung der Kosten für PsychologiepraktikantInnen in Institutionen, die Praktikumsplätze anbieten, könnte zu einer Reduktion der Praktikumsstellen und somit zu einer Unterversorgung mit Klinischen-GesundheitspsychologInnen führen. Des Weiteren könnte die somit reduzierte Therapieleistung in solchen Institutionen durch PsychotherapiepraktikantInnen, denen kein Angestelltenverhältnis angeboten werden muss, kompensiert werden. Auch hier fehlen derzeit konkrete Erhebungen, um den aktuellen Stand eindeutig einschätzen zu können und Veränderungen frühzeitig zu erkennen und ungünstigen Entwicklungen entgegenzuwirken zu können. Wichtig scheint in diesem Zusammenhang die seit längerem anvisierte Novellierung des Psychotherapiegesetzes, in der eine ähnliche Verankerung der PsychotherapiepraktikantInnen im Gesundheitssystem festgeschrieben werden sollte, aber auch der Gesamtvertrag mit den Krankenkassen für eingetragene Psychotherapeuten geregelt werden könnte. Für eine solche Änderung braucht es konkrete Zahlen für die klare und stichfeste Argumentation gegenüber dem Ministerium sowie für eine andauernde und gesicherte Qualitätssicherung. Solche Daten können qualitativ hochwertig und gesichert nur durch unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen erhoben werden.

Unumstritten scheint jedoch die Effektivität der Psychotherapie, die in mehreren Meta-Analysen bereits belegt wurde (z.B.: Leichsenring & Rabung, 2008; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Im deutschen Gesundheitssystem hat Psychotherapie bei mehreren S3-Leitlinien zur Behandlung spezifischer psychischer Erkrankungen bereits Eingang gefunden (z.B.: Buchkremer & Klingberg, 2001; de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner, & Schramm, 2007; Henningsen, 2002). Die meisten solcher Studien vor allem im deutschsprachigen Raum beziehen sich jedoch auf die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Verfahren, da nur diese in Deutschland zur Kostenerstattung zugelassen sind und von ärztlichen, psychologischen sowie Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen durchgeführt werden (BGBl, 1998). In Österreich sind derzeit 22 psychotherapeutische Verfahren anerkannt, die alle vom Psychotherapiebeirat im Gesundheitsministerium auf ihre wissenschaftliche Fundierung überprüft wurden (BMGF, 2018). Auch hier scheinen unabhängige wissenschaftliche Institute wichtig für die andauernde Qualitätssicherung und Prüfung der einzelnen Verfahren mit ihren theoretisch begründeten und wissenschaftlich untermauerten Theoriegebäuden.

Akademisierung der Psychotherapie

Seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes in Österreich (Psychotherapiegesetz, Bundesgesetzblatt 361/1990) sind die Ausbildung zur und die Ausübung der Psychotherapie geregelt. Schon längere Zeit wird über eine Neugestaltung der Psychotherapieausbildung diskutiert, die mit der demnächst kommenden Novellierung fixiert werden soll. Dabei besteht eine Tendenz hin zu einer Akademisierung der Psychotherapieausbildung, bei gleichzeitiger Beibehaltung der vielfältigen Zugangswege. Es stehen unterschiedliche Vorschläge, wie eine solche Akademisierung durchgeführt werden kann, zur Diskussion (Leitner, Koschier, Hintenberger, & Pich, 2015). Bereits jetzt besteht die Möglichkeit für die bestehenden Ausbildungsvereine, ihre fachspezifischen Angebote an Universitäten anzubinden. Eine weitere Tendenz besteht zur Vereinigung bzw. Zusammenarbeit von Ausbildungsvereinen mit Universitäten, so dass die 22 in Österreich anerkannten Fachspezifika, die laut Bundesministerium für Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2018a) zur Zeit in über 40 anerkannten fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen angeboten werden, immer flächendeckender auch eine akademische Ausbildung anbieten werden. Im Zuge der Novellierung des Psychotherapiegesetzes wird sich auch klären, wie die Zugangsbeschränkung geregelt werden soll. Zurzeit ist für das Propädeutikum die Matura oder ein gleichwertiger Abschluss notwendig, während das Fachspezifikum erst mit Vollendung des 24. Lebensjahres begonnen werden kann und einen erlernten Quellberuf

voraussieht. Für beide Stufen gibt es jedoch eine Möglichkeit der außerordentlichen Zulassung durch einen Bescheid des Bundesministeriums. Bis zur Fixierung durch das neue Gesetz bleibt Raum zur Diskussion, Forschung und Meinungsbildung durch fundierte wissenschaftliche Studien. Zudem wird das akademische Angebot der Psychotherapie stetig ausgebaut wie zum Beispiel mit der seit Anfang 2018 bestehenden Bertha von Suttner Universität, die ein weiterer zentraler Ort für die wissenschaftliche Fundierung, die Qualitätssicherung und die Ausbildung der Psychotherapie in Österreich sein wird.

Die Bertha von Suttner Universität stellt sich vor

Die Bertha von Suttner wurde als Tochterunternehmen des ÖAGG und der Hochschulen St. Pölten Holding gegründet.

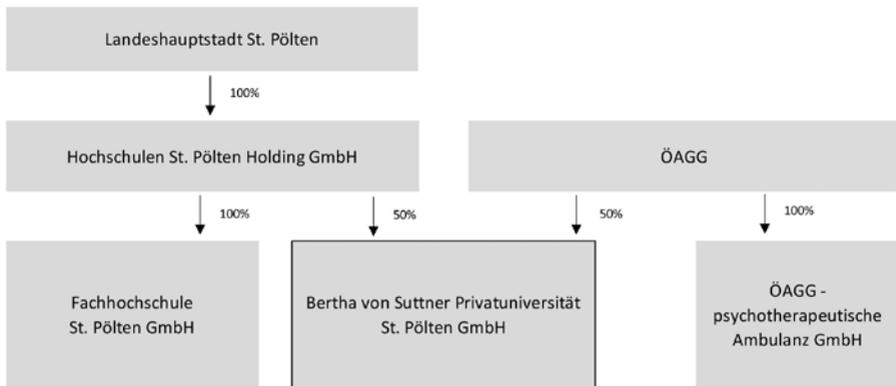


Abbildung 1: gesellschaftsrechtliche Struktur

Durch die Eigentümerstruktur ist es möglich auf bestehende Hochschulinfrastruktur und Ressourcen der Fachhochschule St. Pölten und die jahrzehntelange fachliche Expertise des ÖAGG zurück zu greifen. Diese Synergien wurden von einem internationalen GutachterInnenteam im Rahmen des Akkreditierungsprozesses als großes Potenzial betrachtet.

Die Bertha von Suttner Privatuniversität versteht sich als Entwicklungsraum für die Gesellschaft der Zukunft und stellt den Menschen in den Mittelpunkt. Sie hat den Anspruch durch inter-, trans- und antidisziplinäre Methoden zur Lösung gesellschaftlicher Herausforderungen beizutragen. Eine dieser Herausforderungen ist es, die Versorgungsdichte mit vollfinanzierten psychotherapeutischen Leistungen zu erhöhen. Die Lehrenden und Studierenden der Bertha von Suttner Privatuniversität können mit der von ihnen betriebenen Forschung dazu beitragen, die Psychotherapie weiter als Wissenschaft zu etablieren.

Geplante Studiengänge

Die Bertha von Suttner Privatuniversität startet mit dem folgenden Studienangebot:



Abbildung 2: Studienangebot

Mit ihren Studiengängen wird die Bertha von Suttner Privatuniversität zur Akademisierung der Psychotherapie und der Kunsttherapie beitragen – bestehende Ausbildungen werden durch wissenschaftliche Aspekte ergänzt und so kontinuierlich weiterentwickelt.

Das Studium der Psychotherapie an der Bertha von Suttner Privatuniversität

Mit dem Bachelorstudiengang Psychosoziale Interventionen und dem Masterstudiengang Psychotherapie wird ein konsekutives Studium angeboten. Der Abschluss ermöglicht den AbsolventInnen den Zugang zum Doktoratsstudium. Das Bachelorstudium inkludiert den Inhalt des gesamten Propädeutikums, im fünften Semester beginnt die fachspezifische Ausbildung. Ein Drittel der 180 ECTS Punkte im Bachelorstudium entfallen auf die wissenschaftliche Reflexion. Beim Masterstudium sind mehr als die Hälfte der ECTS Punkte dem Interdisziplinären Forschungs- und Methodenforum gewidmet. Die Inhalte des Fachspezifikums werden dadurch nicht gekürzt – vielmehr stellt der Forschungs- und Wissenschaftsschwerpunkt eine Ergänzung zum bisherigen Lehrinhalt dar. Die fachspezifische Ausbildung erfolgt in Kooperation mit Ausbildungsvereinen. Fachspezifische Lehrveranstaltungen können auch zwischen Bachelor- und Masterstudium stattfinden – die Kosten dafür sind bereits in den Studiengebühren inkludiert (ausgenommen Einzelselbsterfahrung und Supervision).

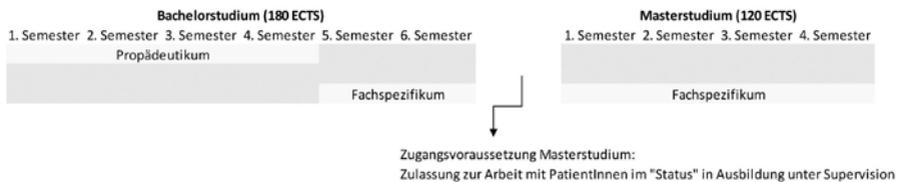


Abbildung 3: Struktur Psychotherapie Studium

Mag. Mag. Dr. Markus Böckle

designierter Studiengangsleiter des Bereichs Psychotherapie an der Bertha von Suttner Privatuniversität, e-mail: markus.boeckle@suttneruni.at

Mag.^a Silvia Weigl, MSc

Kanzlerin Bertha von Suttner Privatuniversität,
E-mail: silvia.weigl@suttneruni.at

Prof. Mag. Dr. Peter Pantuček-Eisenbacher

Rektor der Bertha von Suttner Privatuniversität,
E-mail: peter.pantucek-eisenbacher@suttneruni.at

Literatur

BGBI, I. (1998). 3749: Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz–PsychThG).

BMGF. (2018). Psychische Gesundheit | BMGF - In Österreich anerkannte Psychotherapiemethoden. Retrieved January 28, 2018, from https://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Psychische_Gesundheit/In_Oesterreich_anerkannte_Psychotherapiemethoden

Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Der Nervenarzt, 72(1), 20–30. <https://doi.org/10.1007/s001150050708>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Information des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage einer Resolution des Psychotherapiebeirates vom 17.06.2014 zur Stellung von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Ausbildung unter Supervision (2014). Retrieved from <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/richtlinien-bmg/Information-BMG-Stellung-von-PsychotherapeutInnen-PsychotherapeutInnen-in-Ausbildung-unter-Supervision-2014-12-17.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2018a). Ausbildungseinrichtungen für Theorie und Praxis – Suche. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. Retrieved January 28, 2018, from <http://einrichtungen.ehealth.gv.at/SucheEinrichtung.aspx>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2018b). PsychotherapeutInnenliste. Retrieved January 26, 2018, from <http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>

de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C., & Schramm, E. (2007). Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie affektiver Störungen. Retrieved January 28, 2018, from https://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=_N0YHGFr5i0C&oi=fnd&pg=PA5&dq=psychotherapie+leitlinie+ots=IHdRbTK6dq&sig=Kt5ZtNcHBYNfWlVfmrIbFuy4eU

.....
Engels, D. (2006). Lebenslagen und soziale Exklusion – Thesen zur Reformulierung des Lebenslagenkonzepts für die Sozialberichterstattung. Sozialer Fortschritt, 55(5), 109–117. <https://doi.org/10.2307/24512748>
.....

Gönnner, S., Limbacher, K., Zarbock, G., Rief, W., Rodde, S., Ströhm, W., ... Brähler, E. (2012). Pro und Contra «Direktausbildung Psychotherapie». Verhaltenstherapie, 22(1), 56–63. <https://doi.org/10.1159/000336473>
.....

Henningsen, P. (2002). Störungen: Leitlinien und Quellentexte; Leitlinien-Entwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Abstimmung mit dem Schattauer Verlag. Retrieved from <https://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=I6v924gN6dGC&oi=fnd&pg=PT30&dq=psychotherapie+leitlinie&ots=s6oslADtHo&sig=Qxzc5Vg516oh071Yt9xCQ710NJs>
.....

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. JAMA, 300(13), 1551. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
.....

Leitner, A., Koschier, A., Hintenberger, G., & Pieh, C. (2015). Psychotherapie auf dem Weg zur Akademisierung? Psychotherapie-Wissenschaft, 5(1), 77–83. Retrieved from <https://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/298/642>
.....

Neswabba-Piller, E. (2014). Clearingstelle für Psychotherapie in Niederösterreich. NÖLP-Nachrichten: Mitgliederzeitschrift des Niederösterreichischen Landesverbandes Für Psychotherapie, 14(3), 15–17.
.....

ÖBIG, Ö. B. für G. (1997). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich. Eigenverlag, Wien.
.....

ÖBIG, Ö. B. für G. (2002). Bedarf und Angebot von Psychotherapie. Eigenverlag, Wien.
.....

ÖBIG, Ö. B. für G. (2007). Versorgung mit Psychotherapie. Eigenverlag, Wien.
.....

ÖBIG, Ö. B. für G. (2008). PsychotherapeutInnen in Institutionen. Eigenverlag, Wien.
.....

ÖBIG, Ö. B. für G. (2009). Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung 2007. Eigenverlag, Wien.
.....

Plessen, C. Y., Boeckle, M., Liegl, G., Leitner, A., Schneider, A., Preining, B., & Pieh, C. (2002). Bedarfsanalyse für ambulante Psychotherapie in Österreich. Psychologische Medizin, 27(3), 4–9. Retrieved from http://pubpsych.zpid.de:80/pubpsych/Search.action?q=ID=DFK_0321208&isFullView=true&stats=BMD&search=
.....

Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., ... Karwautz, A. F. K. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. European Child & Adolescent Psychiatry, 26(12), 1483–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0999-6>
.....

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. Professional Psychology: Research and Practice, 24(2), 190–195. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
.....

Psychotherapieforschung in Form von Masterthesen

Ein Überblick über Themen, Methoden und Häufigkeitsverteilungen der ersten 12 Jahrgänge (2006 – Februar 2018) der Masterthesen der Universitätslehrgänge Psychodrama-Psychotherapie ÖAGG/DUK

Sonja Hintermeier

Abstract

Methodenspezifische Psychotherapieforschung findet auch in Form von Masterthesen statt, welche im Rahmen von Universitätslehrgängen als Abschlussarbeiten verfasst werden müssen. Im Rahmen der von der Fachsektion Psychodrama im ÖAGG – in Kooperation mit der Donau-Universität Krems (DUK) - angebotenen Psychodrama-Psychotherapie-Lehrgänge wurden seit dem Start der Kooperation im Jahr 2005 bereits 124 Psychodrama-Masterthesen verfasst und approbiert. In diesem Beitrag wird der aktuelle Stand dieser Psychodrama-Masterthesen dargestellt und ein Überblick zu Forschungsthemen, Forschungsmethoden, beforschter KlientInnen-Gruppen und beforschter Therapie-Settings geboten.

I. EINLEITUNG: PSYCHODRAMAFORSCHUNG IN FORM VON MASTERTHESEN

„Psychotherapieforschung ist ein schwer überschaubares Gebiet, das sich gegenwärtig in rascher Entwicklung befindet. Forschung soll die psychotherapeutische Praxis überprüfen und empiriekontrolliert zu Weiterentwicklung und Fortschritt beitragen. Ziel allen Fortschritts ist es dabei, die Heilungschancen unserer Patienten zu verbessern“ (Fischer & Fäh 1998, 9)

Karloff unterscheidet 5 Phasen der Psychotherapieforschung: Die entdeckungsorientierte Psychotherapieforschung der Frühphase, die legitimierende Ergebnisforschung der Phase 1, die differentielle Ergebnis-Prozess-Forschung der Phase 2, die Prozessuale Analyse des therapeutischen Geschehens (Phase 3) und die Erforschung der Praxis unter realen Versorgungsbedingungen der Phase 4 (vgl. Karloff 2005, zitiert nach Hintermeier 2011). Die zeitgenössische Psychotherapieforschung besteht in naturalistischen Studien der Phase 3 und Erforschung der Praxis unter realen Versorgungsbedingungen der Phase 4. Sowohl in der europäischen als auch in der deutschsprachigen Psychodrama-Community findet seit Jahren eine rege Beschäftigung mit Psychotherapieforschung statt. Im Sonderheft der Zeitschrift für Psychodrama und

Soziometrie zu „Empirischer Forschung und Wissenschaft“ (Stadler & Wieser 2011) wurden aktuelle Studien der Psychodramaforschung vorgestellt. Zusätzlich zu solchen offiziell ausgewiesenen Studien liegen in Form von Masterthesen zahlreiche „kleine Einzel-Forschungsprojekte“ vor, die unbeachtet bleiben, weil sie nicht veröffentlicht werden. Während Kliniken und Universitäten Möglichkeiten haben, mit größeren Zeit- und Personal- Ressourcen größere Stichproben zu untersuchen, beschränken sich die Forschungen, die im Rahmen von Masterthesen durchgeführt werden, naturgemäß auf die Möglichkeiten, die Einzelpersonen (oder maximal zwei Personen als Team) in einer individuellen therapeutischen Praxis im ambulanten oder institutionellen Setting gegeben sind. Dennoch erbringen auch diese Arbeiten Erkenntnisse, die für die therapeutische Psychodrama-Praxis interessant sind und damit, wie Fischer & Fäh es als Ziel der Psychotherapieforschung nennen, helfen, „die Heilungschancen unserer PatientInnen zu verbessern“ (Fischer & Fäh 1998, 9).

Masterthesen entstehen im Rahmen des Ausbildungsinstitutes der Fachsektion Psychodrama im ÖAGG in zweierlei Kontexten:

1. als Abschlussarbeit des 2005 implementierten Universitätslehrgangs Psychotherapie – Fachspezifikum Psychodrama.
 2. als Abschlussarbeit des 2006 gestarteten Universitätslehrganges Psychotherapie – Master of Science - Upgrade für graduierte Psychodrama-PsychotherapeutInnen.
- Beide Lehrgänge werden seit ihrem Beginn in Kooperation mit der Donau-Universität Krems (Universität für Weiterbildung) angeboten und als Masterlehrgänge durchgeführt. Seit Start dieser Lehrgänge 2005 bzw. 2006 bis zum Februar 2018 sind bisher insgesamt 127 Masterthesen entstanden. 3 Masterthesen sind gesperrt. Die übrigen 124 Masterthesen, von denen 2 Doppelmasterthesen (d.h. von zwei Studierenden gemeinsam verfasste Masterthesen) sind, wurden in die Untersuchung einbezogen.

Ziel der Untersuchung war es, einen Überblick über den aktuellen Stand an österreichischen Psychodrama-Masterthesen zu generieren, der auf einen Blick erkennen lässt, welche Themenstellungen, welche KlientInnengruppen und welche Settings mit welchen Forschungsmethoden beforscht wurden und welche Häufigkeiten mit diesen Kriterien jeweils verbunden sind. Im Sinne eines Mixed-Method-Zuganges wurden sowohl qualitative wie auch quantitative Vorgehensweisen gewählt. In einem ersten Schritt wurden die 124 Masterthesen hinsichtlich folgender Merkmale analysiert und entsprechenden Kategorien/Clustern zugeordnet:

- a) nach dem thematischen Fokus (Theorie- vs. Praxis-Bezug)
- b) nach der Forschungsmethode (Theoriearbeit, Praxisbericht, empirische Arbeit)

- c) nach dem untersuchten Setting (Einzel, Paare, Familie, Soziales Atom, Gruppe) und
- d) nach den behandelten KlientInnen-/PatientInnen-Gruppen (hinsichtlich Alter und Geschlecht)

Die Kategorien-/Cluster-Bildung erfolgte im Rahmen eines systematischen, regelgeleiteten Vorgehens in der Art einer qualitativen Clusteranalyse. Die Arbeiten wurden zur Gänze gelesen und zu jeder Arbeit ein einseitiges „Kurzdossier“ mit markanten Beschreibungsmerkmalen verfasst. Auf dieser Basis wurden für a) am Material übergeordnete thematische Kategorien und Cluster entwickelt und die einzelnen Arbeiten diesen zugewiesen. Genauso wurde in Bezug auf die verwendeten Forschungsmethoden (b) verfahren. Während die Kategorien in Bezug auf den thematischen Fokus erst am Material entwickelt wurden, waren diese in Bezug auf die verwendeten Forschungsmethoden aber bereits durch theoretische Vorarbeiten vorgegeben. Ich verwendete hierfür jene Kategorisierung von Forschungsdesigns und Forschungsmethoden, welche Mayring (2002 und 2007) in seinen Veröffentlichungen zur Sozialforschung (vgl. Hintermeier 2011) nennt. Wenn es (wie es in wenigen Einzelfällen der Fall war) in Bezug auf Thema und Forschungsmethode divergierende Einschätzungen zwischen mir als Untersucherin und dem/der VerfasserIn gab, wurde für die Einordnung in die Kategorien und Cluster nicht der Eigendefinition des/der jeweiligen VerfasserIn gefolgt, sondern der von mir (in Bezug auf das Thema) am Material entwickelten bzw. (in Bezug auf die Forschungsmethoden) empirisch festgestellten Kategoriezugehörigkeit. Im Anschluss an diesen ersten, qualitativen Untersuchungsschritt wurden im Sinne einer deskriptiven Statistik die Häufigkeiten der entstandenen Themen- und Methoden-Cluster und die Häufigkeiten der untersuchten Therapiesettings (c) und KlientInnengruppen (d) durch einfache Auszählung numerisch erfasst und in Prozentwerte umgerechnet.

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der Untersuchung in Form des als Ergebnis entwickelten Überblicks dargestellt. Ein erster Überblick zu Psychodrama-Masterthesen (zum Stand vom 24.1.2015, Hintermeier 2016) wurde bereits 2016 in der Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie (Stadler/Wieser/Kirk 2016, 297-321) veröffentlicht. Seit Februar 2015 sind mehr als 40 Masterthesen hinzugekommen. Die damals am Material entwickelten thematischen Kategorien haben sich seitdem nur unwesentlich verändert, verschoben haben sich aber die Häufigkeiten der verwendeten Forschungsdesigns und -instrumente. Während in jenem ersten Überblicks-Artikel die Ergebnisse auch diskutiert werden konnten, ist dies hier aus Platzgründen leider nicht möglich.

II. KATEGORISIERUNG DER MASTERTHESEN NACH DEM THEMATISCHEN FOKUS¹:

Masterthesen gesamt	124	100%
Theorie-Themen	7	6%
Praxis-Themen	117	94%

Aufgrund der Anforderungen an Abschlussarbeiten von Studierenden behandeln nur wenige Masterthesen rein theoretische Themenstellungen. Nur im Rahmen des Upgrade-Lehrganges durften Theoriearbeiten verfasst werden, Studierende des Universitätslehrganges Fachspezifikum Psychodrama müssen praxisbezogene Masterthesen verfassen.

1. Arbeiten zu Theoriethemem: 7

- Maria Schönherr (2008): Die veruntreute Lebensfreude, eingeklemmtes Leben befreien
- Regina Bulian (2009): Begegnungsszenen nach Stern, Lorenzer und PD
- Sylvia Franke (2011): Metaphern der Bezogenheit (Tele, Begegnung, naturwissenschaftlich und psychodramatisch betrachtet)
- Kerstin Karlsruher (2011): „Stimmenhören“ aus Sicht der psychodramatischen Entwicklungstheorie
- Doris Tornow (2013): Burn-out aus psychodramatischer Sicht
- Manfred Stelzig (2014): Biologisch verankerte Rollen und die befriedigende Interaktion zwischen Säugling und Eltern
- Thomas Sageder (2015): Die Rolle der Väter in Behandlungen männlicher Patienten bei Moreno

2. Arbeiten zu Praxisthemem: 117

Der überwiegende Teil aller Masterthesen behandelt Fragestellungen rund um die Praxis von Psychodrama-Psychotherapie (PD-TH). Die in diesem Cluster beforschten Fragestellungen lassen sich in folgende Gruppen unterteilen:

¹ Die im folgenden genannten Themen sind stichwortartige Zusammenfassungen des wesentlichen Inhalts, nicht der Titel der Arbeiten.

Praxisbezogene Masterthesen	117
Fragestellungen zu bestimmten institutionellen Kontexten (Bühnen)	8
Fragestellungen zu speziellen Settings	5
Methodenbezogene Fragestellungen	31
Fragestellungen zu speziellen KlientInnengruppen	4
Störungsspezifische Fragestellungen	36
Fragestellungen zu speziellen Therapiethemen	33

Ad 2.1) Fragestellungen zu bestimmten institutionellen Kontexten: 8

a) Schul-Kontext: 2

- Gabriele Fercher (2012): PD-TH in der Schule
- Elisabeth Grosinger-Spiss (2013): Rollenerweiterung von Vorschulkindern

b) berufliche Rehabilitation: 1

- Christa Bauer (2012): PD-TH im Rahmen beruflicher Rehabilitation

c) Krankenhaus: 2

- Hannelore Houdek (2012): Intermediärobjekte in der OP-Vorbereitung von Kindern
- Sabine Feuerstein (2009): Therapeutische Begleitung von Eltern auf der Kinder-Intensivstation

d) stationärer Behandlungsrahmen: 3

- Ursula Apolloner (2010): Geschlechtsspezifische Ressourcenarbeit auf einer kinderpsychiatrischen Station
- Kristin Scharfetter (2013): Rahmenbedingungen stationärer Gruppentherapie
- Helmut Kronberger (2014): Wirkung des therapeutischen Umfelds eines stationären Settings auf den Therapieprozess

Ad 2.2) Setting-spezifische Fragestellungen: 5

- Hannelore Stollewerk (2007): Einbindung des sozialen Atoms in stationäre Therapie
- Hölzl C. & Klausegger I. (2016): Arbeit mit dem realen, sozialen Atom in der aufsuchenden Familientherapie
- Franz Lechner (2010): Einbindung der Eltern in ambulante Kinder-Gruppentherapie

- Karin Kölbl-Fischer (2011): Möglichkeiten psychodramatischer Paartherapie in Konflikt- und Krisenbewältigung
- Regina Beer (2013): Geschlechtshomogene Mädchengruppe

Ad 2.3) Methodenbezogene Fragestellungen: 31

2.3.1. zu speziellen Interventionsformen: 5

- Kurt Fellöcker (2008): Theaterprojekt als primäre Suchtprävention bei Kindern
- Eva Breuß-Purtscher (2013): Nachschulungskurse für alkoholabhängige LenkerInnen als Sekundärpräventions-Projekt
- Christine Klimt (2013): Prävention sexueller Gewalt gegen Kinder
- Andrea Nindler (2013): Krisenintervention/Trauerbegleitung für Kinder/Jugendliche (in der Schule)
- Angelika Wagner (2016): Perspektivenwechsel des Psychodramas in der Mediation

2.3.2. zu speziellen diagnostischen Strategien/Vorgehensweisen: 1

- Cai Mosich (2015): Innere Bühne als strukturiertes diagnostisches Instrument

2.3.3. zu speziellen psychodramatischen (Gruppen-)Arrangements: 3

- Roswitha Riepl (2011): Psychodramatische Aufstellungsarbeit
- Barbara Pfaffenwimmer (2011): Bibliodrama
- Elisabeth Schöpfer (2013): Therapeutisches Stegreiftheater

2.3.4. zu spez. methodischen Strategien/psychodramatischen Handlungstechniken: 10

- Markus Canazei (2007): Anwärmung in Gruppen
- Christoph Zauner (2010): Selbst gebastelte Heldenfiguren als Intermediärobjekte in der Jugend-Therapie eines Burschen
- Astrid Amann (2013): Spiegeln
- Robert Kasper (2013): Zukunftsprojektion
- Sylvia Weigl (2014): Das soziale Atom in unterschiedlichen Phasen des Therapieprozesses
- Ina Hupmann (2014): Sharing in der PD-Gruppentherapie
- Elisabeth Hochleitner (2015): „Lebenslinien“- Arbeit bei PD--Kurzzeittherapie im stationären Setting
- Bernd Kühbauer (2016): Somatische Erwärmung beim Anti-Gewalt-Training junger Männer im Zwangskontext
- Patrizia Zauner (2016): Selbstkonstruierte Intraintermediärobjekte in KiJu-Th
- Christa Brach (2016): Doppeln in der PD-Th mit Kindern und ihren Eltern

2.3.5. zur psychodramatherapeutischen Rollen- und Beziehungsgestaltung: 5

- Renate Hochgerner (2006): Funktion der therapeutischen Beziehung bei der Arbeit mit strukturell beeinträchtigtem Kind
- Ernst-Karl Heidegger (2011): Frage des körperlichen Mitspielens des Therapeuten im Kinderpsychodrama
- Karin Goger (2016): Möglichkeiten der Regiegestaltung des/der GruppenleiterIn im Bieten von Wahlmöglichkeiten für ProtagonistIn
- Eva Weigl (2016): Beziehungsgestaltung mit Frauen mit sex. Gewalterfahrung in der Kindheit
- Christian Beer (2017): Psychodramaspezifische therapeutische Grundhaltung

2.3.6. zum Einbezug „fremder“ Methoden/Techniken: 6

Einsatz von Technik allgemein: 1

- Sabine Spitzer-Prochaska (2008): Einsatz computervermittelter Kommunikation (Online-Beratung)

Fremde Diagnosetechniken: 2

- Therese Kasper (2013): Handlungsliste
- Eva Wanderer (2014): Kompatibilität von OPD2 und PD

Fremde Therapietechniken: 3

- Isabella Lenz (2013): Körpertherapie-Techniken
- Martin Geiger (2012): Verwendung von Musik als Intermediärobjekt
- Angelika Hagenbichler (2013): Verwendung von Musikinstrumenten

2.3.7. zum Einbezug fremder Theorie-Modelle: 1

- Lisbeth Mayerhofer (2014). Neurobiologie und Psychodrama

Ad 2.4) KlientInnenspezifische Fragestellungen: 4

- Hildegard Pruckner (2006): Konzept psychodramatischer Kindertherapie
- Tamara Mundt-Smejda (2015): Inter-/transkulturelle PD-Psychotherapie
- Maria Helbich (2017): Gender in der PD-Praxis
- Hannah Hofer (2018): Frauenspezifische PD-Therapiegruppen

Ad 2.5) Störungsspezifische Fragestellungen: 36

F0 Organische Störungen: 1

- Birgit Rotter (2012): Altersdemenz (F 02)

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: 3

- Elisabeth Grissenberger (2014): Einfluss sozialer Beziehungen auf Alkoholtherapie (F10)
- Bernhard Starzer-Eidenberger (2013): Psychodrama in der Raucherentwöhnung (F17).
- David Mayrhofer & Maria Ketscher (2016): Gruppentherapie bei Substanzabhängigkeit und struktureller Störung

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen: 2

- Juliane Kund (2015): Intermediärobjekte in der Therapie von Schizophrenien
- Gabriele Atzmüller (2016): Schizophrenie und Psychodrama. Förderung des Selbstempfindens bei Menschen mit einer kontinuierlich verlaufenden paranoiden Schizophrenie

F3 Affektive Störungen: 1

- Nicole Schlager (2017): Ressourcenorientierte PD-TH bei Depressionserkrankungen (stationäre Th.)

F4 Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen: 8

- Katharina Chalupsky (2012): Kurzzeittherapeut. Behandlung von Flugangst (F40).
- Barbara Schorn (2012): Sozialangst bei Kindern (F 93.2) und Jugendlichen (F40.1)
- Karl Grimmer (2007): Psychodramatherapie von Angststörungen (F41).
- Irmtraud Langer (2012): Psychodramatherapie bei Panikattacken (F41.0)
- Veronika Krauskopf (2016): Ressourcenaktivierung bei Panikattacken in der PD-ET (F41.0)
- Sigrid Bachler-Klein (2010): Zwangsstörungen bei Kindern (F42)
- Gabriele Kastner (2011): Dissoziative Störungen (F44) bei Frauen
- Isolde Amon (2011): Psychosomatische und somatoforme Erkrankungen (F45)

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren: 6

- Sabine Kern (2008): Anorexie (F50.0) und Bulimie (F50.2) (Störungsmodell und PD-TH)

- Stefanie Kössler (2016): Anorexie (F50.0.) (PD-Interventionen in Bezug auf Emotionsregulation und Bindungserfahrungen)
- Birgit Etlinger (2012): Bulimie (F50.2) (Gruppentherapie, rollentheoretisch)
- Barbara Haid (2014): Bulimie (F50.2) (Interventionen, Gruppentherapie)
- Daniela Feichtenschlager (2015): Binge Eating Disorder (F50.9) (Interventionen)
- Wolfgang Hofer (2013): Vaginismus (F52)

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: 5

- Sonja Hintermeier (2008): PD-TH bei Borderline-PS (F 60.31)
- Alexandra Pözl (2015): PD-TH bei histrionischer PS (F60.4)
- Christine Pichlhöfer (2010): Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7) und Co-Abhängigkeit aus psychodramatischer Sicht
- Doris Nowak-Schuh (2013): PD-TH des Narzissmus und narzisstischer PS (F60.8)
- Julia Ortner (2017): PD-TH der Dissozialen PS (F 60.2)

F8 Entwicklungsstörungen: 3

- Claudia Pfohl (2012): PD-Gruppentherapie mit Adoleszenten mit Asperger-Syndrom (F84)
- Zeljka Kamhi Rath (2016): PD-Einzeltherapie bei Kindern mit Asperger-Syndrom (v.a. Szenenaufbau)
- Sigrid Jernej (2017): störungsspezifische Modifikationen einer Monodramatherapie mit einem Kind mit Asperger-Syndrom

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend: 5

- Maria Schatovich-Kiss (2009): ADHS (F90.0) - Kinder in der PD-Gruppe
- Eva Sakrausky (2013): „Das aggressive Kind“ (F91 und F92) in der PD-Gruppe
- Helene Bader (2011): PD-Therapie eines Mädchens mit Sozialangst (F93.2)
- Gabriele Biegler-Vitek (2011): PD-Konzept für Mutismus (F94.0)
- Michaela Legl-Bruckdorf (2017): Monodrama mit Kind mit Enkopresis (98.1)

Strukturelle Störungen: 2

- Irmgard Grauf (2010): Stationäre Behandlung struktureller Störungen mit Gruppentherapie
- Gerda Trinkel (2013): Ambulante PD-Gruppentherapie für Menschen mit strukturellen Störungen

Ad 2.6. Arbeiten zu speziellen Therapie-Themen: 33

2.6.1. Arbeiten zu bestimmten psychischen Phänomenen: 4

- Elke Ehrlinger (2011): Emotionen in der Psychodrama-Therapie
- Martin Krautschneider (2012): Flow in der Psychodrama-Therapie
- Edith Lindtner (2016): Verarbeitung der Trauer bei Kindern im Vorschulalter beim Verlust eines Geschwisterkindes
- Maria Heider (2016): Bearbeitung von Schamgefühlen in der PD-Therapie

2.6.2. Arbeiten zu Rollenentwicklung/Persönlichkeitsreifung: 6

- Elisabeth Zahrl-Weis (2012): Die Bedeutung der Entwicklung des Als-ob und der Spielfähigkeit im Kinder-Monodrama
- Cornelia Kührtreiber (2012): Rollenentwicklung in einer Kinder-Psychodramagruppe
- Michael Stuller (2016): Entwicklung des szenischen Gestaltens (bei Erwachsenen)
- Anja Wagner (2016): Strukturelle Persönlichkeitsentwicklung und soziale Atome bei jugendlichen Mädchen (Tagesklinik)
- Christiana Schaschl (2017): Förderung der Fähigkeit zum Perspektivenwechsel bei Menschen mit strukturellen Defiziten (Monodrama)
- Dieter Wagner (2018): Vom „Mir-Gefühl“ zum „Wir-Gefühl“. Jugendliche einer psychodramapsychotherapeutischen Jugendgruppe und ihre Identitätsentwicklung

2.6.3. Arbeiten zu Beziehungsfähigkeit / Beziehungsgestaltung: 4

- Reinhilde Reinthaler (2011): Konstrukt des „Helfer-Syndroms“
- Erika Brandstetter (2013): Liebe-Bindung-Partnerschaft
- Verena Dudde (2016): Bindung an Peers/Freundschaften im Jugendalter
- Silke Keckeis (2017): Co-Abhängigkeit (Diagnostik)

2.6.4. Arbeiten zu (primären) familiären Beziehungen / familiären Themen: 1

- Nadine Wickert: Bearbeitung von Vaterthemen im Monodrama

2.6.5. Arbeiten zu sozialer Zugehörigkeit/Integration: 3

- Susanne Blachowsky (2010): Weg aus der sozialen Isolation im Rahmen eines PD-Gruppentherapieangebotes für Eltern hörbehinderter Kinder.
- Daniela Trattnigg (2011): Bewältigung von Einsamkeit in der Psychodramatherapie
- Monika Mürzl (2013): Integration von Migrant*innen-Kinder in Kinder-PD-Gruppe

2.6.6. Arbeiten zu Stress/ Belastung/Überlastung: 3

- Hannes Goditsch (2007): Auswirkungen von - in der Kindheit erlebter - Überforderung durch die Eltern auf das Wohlbefinden im Erwachsenenalter.
- Irmgard Ressler (2009): Wirksamkeit von PDTH bei Burnout-Problematik.
- Sonja Frank (2014): Auswirkungen von Burnout auf das soziale Atom

2.6.7. Arbeiten zu Trauma/Traumaverarbeitung: 8

- Monika Wicher (2007): Gruppentherapiekonzept für traumatisierte Kinder.
- Susanne Neuretter-Penn (2016): Gruppenkohäsion in der stationären Therapie traumatisierter Patientinnen
- Hilde Gött (2012): Soziodramatische Begegnungsgruppen Angehöriger von NS-TäterInnen und –Opfer
- Silvia Jelinek: Begegnungsgruppe von „deutsch-“ und slowenisch-sprachigen KärntnerInnen
- Hildegard Knapp (2011): Geschlechtsspezifischen Verarbeitungsweisen von traumatischen Ereignissen im Erwachsenenalter
- Karin Leitgeb (2013): Psychodramagruppe von Frauen mit Gewalterfahrungen.
- Angelika Eisterer (2016): Trennungsbegleitung von Frauen aus Gewaltbeziehungen
- Christine Ebner-Ehrenreich (2017): strukturbezogene, entwicklungsfördernde Interventionen in der stationären PD-GT mit komplex traumatisierten Menschen

2.6.8. Arbeiten zu körperlichen Erkrankungen und Einschränkungen: 3

- Markus Bräuer (2015): Überlegungen für ein barrierefreies PD für Menschen mit Behinderung
- Barbara Schabata (2015): PD-Nachbetreuungsgruppe bei Brustkrebs
- Carina Wöran (2016): PD-TH bei Adipositas

2.6.9. Arbeiten zu Sexualität: 1

- Clemens Hammer (2016): Arbeit mit sexueller Rolle in Monodrama

III. KATEGORISIERUNG DER MASTERTHESEN NACH FORSCHUNGSDESIGNS UND –METHODEN

Masterthesen gesamt	124	100%		
Literatur-Arbeiten	8	6,5%		
Empirische Arbeiten	34	27,5%	quantitativ	4
			qualitativ	23
			Mixed Method	7
Praxisberichte	82	66%	prozessgeleitet	20
			themengeleitet	62

1. Literatur- oder Theoriarbeiten: 8

Analog zum Verhältnis beim thematischen Schwerpunkt (Theorie vs. Praxisbezug), stellen reine Theorie-bzw. Literatur-Arbeiten eine Minderheit dar. Nur die Arbeiten von Canazei, Schönherr, Bulian, Franke, Langer, Reinthaler, Riepl und Stelzig wurden als Theorie- bzw. Literaturarbeiten verfasst. Bei allen anderen Arbeiten, bei denen praxisorientierte Themen beforscht werden, wurden Forschungsdesigns gewählt, mit welchen die reale therapeutische Praxis beforscht wird:

2. Empirische Arbeiten: 34

2.1. quantitative Designs: 4

2.1.1. Evaluationsstudien: 3

Die Arbeiten von Grauf (stationäre PD-GT bei strukturellen Störungen, Trinkel (ambulante PD-GT bei strukturellen Störungen), und Schabata (PD-Nachbetreuungsgruppe bei Brustkrebs) beruhen auf der Evaluation der erwähnten PD-Therapiegruppe mithilfe von quantifizierenden Untersuchungsmethoden (Tests, Selbstbeurteilungsskalen).

Vergleichsstudien: 1

Die Arbeit von Hupmann besteht in einer Vergleichsstudie von 2 verschiedenen Psychodrama-Gruppen zum Thema Sharing.

2.2. qualitative Designs: 23

2.2.1. Dokumentenanalysen: 1

Die Arbeit von Fellöcker beruht auf der Analyse eines suchtpräventiven Theaterstücks für Volksschulkinder mittels qualitativer Inhaltsanalyse.

2.2.2. Einzelfallanalysen: 5

Die Arbeiten von Bachler-Klein (kindliche Zwangsstörungen), Karlhuber (Stimmenhören), Amann (Spiegeln), Tornow (Burnout-Biografien) und D. Wagner (Identitätsentwicklung Jugendlicher in der PDGR) stellen Einzelfallanalysen zu den angeführten Themen dar. Karlhuber, Amann und Tornow verwenden als Erhebungsmethode Interviews und die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring zur Auswertung, Wagner ein Gruppeninterview und die hermeneutische Sequenzanalyse als Auswertungsmethode.

2.2.3. Feldforschung: 13

Nachfolgende genannte Masterthesen beforschen die angegebenen Praxis-Themen im Rahmen von Feldforschungs-Designs. Es werden unterschiedliche qualitative Erhebungs- und Auswertungsverfahren verwendet:

- Gabriele Kastner (2011): therapeutische Unterstützung früh und komplex traumatisierter Frauen (mit dissoziativer Identitätsstörung) - Grounded Theory
- Tamara Mundt-Smejda (2015): Anwendungsspezifisch. Faktoren bei inter-/transkultureller Differenzen in psychodrama-therapeutischen Settings - Expertinnen Interviews
- Karin Goger (2016): Möglichkeiten der Regiegestaltung (d. Leitung) im Bieten von Wahlmöglichkeiten (für den/die ProtagonistIn) in stationären Psychodramagruppen – theoretische Interpretation
- Bernd Kühbauer (2016): Somatische Erwärmung beim Anti-Gewalt-Training junger Männer im Zwangskontext – Beobachtung & Gruppendiskussion & Experteninterview
- Maria Heider (2017): Auftreten und Bearbeiten von Scham in der PD-Therapie (Interview, Inhaltsanalyse)
- Angelika Wagner (2017): Zur Bedeutung und Wirkung des Perspektivenwechsels in der Mediation (ExpertInnen-Interviews)
- Christina Hölzl & Isabella Klausegger (2017): Arbeit mit dem realen sozialen Atom in der therapeutisch aufsuchenden Familienarbeit (TAF), Interviews, Inhaltsanalyse
- Eva Weigl (2017): Beziehungsgestaltung mit sexuell traumatisierten Frauen im Monodrama (Problemzentriertes Interview, Inhaltsanalyse)
- Silvia Jelinek: Begegnungsgruppe slowenischer und „deutscher“ Kärntner (Gesprächsbeiträge, qualitative Inhaltsanalyse)
- Susanne Neuretter-Penn (2016): Wirkfaktor Gruppenkohäsion in der GTH von traumatisierten PatientInnen im stationären Kontext (Stuttgarter Bogen, Qualitative Inhaltsanalyse)
- Christian Beer (2017)): Psychodramaspezifische therapeutische Grundhaltung (Interviews mit LehrtherapeutInnen, Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring)

- Julia Ortner (2017): PD-Therapie bei dissozialer PS (ExpertInnen-Interviews, Typologisierende Analyse)
- Maria Helbich (2017): Gender in der PD-Praxis (Interviews mit LehrtherapeutInnen, qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring)

2.2.4. Qualitative Evaluationsstudien: 3

Die Arbeiten von Ressler (PD-ETH bei Burnout), Ehrlinger (Psychodrama-Techniken in GT und Emotionen) und Etlinger (Gruppentherapie bei Bulimie) beruhen auf qualitativer Evaluation mithilfe von Therapieberichten (Ressler), Gruppentherapie-Protokollen (Ehrlinger) oder Interviews (Etlinger). Bei Ressler und Etlinger wurden die erhaltenen Daten mithilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

2.2.5. Qualitative Vergleichsstudien: 1

Krautschneider vergleicht das Flow-Erleben bei PD-TH mit und ohne begleitendem Yogatraining. Er verwendet teilstrukturierte Interviews und die Grounded Theory.

2.3. Mixed Method Designs: 7

Dokumentenanalyse: 1

Sageders Arbeit (über die Rolle der Väter in Behandlungen männlicher Patienten bei Moreno) beruht auf der quantitativen und qualitativen Auswertung von Fallprotokollen von Moreno mittels Inhaltsanalyse.

Feldforschung: 2

Die Feldstudien von Lechner (Einbeziehung von Eltern in den Therapieprozess ihrer Kinder) und Grissenberger (Auswirkungen der Gestaltung sozialer Beziehungen in der Alkoholtherapie) beforschen das jeweilige Feld mithilfe von quantifizierenden und qualitativen Erhebungsmethoden: Befragung der Eltern mit Fragebögen und quantitative + qualitative Auswertung (Lechner), Vergleich (quantitativ und qualitativ) von zu 4 Zeitpunkten hergestellter sozialer Atome (Grissenberger).

Evaluationstudien: 4

Kühtreiber, Pfohl und Starzer-Eidenberger unterziehen PD-Gruppenprozesse einer Mixed-Method-Evaluation: Kühtreiber evaluiert die Rollenentwicklung der Kinder einer Kindergruppe mittels quantitativer Beobachtungsdaten aus den Gruppentherapiesitzungen und Interviewprotokolle mit den Eltern, welche frei qualitativ ausgewertet werden. Pfohl evaluiert eine Sozialkompetenzgruppe adoleszenter Asperger-PatientInnen mittels FEEL Test (quantitativ), Leitfadenterviews mit den Teilnehmern und

Beobachtungen aus dem Gruppenprozess als qualitative Daten. Starzer-Eidenberger evaluiert eine psychodramatische Raucherentwöhnungsgruppe mit diversen quantitativen Erhebungsinstrumenten und qualitativen Daten zum Therapieprozess (HAT, Therapietagesbuch).

Zauner (2010) evaluiert die PD-ETH mit einem depressiven Jugendlichen mithilfe von psychometrischen Daten der klinisch-psychologische Diagnostik (quantitativ) und Beobachtungsprotokollen, visuellem Therapiematerial und einem Experteninterview (qualitativ).

3. Theorieverschränkte Praxisberichte: 82

Mehr als 2 Drittel aller Masterthesen (82) wurden nach dem Design eines so genannten „theorieverschränkten Praxisberichts“ verfasst. Dieses von der DUK bis Ende 2017 speziell für Praxisforschung in Form von Masterthesen angebotene Design gab es in zwei Varianten: prozessgeleitet oder themengeleitet. In beiden Varianten wird themenrelevante Theorie und eigene Praxis miteinander verschränkt dargestellt.

3.1. Prozessgeleitete theorieverschränkte Praxisberichte: 20

Bei einem prozessgeleiteten theorieverschränkten Praxisbericht wird ein „Fall“ in seinem Prozess anhand relevanter Themen theoretisch reflektiert. Je nachdem, was der Fall ist, lassen sich folgende Untergruppen an Masterthesen unterscheiden:

a) Untersuchung der Entwicklung einer/s Maßnahme/Angebotes: 1

Spitzer-Prochazka reflektiert ihre Vorgangsweise bei der Entwicklung eines pd-therapeutischen Online-Angebotes mit Psychodrama-Theorie.

b) Untersuchung eines Einzeltherapie-Prozesses: 11

Folgende Arbeiten beruhen auf der theoretischen Reflexion von Einzeltherapie-Prozessen: Hochgerner (1 strukturell beeinträchtigter Bub mit instabilen Beziehungen), Amon (1 erwachsene Klientin mit somatoformen Störungen), Bader (1 soziallängstliches Mädchen), Bauer (1 Klientin im Rahmen beruflicher Rehabilitation), Zahl-Weis (1 „früh gestörtes“ Vorschulkind), Frank (1 Patientin mit Burnout), Stuller (1 Patientin mit Alexithymie), Wöran (1 Patientin mit psychogener Adipositas), Lindtner (1 Kind in therapeut. Trauerbearbeitung), Jernej (1 Kind mit Asperger-Syndrom) und Legl-Bruckdorf (1 Kind mit Enkopresis)

c) Untersuchung von sozialen Atomen: 1

Stollewerk reflektiert ihre PD-TH mit einem Kind und seinem sozialen Atom.

d) Untersuchung eines Paar-Prozesses: 1

Hofer stellt eine psychodramatische Sexual-(Paar-)Therapie bei Vaginismus dar.

e) Untersuchung eines Gruppentherapie-Prozesses: 6

Ihre Vorgangsweise in PD-Gruppenprozessen reflektieren Wicher (PD-GT für traumatisierte Kinder im heilpädagogischen Setting), Blachowsky (Eltern- bzw. Mütter-Gruppe hörbehinderter Kinder), Gött (NS-Opfer- und Täter-Begegnungsgruppe), Leitgeb (Empowerment-Gruppe für Frauen mit Gewalterfahrungen), Klimt (Präventions-Workshop gegen sexuelle Gewalt an Kindern) und Hannah Hofer (Frauenspezifische PD-Therapie-Gruppe)

3.2. Themengeleitete theorieverschränkte Praxisberichte: 62

Bei dieser Form eines theorieverschränkten Praxisberichts wird ein bestimmtes Thema theoretisch beleuchtet und anhand von Praxisdarstellungen mehrerer Fälle illustriert. Mehr als die Hälfte aller Masterthesen (62) sind nach dem Design „themengeleiteter theorieverschränkter Praxisbericht“ abgefasst:

- Ursula Apolloner (2010): Unterstützung des Abschieds von Jugendlichen aus der Psychiatrie
- Gabriele Atzmüller (2016): Psychodramatische Interventionen zur Förderung des Selbstempfindens bei paranoid schizophrenen Patienten
- Regina Beer (2013): Rollenerweiterung in der Mädchengruppe
- Gabriele Biegler-Vitek (2011): die Behandlung von Mutismus
- Christa Brach (2017): Bedeutung des Doppeln in der PD-Therapie mit Kindern und ihren Eltern
- Erika Brandstetter (2013): Liebe, Bindung und Partnerschaft
- Markus Bräuer (2015): Überlegungen f. barrierefreies PD für Menschen mit Behinderung
- Eva Breuß-Burtscher (2014): Nachschulung alkoholanhängiger LenkerInnen
- Katharina Chalupsky (2012): Flugangst
- Verena Dudde (2016). Bindung an Peers/Freundschaft im Jugendalter
- Christine Ebner-Ehrenreich (2017): Entwicklungsfördernde Interventionen in der PD-GT von Komplextraumatisierten
- Angelika Eisterer (2016): Trennungsbegleitung für Frauen in e. Gewaltbeziehung

- Daniela Feichtenschlager (2015): Emotions-, Spannungs- und Selbstwertregulation bei Binge Eating Disorder
- Gabriele Fercher (2012): das Spannungsfeld Doppelrolle Lehrerin und Psychotherapeutin
- Sabine Feuerstein (2009): die therapeutische Betreuung von Eltern auf einer pädiatrischen Intensivstation
- Martin Geiger (2012): der Einbezug von Musik
- Hannes Goditsch (2007): Überforderung in der Kindheit
- Karl Grimmer (2007): Psychodramatherapie bei Angststörungen
- Elisabeth Grosinger-Spiss (2013): Rollenerweiterung von Vorschulkindern
- Angelika Hagenbichler (2013): Einbezug von Musizieren in die PD-TH
- Barbara Haid (2014): Gruppeninterventionen bei bulimischen Patientinnen
- Clemens Hammer (2016): Arbeit mit der sexueller Rolle im Monodrama
- Karl-Ernst Heidegger (2011): Frage der Beziehungsgestaltung auf der Spielbühne
- Sonja Hintermeier (2008): Entwicklungsfördernde Interventionen in der Borderline-PD-Einzel-TH
- Elisabeth Hochleitner (2015): Lebenslinienarbeit bei psychiatrischer Kurzzeittherapie
- Hannelore Houdek (2011): Operations-Vorbereitung von Kindern
- Zeljka Kamhi-Rath (2016): Szenenaufbau in der ET von Kindern mit Asperger
- Robert Kasper (2013): die Technik der Zukunftsprojektion
- Therese Kasper (2013): die Technik der Handlungsliste
- Silke Christiane Keckeis (2017): PD-Diagnostik bei Co-Abhängigkeit
- Sabine Kern (2008): PD- Behandlungsansatz bei Anorexie und Bulimie
- Hildegard Knapp (2011): geschlechtsspezifische Verarbeitungsweisen traumatischer Erlebnisse
- Karin Kölbl-Fischer (2011): PD- Paartherapie und Konflikt- und Krisenbewältigung
- Stefanie Kössler (2017): Emotionsregulation und Bindungserfahrungen von Frauen mit Anorexie
- Veronika Krauskopf (2017): Ressourcenaktivierendes Vorgehen in der ET bei Panikstörung
- Helmut Kronberger (2014): Einfluss stationäres Behandlungssetting auf Therapieprozess
- Juliane Kund (2015): Einsatz von Intermediärobjekten in der Therapie von Schizophrenie
- Isabella Lenz (2013): der Einbezug körpertherapeutischer Techniken
- Lisbeth Mayerhofer (2014): Verknüpfung von Psychodrama und Neurobiologie

- David Mayrhofer & Maria Ketscher (2016): Ambulante Gruppentherapie bei Substanzabhängigkeit mit struktureller Störung.
- Cai Mosich (2015): innere Bühne als strukturdiagnostisches Instrument
- Monika Mürzl (2013): Gruppenarbeit mit Kinder mit Migrations-Thematik
- Andrea Nindler (2013): Trauerbegleitung in der Schule
- Doris Nowak-Schuh (2013): Narzissmus
- Barbara Pfaffenwimmer (2011): Bibliodrama
- Christine Pichlhöfer (2010): abhängige PS und Coabhängigkeit
- Alexandra Pözl (2015): histrionische PS und Persönlichkeitszüge
- Hildegard Pruckner (2006): psychodramatische Kinder-Psychotherapie
- Birgit Rotter (2012): Gruppentherapie bei Altersdemenz
- Eva Sakrauský (2013): Psychodrama-Gruppe für aggressive Kinder
- Kristin Scharfetter (2013): stationäre Gruppentherapie
- Christiana Schaschl (2017): Förderung Fähigkeit Perspektivenwechsel bei strukturellen Defiziten
- Maria Schatovich-Kiss (2009): ADHS-Kinder in der Gruppentherapie
- Nicole Schlager (2016): Stationäre Therapie bei Depressionserkrankungen
- Elisabeth Schöpfer (2013): Stegreiftheater mit langzeithospitalisierten PatientInnen
- Barbara Schorn (2012): PD GT bei sozialängstlichen Kindern und Jugendlichen
- Daniela Trattnigg (2011): die Überwindung von Einsamkeit
- Anja Wagner (2016): Zusammenhang Veränderungen im sozialen Atom und strukturelle Persönlichkeitsentwicklung bei jugendlichen Mädchen
- Eva Wanderer (2014): Gegenüberstellung und Verknüpfung OPD2 und PD
- Silvia Weigl (2014): die Verwendung des sozialen Atoms in untersch. Phasen des Therapieprozesses.
- Nadine Wickert (2016): Vaterthemen in der Monodramatherapie
- Patrizia Zauner (2016): Gestaltung und Einsatz von Intraintermediärobjekte im Monodrama bei Kindern und Jugendlichen

IV. HÄUFIGKEITSVERTEILUNGEN IN BEZUG AUF PERSONENGRUPPEN/SETTINGS

1. Verteilung nach Altersgruppen der beforschten Personengruppen:

Immerhin mehr als ein Viertel aller Masterthesen beforscht Psychodrama-Therapie mit Kindern oder Jugendlichen:

Empirische Arbeiten und Praxisberichte	117	100%		
Kinder / Jugendliche	31	26%	Kinder	26
			Jugendliche	5
Erwachsene	84	72%	Erwachsene	83
			Hochbetagte	1
Kinder und Erwachsene (z.B. Familien)	2	2%		

2. Verteilung nach Geschlecht:

In zunehmendem AusmaÙe werden auch genderbezogene Fragestellungen beforscht bzw. die Untersuchungspersonen genderspezifisch beforscht:

Empirische Arbeiten und Praxisberichte	117	100%		
AusschlieÙlich Mäddchen/Frauen	31	26%	genderspezifisch	8
AusschlieÙlich Burschen/Männer	12	10%	genderspezifisch	5
Beide Geschlechter	74	64%	genderspezifisch	3

3. Verteilung der untersuchten Therapie-Settings:

Bei 11 Masterthesen waren die Untersuchungssettings nicht therapeutische, sondern klassische Forschungssettings: Bei den restlichen 106 der 117 praxisbezogenen Masterthesen waren die Forschungssettings therapeutische Settings. Am häufigsten wurden das psychodramatische Einzelsetting (Monodrama) beforscht, knapp gefolgt von Psychodrama-Therapiegruppen:

Therapeutische Untersuchungs-Settings	106	100%		
Einzelsetting	47		Kinder / Jugendliche	11
			Erwachsene	36
Paarsetting	2		Erwachsene	2
Soziales Atom	3		Kinder + Erwachsene	3

Gruppensetting	43		Kinder / Jugendliche	13
			Erwachsene	30
Einzel + Gruppe	11		Kinder / Jugendliche	3
			Erwachsene	8

V. RESÜMEE

Wie wahrscheinlich deutlich geworden ist, ist der in diesen ersten 12 Jahren im Rahmen der Psychodrama-Universitätslehrgänge entstandene Fundus von 124 Psychodrama-Masterthesen durchaus beachtlich. Da Psychodrama-Masterthesen die Anwendung von Psychodramatherapie bei unterschiedlichsten KlientInnen-Gruppen, in unterschiedlichen, teils innovativen Settings und Kontexten beforschen, stellen sie eine wichtige Erweiterung der vorhandenen Psychodrama-Literatur dar, die im aktuellen deutschsprachigen, psychodramatheoretischen Diskurs auch bereits berücksichtigt wird.

Da eine Auflistung aller aktuellen Masterthesen aus Platzgründen nicht möglich ist, wird nur auf den Link verwiesen, unter dem alle hier vorgestellten bisher veröffentlichten Masterthesen-Titel angeführt sind und auch weitere, in Zukunft folgende Titel angeführt sein werden: <http://psychotherapie.pd-austria.at/literatur/masterthesen/>. Alle Masterthesen liegen im Onlinekatalog der Bibliothek der Donauuniversität Krems zum Download vor: https://search-duk.obvsg.at/primo_library/libweb/action/search.do?vid=DUK

Mag.^a Sonja Hintermeier, MSc

Klinische Psychologin und Psychodrama-Lehr-Psychotherapeutin

Ausbildungsleiterin im Fachspezifikum Psychodrama/ÖAGG, Lehrbeauftragte für Literatur und Psychotherapieforschung und Lehrgangsgleiterin an der Donau-Universität Krems

Literatur:

.....
Fischer, Gottfried & Föh, Markus (1998): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Gießen: Psychosozial Verlag.

.....
Hintermeier, Sonja (2011): Qualitative Psychodramaforschung, in: Stadler, Christian & Wieser, Michael (2011): Psychodrama. Empirische Forschung und Wissenschaft, Sonderheft der Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 3 (S. 89-108).

.....
Hintermeier, Sonja (2015): Psychodramaforschung in Form von Masterthesen – ein Überblick über Themen und Methoden der ersten 8 Jahrgänge der Masterthesen der Universitätslehrgänge Psychodrama Psychotherapie des ÖAGG, in Stadler Christian, Wieser Michael, Kirk Kate (2016): Psychodrama, Empirical Research and Science 2. Psychodrama. Empirische Forschung und Wissenschaft 2. Sonderheft 7 der Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie (S. 297-321).

.....
Karloff, Dave J. (2005): Psychotherapieforschung in Österreich. Eine deskriptive Studie zur österreichischen Psychotherapieforschung von 1977 bis 2003. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

.....
Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlag.

.....
Mayring, Philipp (2007): Designs in qualitativ orientierter Forschung. In: Journal für Psychologie, 15 (2).

.....
Stadler, Christian & Wieser, Michael (2011): Psychodrama. Empirische Forschung und Wissenschaft, Sonderheft der Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 3.

.....
Stadler, Christian, Wieser, Michael, Kirk, Kate (2016): Psychodrama, Empirical Research and Science 2. Psychodrama. Empirische Forschung und Wissenschaft 2. Sonderheft 7 der Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie.

Psychotherapeutische Prozessdokumentation in der Lehr- und Forschungsambulanz des ÖAGG

Klaus Schulte

Abstract

Es wird das in der Lehr- und Forschungsambulanz des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) verwendete Dokumentationssystem vorgestellt. Dieses System unterstützt die PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision bei ihrem Einstieg in die psychotherapeutische Praxis.

Schlagwörter

Dokumentationssystem, Dokumentation, Einzelfallforschung, Gruppendokumentation, Prozessdokumentation, Qualitätssicherung

Einleitung

Im Folgenden wird das Dokumentationssystem der psychotherapeutischen Ambulanz des ÖAGG in Wien vorgestellt. Der Österreichische Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik besteht seit 1959 und ist heute die größte Vereinigung von BeraterInnen, TrainerInnen und PsychotherapeutInnen in Österreich.

Im April 2015 gründete der ÖAGG die Psychotherapeutische Ambulanz im 3. Wiener Gemeindebezirk. Erfahrene GruppenpsychotherapeutInnen des ÖAGG bieten im Rahmen eines Vertrages mit der Wiener Gebietskrankenkasse Psychotherapie vorwiegend im Gruppensetting an. Eine weitere Einheit der Ambulanz widmet sich der Lehre und Forschung. PsychotherapeutInnen im ersten Abschnitt ihrer Ausbildung haben hier die Möglichkeit, ein Praktikum zu absolvieren. Bei fortgeschrittener Ausbildung können sie hier ihre psychotherapeutische Praxis beginnen. Die Bezeichnung dieser Ausbildungsphase entsprechend des Österreichischen Psychotherapiegesetzes lautet „Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision“.

Qualitätssicherung

Da die psychotherapeutische Ambulanz Vertragspartner für die PatientInnen ist, muss sie natürlich auch als Institution darauf achten, dass gute Standards eingehalten werden. Zunächst einmal ist sie verantwortlich für die Schaffung eines adäquaten

Umfelds, wie zeitliche und räumliche Settings sowie interne Abläufe und Überweisungen. Über diese organisatorische Unterstützung hinaus bietet die fachliche Leitung Unterstützung und Reflexion in nicht von den internen Regeln erfassten Situationen bis hin zu unmittelbaren Supervisionsgesprächen im Bedarfsfalle. Seit Frühling 2017 lädt sie die PsychotherapeutInnen zu 14-tägigen Fallbesprechungen ein, um die laufenden Therapien zu supervidieren.

Darüber hinaus erfahren die Kolleginnen in Ausbildung unter Supervision eine fachspezifische Supervision im Rahmen ihrer Ausbildung. Hier werden sie auch informiert über die gesetzlichen Vorgaben. So ist die Dokumentationspflicht in den §§16a und 16b des Psychotherapiegesetzes geregelt (PthG BGBl Nr. 361/1990). Hier geht es um die Dokumentation rechtlich relevanter Vorgänge wie Art und Umfang der Behandlung, Honorar, Vernetzungen und Verweise zu anderen Gesundheitsberufen, Informationsweitergabe, Aufbewahrungspflicht der Dokumentation usw. Notizen des Therapeuten zu den unmittelbaren Inhalten der Psychotherapie gelten rechtlich als persönliche Inhalte, deren Vertraulichkeit geschützt ist und die von den Therapeutinnen entsprechend sorgsam verwahrt werden müssen.

Das Dokumentationssystem in der Ambulanz soll die Kolleginnen bei der Verfassung dieser „persönlichen“ Notizen unterstützen. Es nutzt eine Datenbank, wobei jeder Therapeut nur auf die eigenen Daten zugreifen kann. Es verfolgt das Ziel, die Reflexion der Therapeutinnen unter unterschiedlichen Gesichtspunkten anzuregen. Inhaltliche Anregungen gaben uns das KÖDOPS - Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung - (Fischer 2000) und die von der Fachsektion Systemische Familientherapie im ÖAGG verwendete Struktur (ÖAGG Fachsektion Systemische Familientherapie o.J.). Von den anderen Fachspezifika im ÖAGG lag keine schriftliche Struktur vor. Die so entstandene Gliederung des Dokumentationssystems kann man als eine Reihe von Fragen auffassen. Die meisten beziehen sich auf keine bestimmten theoretischen Überlegungen sondern versuchen die therapeutische Situation phänomenologisch abzubilden. Dazu gehören zunächst anamnestische Informationen, der Gesamteindruck der aktuellen Stunde, der Gesprächsverlauf und vom Patienten oder der Therapeutin wahrgenommene Veränderungen. Auch die in der psychotherapeutischen Interaktion wahrgenommenen Reinszenierungen (Übertragung und Gegenübertragung) sind Teil der Situation und können notiert werden.

Nach diesen wahrnehmungsorientierten Fragen folgen Abschnitte der ausgewiesenen Reflexion und Interpretation, aber auch Rückmeldungen der Patientin. Diese Abschnitte lassen sich jederzeit verändern und erweitern je nach Interesse der Akteure.

Eine Druckfunktion ermöglicht es den Kolleginnen, ihre Dokumentation als Unterstützung für die laufenden Supervisionen und auch für die im Rahmen der Ausbildung vorzulegenden 600 Stundenprotokolle zu nutzen. Die Nützlichkeit der Struktur wird fortwährend in 4-wöchentlichen Teambesprechungen aller Psychotherapeutinnen reflektiert.

Ein ganz wesentliches Ziel ist die Praktikabilität des Dokumentationssystems. Der Prozess des Dokumentierens soll nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen und mit hoher Wahrscheinlichkeit Erkenntnisse produzieren, die für die weitere Planung der Therapie hilfreich sind. Dieses Ziel wird sichergestellt durch ein übersichtliches Design mit hoher Usability und durch den monatlichen Austausch über das Dokumentationssystem.

Dokumentation einer Einzeltherapie

Alle Einträge für einen Termin finden sich auf einer Bildschirmseite (Abb.1) Die Einträge im oberen Bereich der Seite bleiben über alle Termine hinweg sichtbar. Es handelt sich um anamnestiche Daten, die erfahrungsgemäß über einen längeren Zeitraum verteilt in einer Therapie auftauchen. Der Therapeut soll die Möglichkeit haben, diese Informationen bei jedem Termin vor Augen zu haben und ergänzen zu können. Aktuell handelt es sich um 9 Felder: „*Eltern/Bezugspersonen*“ – „*Kindheitsentwicklung*“ – „*Symptome*“ – „*Nutzen der Symptome*“ – „*Szenen*“ – „*Traumatisierung*“ – „*Ziele*“ – „*Ressourcen*“ – „*Konflikt*“.

Darunter finden sich 20 Textfelder, die termingebunden sind. Die Therapeutin kann beim Eintragen mithilfe der Tabulatortaste von Feld zu Feld springen. Jedes Textfeld kann bei Bedarf vom Nutzer vergrößert werden. Die Felder sind je nach Thema farblich unterlegt. Die ersten 4 grün unterlegten Felder beziehen sich auf die Therapiestunde aus einer ganzheitlichen Perspektive: „*Grundstimmung der Patientin zu Beginn der Stunde*“ – „*Schlüsselszene der Stunde*“ – „*meine spontane Reaktion auf die Stunde*“ – „*Gab es ein definiertes Ziel oder einen Auftrag für die Stunde? Wenn ja, welches?*“

Es folgt ein grau unterlegtes Feld „*Gesprächsverlauf*“. Hier besteht die Möglichkeit für unstrukturierte Notizen. Die in den spezifischen Textfeldern abgefragten Phänomene können in einen Verlaufszusammenhang gebracht werden.

Vorname: Nachname: ICD10: Anamnesebogen

Testin

Eltern/Bezugspersonen:

Kindheitsentwicklung:

Symptome:

Nutzen der Symptome:

Szenen:

Traumatisierung:

Ziele:

Ressourcen:

Konflikt:

Sitzungsnummer: Einzelsitzung 5

Datum: 26.10.2015

Grundstimmung der Patientin zu Beginn der Stunde:

Schlüsselszene der Stunde:

Interventionen: Beschreibung:

Meine spontane Reaktion auf die Stunde:

Gab es ein definiertes Ziel oder einen Auftrag für diese Stunde? Wenn ja, welches?:

Gesprächsverlauf:

Veränderungen innerhalb der Therapie:

Veränderungen außerhalb der Therapie:

Hypothesen, wodurch die Veränderungen angeregt wurde:

Reaktion des sozialen Umfelds auf die Veränderungen:

Zentrales Problem, an dem heute gearbeitet wurde:

Zentrale Intervention(en), Vereinbarungen, Aufgaben:

Reaktion des Patienten auf die Intervention(en):

Neue Einsichten in lebensgeschichtliche, soziale/politische oder intrapsychische:

Implizites Übertragungsangebot der Patientin – welche Rolle oder Beziehungsfigur fühle ich:

Gegenübertragung – meine innere Reaktion:

Meine Einsichten aus der Therapiestunde – auch selbstkritische:

Meine Erwartungen und Planungen für die nächste Stunde:

Rückmeldungen des Patienten zur Stunde:

Der zentrale Konflikt der Patientin, wie er sich in dieser Stunde darstellte und ihre:

Traumascema, traumakompensatorisches Schema:

Bewertung:

Aktivität (Schulnoten)	
Unterstützung (Schulnoten)	
Selbstoffenbarung (Schulnoten)	
gaff (0-100)	
Symptomstärke/neue Symptome (0-100)	
Ätiologie traumatisch (keine-sehr stark)	
Ätiologie Übersozialisation (keine-sehr stark)	
Ätiologie Untersozialisation (keine-sehr stark)	
Ätiologie biologisch (keine-sehr stark)	
Besucher (x)	
Kläger (x)	
Kunde (x)	
Arbeit an der Beziehung (Schwach-Stark)	
Arbeit am Thema (Schwach-Stark)	

Abb.1

Die folgenden violett unterlegten Felder haben mit Veränderung zu tun: „*Veränderungen innerhalb der Therapie*“ – „*Veränderungen außerhalb der Therapie*“ – „*Hypothesen, wodurch die Veränderungen angeregt wurden*“ – „*Reaktion des sozialen Umfelds auf die Veränderungen*“ – „*Zentrales Problem, an dem heute gearbeitet wurde*“ – „*Zentrale Intervention(en), Vereinbarungen, Aufgaben*“ – „*Reaktion des Patienten auf die Intervention(en)*“

Zwei blau unterlegte Felder behandeln das Beziehungsmuster zwischen Patient und Therapeutin, wie es in der Stunde von letzterer erlebt wurde: „*Implizites Übertragungsangebot der Patientin – in welche Rolle oder Beziehungsfigur fühle ich mich von der Patientin gedrängt*“ – „*Gegenübertragung – meine innere Reaktion*“.

Es folgen drei gelb unterlegte Felder, die sich mit der Bilanz der Stunde beschäftigen: „*Meine Einsichten aus der Therapiestunde – auch selbstkritische*“ – „*Meine Erwartungen und Planungen für die nächste Stunde*“ – „*Rückmeldungen des Patienten zur Stunde*“.

Die letzten beiden Punkte sind theoriegeleitet und fordern zu Interpretationen auf: „*Der zentrale Konflikt der Patientin, wie er sich in dieser Stunde darstellte und ihre Lösungsversuche*“ sowie „*Traumascema, traumakompensatorisches Schema*“. Sie beziehen sich auf Konzepte Gottfried Fischers und können im Augenblick experimentell verwendet werden. In der rechten Spalte neben den Textfeldern gibt es noch unterschiedliche Möglichkeiten, Interventionen ausführlicher zu beschreiben und die Stunde unter verschiedenen Aspekten zu raten. Diese Möglichkeiten sind noch sehr vorläufig und unsystematisch und werden daher hier nicht näher besprochen.

Dokumentation einer Gruppentherapie

In einer Gruppentherapie sind die einzelnen Patienten und die Gruppe in ihrer Dynamik psychotherapeutisch zu begleiten und zu dokumentieren. „*Die Gruppe wird nicht vorrangig als Ansammlung von Individuen betrachtet, sondern als überpersönliche Einheit eigener Art angesehen. Person und Gruppe verändern sich in dem Moment, wo die Person die Gruppe betritt oder verlässt, d.h. die Veränderung irgendeines Elements verändert alle Elemente des Feldes und auch ihrer übersummativen Eigenschaften*“ (Majce-Egger 1999, S.242).

Da jede Person die Gruppe beeinflusst, sind das Denken, Fühlen und Handeln jeder Person in der Gruppe von ihr selbst und allen anderen Gruppenmitgliedern erlebbar, beobachtbar, reflektierbar und veränderbar. Die meisten Leiden, deretwegen Menschen

sich einer Psychotherapie unterziehen, sind in der (familiären) Gruppe entstanden. Die dabei entwickelten Muster wiederholen sich in all unseren sozialen Interaktionen und spiegeln sich entsprechend in der Beziehungsgestaltung innerhalb der Psychotherapie. Deshalb sind in der Gruppentherapie die Betonung auf das Hier und Jetzt und die Klärung des aktuell laufenden Prozesses so wichtig.

In manchen Therapieverfahren wird die Gruppe aber auch als Ressource für die Einzelarbeit genutzt. Die Dokumentation des Gruppenprozesses kann von den betroffenen Therapeutinnen weggelassen und lediglich die Einzeldokumentation genutzt werden. Sie können sich allerdings auch von dieser zusätzlichen Anregung zur Reflexion bereichern lassen Entsprechend dieser Überlegungen ist die Gruppendokumentation ähnlich aufgebaut wie die der Einzelpersonen (Abb.2).

Im oberen Bereich finden sich allerdings keine ätiologischen Informationen, sondern die Namen der Gruppenmitglieder und eine Auswahl der wichtigsten anamnestischen Daten. Darunter finden sich ähnliche Felder wie bei Einzelpersonen. Ein paar wurden weggelassen, die für die Gruppe nicht sinnvoll sind. Es beginnt wieder mit einem Überblick: „*Grundstimmung zu Beginn der Einheit*“ – „*Schlüsselszene*“ – „*Meine spontane Reaktion auf die Einheit*“ – „*Einigte sich die Gruppe auf ein definiertes Ziel? Wenn ja, welches?*“

Es folgt wieder ein freies Feld „Verlauf“, in dem die Einheit in Form einer Erzählung dargestellt werden kann. Steht der folgende lila unterlegte Bereich bei der Einzelperson im Zeichen der Veränderung, wurde für die Gruppendokumentation die Entwicklung der Interaktion zum Thema gemacht. Die Überlegung dazu: die Therapiegruppe hat keinen Veränderungsauftrag an die Psychotherapie, sondern sie dient den Veränderungswünschen ihrer Mitglieder. Um diesen Zweck zu verfolgen, ist die Interaktion in der Gruppe zu beobachten.

Die entsprechenden Felder lauten „*Kontaktaufnahme, wessen Initiative, Kommunikationsstil, Themen...*“ – „*Interesse für andere: von wem geht die Initiative aus, Kommunikationsstil...*“ – „*Selbstoffenbarung: wessen Initiative, Ausmaß des Hier-und-Jetzt-Bezugs*“. Die Dokumentation der Übertragungen und die Reflexion sind identisch mit der Einzeldokumentation.

Hauptformular: Gruppe

Gruppen Name: Beginn der Gruppe:

Therapeutin: geplanter letzter Termin:

Teilnehmer:

Vorname	Nachname	Symptome	Ziele	Ressourcen
testvor	Zur Person			
test				
Test	Zur Person			
Testin				

Datensatz: 1 von 2 | Suchen

Person:

Sitzungsnummer:

Datum:

Grundstimmung zu Beginn der Stunde	Schlüsselszene der Stunde	Anwesend:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	testvor test
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Test Testin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Meine spontane Reaktion auf die Stunde

Eingte sich die Gruppe auf ein definiertes Ziel für die Stunde? Wenn ja, welches?

Verlauf

Kontaktaufnahme: wessen Initiative, Kommunikationsstil, Themen

Interesse für andere: von wem geht die Initiative aus, Kommunikationsstil

Selbstoffenbarung: wessen Initiative, Ausmaß des Hier und jetzt-Bezugs

Welche Fantasien nehme ich gegenüber mir als Therapeutin wahr?

Mit welcher inneren Reaktion und eigenen Fantasien antworte ich unwillkürlich?

Meine Einsichten aus der Therapiestunde – auch selbstkritische

Meine Erwartungen und Planungen für die nächste Stunde

Rückmeldungen der Gruppenmitglieder zur Stunde

Der zentrale Konflikt der Gruppe, wie er sich in der Stunde darstellte und Lösungsversuche

Interventionen

Auf die Gruppe und ihren Prozess bezogen

Auf Individuen bezogen (errechnet)

Bewertung:

Kommunikation (Vernetzung)	
Zuversicht (Schwach-Stark)	
Altruismus (Schwach-Stark)	
Zusammenhalt (Schwach-Stark)	
konfliktlösendes Aufarbeiten (Schwach-St	

Abb.2

In der rechten Spalte werden noch ein paar Schätzwerte festgehalten: in einem %-Satz wird angegeben, in welchem Ausmaß die Interventionen des Therapeuten eher auf die Gruppe oder auf Einzelpersonen bezogen war. Ferner werden bestimmte förderliche Faktoren (Yalom 2007, S.23ff) auf einer 10-stelligen Skala geratet: „Zuversicht“, „Altruismus“, „Zusammenhalt“ und „konfliktlösendes Aufarbeiten von Themen aus der persönlichen Geschichte“.

Methodische Ansätze, nutzbare organisatorische Bedingungen und unterstützende Technik liegen vor. Lassen wir uns überraschen, was die Beteiligten daraus machen können! Als ein Beispiel für mögliche Forschungsprojekte sei Barwinski Fäh(2005) angeführt. Sie demonstriert mit ihrem Vergleich dreier Traumatherapieverläufe, wie qualitative Einzelfallforschung methodisch nachvollziehbar gestaltet werden kann und zu für die Praxis relevanten Erkenntnissen führt. Ein gut strukturiertes Dokumentationsystem kann diese Art von Forschung erleichtern.

Dr. Klaus Schulte

Lehrtherapeut Dynamische Gruppenpsychotherapie, fachliche Leitung der Lehr- und Forschungsambulanz des ÖAGG
office@schulte.co.at

Literatur

.....
Barwinski Fäh, R.: Traumabearbeitung in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen: Einzelfallstudie und Fallvergleich auf der Grundlage psychotraumatologischer Konzepte und Modelle, Asanger 2005, Kröning

.....
Fischer, G.: Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung KÖDOPS, Deutsches Institut für Psychotraumatologie 2000, Köln/Much

.....
Majce-Egger, M.(Hg): Gruppentherapie und Gruppendynamik. Dynamische Gruppenpsychotherapie: Theoretische Grundlagen, Entwicklungen und Methoden, Facultas 1999

.....
ÖAGG Fachsektion Systemische Familientherapie: internes Manual zur Dokumentation für Ausbildungskandidatinnen, o.J.

.....
Österreichisches Psychotherapiegesetz PthG BGBl Nr. 361/1990

.....
Yalom, I.: Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch (Leben Lernen 66), Klett-Cotta / J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachflg 2007

Clearing und begleitende katamnestic Erhebungen in der Psychotherapeutischen Ambulanz des ÖAGG

Klaus Schulte

Abstract

Im Folgenden wird das in der Psychotherapeutischen Ambulanz (pta) des ÖAGG seit November 2017 verwendete teilhabeorientierte Clearingsystem zur Unterstützung der Psychotherapieplanung vorgestellt. Es wird ab Mitte des Jahres 2018 durch stichprobenartige katamnestic Erhebungen ergänzt. Ab Ende des Jahres 2018 wird es möglich sein, das Klientel und die therapeutischen Erfolge der PTA mittels deskriptiver Statistik zu darzustellen.

1. Einleitung

In die psychotherapeutische Ambulanz ÖAGG (Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik) kommen Personen, die meist schon länger als ein halbes Jahr unter (häufig nicht nur) psychischen Beeinträchtigungen leiden. Probleme in sozialer und medizinischer Hinsicht können mit dem psychischen Leiden in Verbindung stehen. Psychotherapie ist dann oft eine sehr wichtige Hilfe für den Patienten, um seine Bewältigungsstrategien zu verbessern und so zu einer erhöhten Resilienz und Teilhabefähigkeit zu gelangen.

„Unter Behinderung versteht man heute, dass es durch eine Abweichung körperlicher Funktionen, geistiger Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit, die (höchstwahrscheinlich) länger als sechs Monate dauert, zu Beeinträchtigungen kommt, die die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft behindern.“ (Martius 2014, S. 43)

Unser Kontext ist somit neben der Psychotherapie auch die Rehabilitationswissenschaft mit ihrer Orientierung an der Stärkung der Teilhabefähigkeit des Patienten. Sie orientiert sich dabei an einer Diagnose der Kompetenzen und Fähigkeitsbeeinträchtigungen. Das dazugehörige Diagnosesystem ist der ICF - International Classification of Functioning. Dieses System hat die WHO parallel zum symptomorientierten ICD-10 herausgegeben (vgl Bengel und Koch 2000, in psychotherapeutischer Hinsicht Barwinski 2016, zur Teilhabeorientierung vgl. Martius 2014, S. 43ff und WHO 2001, dt. 2005). Das zugrunde liegende Gesundheitsmodell ist das erweiterte biopsychosoziale Modell,

das im nächsten Abschnitt erläutert wird. Vor diesem Hintergrund verfolgen wir mit dem Clearing in der psychotherapeutischen Ambulanz mehrere Ziele: Zunächst werden grundlegende Daten erhoben, die es der Psychotherapeutin erleichtern sollen, eine Therapieplanung vorzunehmen. Dazu gehört die Beurteilung, ob die Empfehlung für eine soziale Beratung, einen Facharztbesuch, Physiotherapie oder anderes ausgesprochen werden soll. Empfehlungen zur klinisch-psychologischen Diagnostik und Skilltrainings spricht der Psychotherapeut auf Grundlage der Daten aus dem Clearing und der psychotherapeutischen Diagnostik aus. Katamnestiche Daten werden halbjährlich an einer Zufallsstichprobe von 50 Patientinnen erhoben. Sie geben uns Hinweise auf die Effektivität der Psychotherapien und dienen der Selbstüberprüfung der Ambulanz. Das Ambulanzteam steht vor der Aufgabe, die Daten zu interpretieren und Schlüsse für die weitere Arbeit zu ziehen.

2. Biopsychosoziales Modell

In Diagnostik und Therapieplanung stoßen wir auf ein altbekanntes Problem der Psychologie: das Leib-Seele-Problem. In welchem Ausmaß ist eine gegebene Störung psychisch oder biologisch bedingt? Diese Frage konnte bisher nicht gelöst werden. Es existiert allerdings seit 300 Jahren ein alternatives Modell, die Leib-Seele-Identitätstheorie von Spinoza, auf die in der aktuellen Literatur wieder Bezug genommen wird (Egger 2008). Wir sprechen heute vom erweiterten biopsychosozialen Modell. Demnach sind biologische und psychische Phänomene unterschiedliche Wahrnehmungsmodi eines einheitlichen zugrunde liegenden Geschehens. Es kommt auf den Beobachter und auf die betroffene Person an, ob dieses Geschehen in seinen als belastend empfundenen Aspekten eher körperlich, eher psychisch oder als soziales Problem wahrgenommen wird.

„Der zentrale Begriff ist hier die Emergenz, also das Hervorbringen von Phänomenen, die auf der jeweils darunter liegenden Systemebene nicht vorhanden sind und deswegen dort auch nicht als Erklärungsgrundlagen zur Verfügung stehen. Die damit verbundene entscheidende und wichtigste Erkenntnis ist, dass eine noch so genaue Klärung der Bestandteile und ihrer Beziehungen untereinander auf jeweils einer Systemebene keine ausreichende Klärung der Phänomene auf der nächst höheren Ebene der Systemhierarchie erbringt. Oder anders formuliert: Die größten Anstrengungen auf neurologischer oder biochemischer Ebene werden es nicht schaffen, die Erlebens- und Verhaltensphänomene aufzuklären und vice versa - und zwar aus prinzipiellen Gründen, da das jeweils höher liegende System Phänomene produziert, die auf der darunter liegenden Ebene noch gar nicht existieren.“

Ein psychologisches Konstrukt wie etwa 'Selbstunsicherheit' oder 'Feindseligkeit' werden wir auf physiologischer Ebene vergeblich suchen. Was wir dort davon finden, sind vielfältige nervöse, humorale bzw. biochemische Erregungsmuster, die ohne Kenntnis der übergeordneten Funktion in ihrer psychologischen Bedeutung nicht zu verstehen sind. Als eine wichtige Folgerung aus dem biopsychosozialen Krankheitsmodell gilt, dass jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, folgerichtig nicht entweder biologisch oder psychologisch ist, sondern sowohl biologisch als auch psychologisch.“ (Egger 2008, S.5)

3. Anamneseformen

Der Erstkontakt mit der Patientin dient dazu, erste anamnestische Daten in sozialer, biologischer und psychischer Hinsicht zu erheben. Darüber hinaus wird ihre Teilhabefähigkeit eingeschätzt.

3.1. Soziale Anamnese

Neben den üblichen Angaben zur Person werden die soziale und ökonomische Situation sowie die Arbeitssituation erhoben. Es geht z.B. um das persönliche und Haushaltseinkommen, Sorgepflicht für Kinder, Anzahl der Personen im Haushalt und die Verwandtschaftsbeziehungen zu ihnen, aber auch die Größe der Wohnung ist von Interesse.

Zur Arbeitssituation interessiert uns der rechtliche Status: in Arbeit oder nicht, in Ausbildung, Rehab-Status usw.

3.2. Biologische Anamnese

In der psychotherapeutischen Ambulanz geht es uns nicht um eine eigene medizinische Diagnostik. Körperliche Probleme werden aber abgefragt und Befunde erbeten, falls sie vorhanden sind.

3.3 Teilhabeorientierte psychische Anamnese

Die teilhabeorientierte psychische Anamnese gliedert sich in 3 Teile.

Das **psychosoziale Erstinterview** ist nicht strukturiert und soll einen ersten Eindruck in zweierlei Hinsicht vermitteln: das Ausmaß an Reflexionsfähigkeit und eine Einschätzung, ob eine augenscheinliche Traumatisierung vorliegt. Auf dieser Basis wird das psychotherapeutische Erstgespräch an eine Therapeutin vermittelt, die voraussichtlich eine passende Therapiegruppe anbietet. Der Einschätzung der Therapeutin wird durch diese Entscheidung nicht vorgegriffen. Sie entscheidet dann über den weiteren Prozess.

Weiters kommen zwei teilhabeorientierte Kurzfragebögen zur Anwendung, der IMET und der Mini ICF.

IMET - Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe:

Es handelt sich hier um 8 Skalen, die die Patientin selbst einschätzt. Sie umfassen die Themen:

- übliche Aktivitäten des täglichen Lebens
- familiäre und häusliche Verpflichtungen
- Erledigungen außerhalb des Hauses
- tägliche Aufgaben und Verpflichtungen
- Erholung und Freizeit
- Soziale Aktivitäten
- enge persönliche Beziehungen
- Sexualleben

Beim **Mini ICF** handelt es sich um einen Fremdratingfragebogen zur Beurteilung folgender Kompetenzen:

- Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen
- Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Fachliche Kompetenz
- Durchhaltefähigkeit
- Selbstbehauptungsfähigkeit
- Kontaktfähigkeit zu Dritten
- Gruppenfähigkeit
- Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen
- Fähigkeit zu außerberuflichen Aktivitäten
- Fähigkeit zur Selbstversorgung
- Wegefähigkeit

Das gesamte Prozedere für das Clearing dauert ein bis zwei Stunden. Für manche Patienten ist es für einen Termin zu anspruchsvoll. In diesen Fällen werden Folgetermine vergeben. Hiermit sind die Daten beschrieben, die dem Psychotherapeuten schon vor dem Erstgespräch vorliegen. Diese Daten ermöglichen es darüber hinaus der Ambulanz, in Form einer deskriptiven Statistik die Klientel zu beschreiben.

4. *Katamnestiche Fragebögen*

Für eine kleine, zufällig ausgewählte Stichprobe von 50 Patienten werden halbjährlich katamnestiche Daten erhoben, um schon im Verlauf der Therapie Aussagen über den (bisherigen) Erfolg machen zu können. Es werden sowohl die subjektiven Einschätzungen der Patientinnen als auch Daten aus der „Außensicht“ erhoben. Zunächst werden **IMET** und **Mini ICF**, die schon im Abschnitt „teilhabeorientierte psychische Anamnese“ vorgestellt wurden, noch einmal angewandt. Wir erhalten also direkt vergleichbare Daten aus der subjektiven (IMET) und der Außensicht (Mini ICF). Beim **WHODAS** (WHO Disability Assessment Schedule 2.0) handelt es sich um einen etwas ausführlicheren Fragebogen zur Erfassung wesentlicher Aspekte der Teilhabefähigkeiten. Er wird herausgegeben von der WHO und beruht auf den entsprechenden Abschnitten des ICF. Er bildet folgende Aspekte ab:

Cognition – Denken und Kommunikation

Mobility – körperliche Mobilität

Self Care – Selbstfürsorge

Going Along – Beziehungsfähigkeit

Life Activities – alltägliche Aktivitäten

Participation – von anderen verursachte Behinderungen der Teilhabe

Er liegt in einer Interviewer- und Selbstevaluierungsform vor. In der Ambulanz verwenden wir die Selbstevaluierungsform.

Die Kurzfassung des **Therapeutischen Faktoreninventars TFI** gilt als international etabliert. Mader et al (2016) übertrugen den Fragebogen ins Deutsche und validierten in mit einer Stichprobe von 303 Patienten, von denen 110 ambulant und 193 stationär an einer Gruppenpsychotherapie teilnahmen. Mit ihm lassen sich die Ausprägungen der bekannten Wirkfaktoren (Yalom 2007) ermitteln: Hoffnung auf Heilung, Universalität des Leidens, Mitteilung von Informationen, Altruismus, Rekapitulation der Primärfamilie, Techniken des mitmenschlichen Umganges, nachahmendes Verhalten, interpersonales Lernen, Gruppenkohäsion, Katharsis, existenzielle Erfahrungen.

Ein offener **Symptomfragebogen** ermittelt die subjektiv wahrgenommenen Symptome. Die Frage nach **wichtigen Veränderungen in sozialer** (z.B. Arbeitsstatus) **und medizinischer Hinsicht** rundet die Erhebung ab. Diejenigen von den befragten Personen, die nach einem weiteren halben Jahr noch in Therapie sind, werden dann wiederholt befragt. Die Personen, die dann nicht mehr in Therapie sind, werden durch neue Patienten ersetzt.

5. Statistiken

Die Daten aus den Clearings werden seit Anfang November 2017 erhoben. Daher könnten folgende statistische Daten jetzt schon beschrieben werden:

Teilhabe-fähigkeit der Patientinnen

Verteilung der F-Diagnosen

soziale und medizinische Parameter

Zusammenhang der Teilhabefähigkeit mit F-Diagnosen und den sozialen sowie den medizinischen Parametern

Sobald die katamnestischen Befragungen gestartet sind, stehen auch folgende Aspekte zur Verfügung:

Die Veränderung der Kompetenzen im Laufe der Therapie - insgesamt und aufgeschlüsselt nach F-Diagnosen oder weiteren sozialen und medizinischen Parametern

Die Ausprägung der Yalomschen Wirkfaktoren

Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Yalomschen Wirkfaktoren mit der Kompetenzentwicklung

Veränderungen in sozialer und medizinischer Hinsicht im Laufe der Therapie

Die katamnestischen Befragungen und ihre Auswertungen befinden sich derzeit - Ende Januar 2018 - noch in interner Abstimmung und können sich daher noch leicht verändern. Geplant ist, zur Jahresmitte 2018 mit den katamnestischen Erhebungen zu starten. Ende dieses Jahres ist dann eine Darstellung des Klientels in Form der erwähnten deskriptiven Statistiken möglich und zu erwarten.

Dr. Klaus Schulte

Lehrtherapeut Dynamische Gruppenpsychotherapie, fachliche Leitung der Lehr- und Forschungsambulanz des ÖAGG

office@schulte.co.at

Literatur

.....
Barwinski, R.: **Resilienz in der Psychotherapie. Entwicklungsblockaden bei Trauma, Neurosen und frühen Störungen beeinflussen.** Klett-Cotta 2016

.....
Bengel, J., Koch, U.: **Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Theorien, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung.** Springer 2000

.....
Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C. & Raspe, H.: **IMET - Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe. 2007.** Online <https://www.zpid.de/index.php?wahl=products&uwahl=frei&uwahl=testarchiveintro>

.....
Egger, Josef W.: **Das biopsychosoziale Modell in der Praxis - Der lange Weg von der Psychosomatik zur aktuellen biopsychosozialen Medizin.** DGVT Fort- und Weiterbildung 2012

.....
Linden, M., Baron, S.: **Das Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen.** Testzentrale Hogrefe Verlag 2010

.....
Mader, Vogel, Wiesner, Blanck, Bents: **Yaloms Wirkfaktoren in der Gruppentherapie - Übersetzung und Validierung eines Fragebogens.** In: Psychotherapeut August 2016

.....
Martius, Philip: **Psychosomatische Rehabilitation und psychosoziale Medizin.** Kohlheimer 2014

.....
WHO: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. DIMDI 2005

.....
Yalom, Irvin D.: **Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie,** Klett-Cotta 2007

Leibprozesse in der Psychotherapie

Sylvester Walch

Abstract

Durch die Integration von Körperinterventionen in die Psychotherapie können tiefgreifende seelische Heilungsprozesse unterstützt werden. Die körperdynamischen Repräsentationen seelischen Erlebens können auf unterschiedlichen Tiefungsebenen mobilisiert werden. Wer dabei achtsam und phänomenologisch vorgeht, wird mit der Zeit bemerken, wie durch intensive selbstregulatorische Prozesse Gesundheit und Wachstum nachhaltig gefördert werden können. Der Artikel bezieht sich im Sinne einer gendergerechten Sprache gleichermaßen auf Frauen wie Männer.

1. Einleitung

Das Thema Körperarbeit begleitet mich nun seit fast vier Jahrzehnten und hat gleich zu Beginn meiner Laufbahn zu einer entscheidenden Weichenstellung geführt hat. Igor Caruso, dazumal namhafter Vertreter der Psychoanalyse und Lehrstuhlinhaber für Tiefenpsychologie an der Universität Salzburg, fragte mich am Ende meines letzten Rigorosums, das er mir noch kurz vor seinem Tode am Krankenbett abnahm: Herr Kollege, wollen Sie nicht zu uns in den psychoanalytischen Arbeitskreis kommen? Geschmeichelt von dieser Anerkennung, fiel mir die folgende Antwort schwer: „Vielen Dank für die Einladung, aber mir sagen die humanistischen Richtungen mehr zu, weil sie den Körper stärker mit einbeziehen.“ Zudem erlebte ich die damalige Szenerie neu aufkommender Psychotherapien als lebendig, dynamisch und intensiv. Aus diesem großen Spektrum sprach mich die Gestalttherapie am meisten an, weil sie die existenzielle Verschränkung von Körper, Seele und Geist in ihrem ganzheitlichen Therapieansatz besonders betonte. Wie wir wissen, verlaufen seelische Integrationsprozesse nachhaltiger und effektiver, wenn die inneren Themen mithilfe der informationsverarbeitenden Fähigkeiten des Leibes vertieft werden.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Leibinterventionen nur dann ihre heilende Wirkung entfalten können, wenn wir sie behutsam einsetzen und die dabei aktivierten Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen stets im Blick haben. Auch als Vorbeugung gegen die oft benannten Gefahren, dass sie Widerstände brechen,

überfordernde Prozesse anstoßen, zum Agieren verleiten oder inadäquat erotisch stimulieren könnten. Zunächst werde ich auf die Bedeutung verkörperter Selbstwahrnehmung eingehen. Danach skizziere ich mögliche Bereiche von Leibinterventionen und zeige auf, was wir bei ihrer Anwendung zu berücksichtigen haben.

2. Ganzsein und Körperwahrnehmung

Annemarie F., eine dreißigjährige Klientin, die in einem Erziehungsheim aufgewachsen ist, leitete ihre 7. Sitzung missmutig und bedrückt mit folgenden Worten ein: „Ich weiß nicht, was ich wirklich will“, „ich bin unruhig und blockiert“. Nachdem wir ihren Zustand weiter explorierten, fragte ich sie, wie sich das körperlich anfühle. Daraufhin antwortete sie: „Das weiß ich nicht“, „in meinem Körper spüre ich nichts.“ Psychisch kranke Menschen erleben sich häufig von sich selbst und ihrem leiblichen Spürsinn abgeschnitten. Das hat mit dissoziativen Strategien zu tun, in denen leidvoll erlebte psychische Ereignisse dem Kreislauf des Lebendigen entzogen werden. Wenn sich die Seele mit der Verarbeitung von belastenden Erlebnissen überfordert fühlt, reagiert sie mit einfachen Abwehrmechanismen: Sie zerlegt die Erfahrung in Einzelteile und verfrachtet sie an einen inneren Ort, zu dem unser Alltagsbewusstsein gewöhnlich keinen Zugang hat. Die damit verbundenen Körperregionen ziehen sich zusammen, um angstbesetztes Material soweit in Schach zu halten und zu devitalisieren, dass ein notdürftiges inneres Gleichgewicht hergestellt werden kann. Diesen psychosomatischen Vorgang hat bereits Wilhelm Reich (vgl. 1978) mit dem Begriff Panzerung oder Verpanzerung beschrieben. Er versteht darunter die erfahrungsabhängige Entwicklung einer schützenden Hülle von Muskelspannung, die über die Zeit als Reaktion auf Bedrohung gewachsen ist. Diese Kompensation geht jedoch auf Kosten des inneren Empfindungsraumes, denn die Betroffenen spüren sich dadurch immer weniger und erleben ihr Inneres als diffus und unvertraut.

Um die Verpanzerungen aufzulösen, muss die Seele in kleinen Schritten davon überzeugt werden, dass die Gefahr von früher vorüber ist. Dann können verdrängte Gefühle, Szenen, Impulse und Körperreaktionen leichter vergegenwärtigt werden. Nach einigen weiteren Sitzungen mit der oben genannten Patientin, in denen wir vor allem ressourcenorientiert arbeiteten, lockerten sich allmählich ihre Widerstände und sie spürte im Rückenbereich eine starke Anspannung. Plötzlich erinnerte sie sich an eine Szene, wie sie von einer Erzieherin geprügelt wurde. Als würde sich diese furchtbare Situation jetzt gerade ereignen, schmerzte ihr Kreuz und sie zitterte am ganzen Körper. Sie rutschte vom Sessel auf den Boden und krümmte sich zusammen. Ich legte meine Hand auf ihren Rücken und ermutigte sie, alles zuzulassen. Sie weinte und schrie, drückte ihren tiefen Schmerz und ihre ohnmächtige Wut aus. Nach einer Weile beruhigte sie sich und sagte verwundert: „Ich bin ganz warm und entspannt.“

Wenn wir in einer heilsamen Atmosphäre das, was sich in uns zeigt, annehmen können, kann es sich beruhigen und wir werden durchlässiger und weicher. Dissoziierte und deformierte Erlebnisanteile, die sich wie Fremdkörper der Seele anfühlen, finden so wieder Eingang in das eigene Lebensnarrativ. Das heißt nichts anderes, als dass aus einzelnen und unverbundenen Sinneswahrnehmungen und Erinnerungen, wie sie normalerweise fragmentarisch im Traumgedächtnis gespeichert werden, eine zusammenhängende Geschichte entsteht. Dies ist für die Bewältigung schrecklicher Erfahrungen außerordentlich wichtig, weil sie erst dadurch der bewussten Vergangenheit einverleibt werden können. Die durch die Abspaltung gebundene Energie kann dann wieder in den Gesamtorganismus einfließen, Selbstheilungskräfte freisetzen und der natürlichen organismischen Selbstregulation zur Verfügung stehen. Jedes Erlebnis setzt sich aus mindestens vier Komponenten zusammen, die bei einer ganzheitlichen Integration zu berücksichtigen sind, um Heilungsprozesse voranzubringen.



Schaubild 1

Eine körperliche Empfindung ist lokalisierbar und hat eine direkte physische Qualität, wie etwa dort ist es kalt, warm, zitterig, angespannt, flau, es schmerzt, mein Atem ist tief, etc. Wenn wir im therapeutischen Prozess darauf achten, dass die jeweils noch fehlenden Elemente einer Erfahrung bewusst werden, kann sich ihre Gestalt schließen und getrost in den Hintergrund treten. Ein Klient schilderte beispielsweise unter Tränen wie sein Vater in sein Gitterbettchen gespuckt hat. Nun ist es selbstverständlich wichtig, die entsprechenden Inhalte, Bilder und Emotionen sorgfältig zu bearbeiten. Die Erfahrung kann aber erst dann vollständig integriert werden, wenn auch die dazugehörigen Körperempfindungen wachgerufen werden. Deshalb ist es notwendig herauszufinden, welche körperlichen Repräsentanzen das belastende Erlebnis

gegenwärtig aktiviert. Der Klient erlebte ein Brennen im Gesicht und einen Schmerz in der Herzgegend. Nachdem er das mitgeteilt hatte, fühlte er sich etwas leichter.

Sinnlich und körperlich wahrnehmbare Bedeutungsinhalte gibt es zu allem und jedem im therapeutischen Prozess und in unserem Lebenskontext. Indem wir sie achtsam miteinbeziehen, wird der Klient immer intensiver für die verkörperte Selbstwahrnehmung sensibilisiert, wodurch die Gesamtintegrität der Person weiter gefördert wird. Der amerikanische Entwicklungspsychologe und Körpertherapeut Alan Fogel (2013, S.13) hat aufgezeigt, dass die „... neuronalen Nervenbahnen der verkörperten Selbstwahrnehmung direkt mit den Nervenbahnen der Homöostase verbunden sind.“ Für ihn stecken in diesem Befund aufrüttelnde Botschaften (ebd. S. 9-13):

- Verkörperte Selbstwahrnehmung ist für Gesundheit und Überleben genauso fundamental wie atmen und essen.
- Eine erhöhte verkörperte Selbstwahrnehmung geht einher mit einer wacheren Aufmerksamkeit für Symptome und Stresssignale, sowie für ein erholsames Verhalten wie Ruhe und Selbstfürsorge.
- Der Verlust verkörperter Selbstwahrnehmung ist demgegenüber stets mit einer Beeinträchtigung des gesundheitlichen und seelischen Befindens verbunden. Die nur begriffliche Selbstwahrnehmung, die sich sprachlich durch logische Operationen und abstrakt-rationale Erklärungen artikuliert, schneidet uns vom unmittelbaren Erleben der Gegenwart ab (Fogel, 2013, S. 28).

Da verkörperte Selbstwahrnehmung auf Empfinden und Spüren beruht, ist sie konkret und gegenwartsbezogen, spontan und kreativ. Sie unterstützt uns auch im Alltag, Lösungen zu finden, wenn Prozesse ins Stocken geraten sind. Wenn wir beispielsweise vor einer wichtigen Entscheidung stehen, genügt es manchmal, einfach etwas tiefer zu atmen und wahrzunehmen, welche Körpersignale dazu gegenwärtig werden. Das leiblich-endothyme Spüribewusstsein ist ein guter Kompass im Leben. Verkörperte Selbstwahrnehmungsprozesse können unterschiedlich intensiv verlaufen, je nachdem, auf welcher Ebene wir arbeiten und wie tief sich der therapeutische Prozess entfaltet.

3. Ebenen körperzentrierter Interventionen

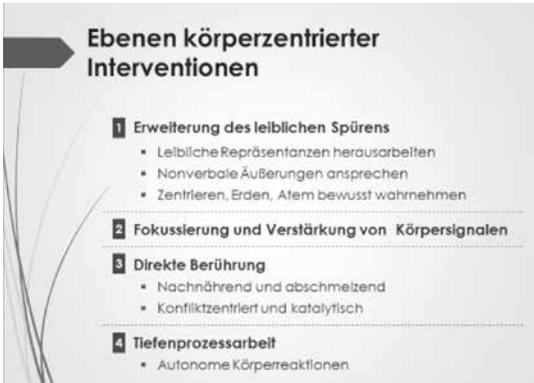


Schaubild 2

Auf Ebene 1 „Erweiterung des leiblichen Spürens“ ergänzen wir die verbalisierten Erlebnisinhalte um das, was jemand dabei körperlich empfindet. Neben allgemeinen Interventionen, wie beispielsweise „Was spüren Sie dabei körperlich?“ oder „Wo nehmen Sie das im Körper wahr“ oder „Wie fühlt sich die Angst körperlich an?“ sprechen wir vor allem sichtbare nonverbale Ausdrucksformen an, wie etwa „Mir fällt auf, dass Sie die Faust ballen“ oder „Bitte nehmen Sie wahr, wie Sie die Augenbrauen zusammenziehen“. Die Inhalte werden dadurch vertieft und bringen neue Bedeutungen hervor. Gleichzeitig werden unbewusste Themen mobilisiert. Interessant ist auch, dass sich körperliche Empfindungen schneller ändern als etwa Kreisgedanken oder emotionale Fixierungen. Wer die leiblich empfundene Seite einer Erfahrung ganz selbstverständlich im therapeutischen Prozess mit berücksichtigt, gewinnt eine enorme Ressource.

Wenn der Klient, im Laufe der Zeit, sich und seine Umwelt differenzierter und tiefer erspüren lernt, wird das Vertrauen, richtig wahrzunehmen und wirksam zu handeln, zunehmen. Die Verfeinerung und Erweiterung des leiblichen Spürbewusstseins ist identitätsbildend und heilsam. Gerade traumatisierte Patienten, deren Leibsphäre häufig von fremden energetischen Anteilen besetzt ist, können davon außerordentlich profitieren. Der missbrauchte Körper, der mir nicht mehr gehört, wird so wieder zum eigenen Leib, in dem ich mich zuhause fühlen darf. In diesem Zusammenhang sind auch Interventionen, sich zu zentrieren und zu erden von großem Nutzen. Die bewusste Einbeziehung des Atems wirkt dabei unterstützend. Beispiele für entsprechende Interventionen könnten sein: „Stehen Sie bitte auf ... suchen Sie sich eine Position, in der

Sie sich sicher fühlen ... dann spüren Sie, wie die Füße fest mit dem Boden verbunden sind ... der Boden trägt sie ... Sie können Ihr Gewicht vollständig dem Boden anvertrauen ... bitte legen Sie die Hände auf den Bauch und atmen ganz bewusst dorthin ... nehmen Sie Ihre Mitte wahr.... Vielleicht spüren Sie auch die Kraft, die Ihnen dort zur Verfügung steht ...“. Wer sicher stehen lernt, sein Zentrum als Kraftquelle erlebt und den Atem frei fließen lassen kann, wird sich auch den Herausforderungen des Lebens im wahrsten Sinne des Wortes besser stellen können. Dadurch kann sich auch ein Gespür für die eigene Grenze entwickeln und man lernt, leichter wahrzunehmen, für wen sie geöffnet ist und wann jemand zurückzuweisen ist. Aber auch sensorische Sensibilisierungen können etwa im Umgang mit depressiven Zuständen wertvolle Dienste leisten. So bin ich in meiner Psychiatriezeit mit einer Klientin in den Wald gegangen und wir haben die Bäume gerochen, die Hände in ein kleines Bächlein getaucht und das feine Prickeln wahrgenommen, und so manches, für die Selbstwahrnehmung förderliches, mehr.

Auf Ebene 2 fokussieren wir den signifikanten leiblichen Ausdruck und verstärken ihn. Ein Klient berichtete mir, dass sein Vater häufig spätnachts betrunken nach Hause kam. Ich bemerkte, dass er, während er davon erzählte, seine Schultern hochzog. Ich intervenierte: „Deine Schultern sehen angespannt aus“, ... „bleibe kurz in dieser Position“, ... dann „spanne dort noch stärker an“ ... „vielleicht gibt es auch einen Ton“,... „spüre, was in Dir passiert“. Plötzlich brach es aus ihm heraus: „Ich habe furchtbare Angst“, „er brüllt nur rum“, „ich sehe meine Mutter im Nachthemd“, „er prügelt wie wild auf sie ein“, „ich ziehe meinen Kopf ein“. Jede Erfahrung hinterlässt Spuren im Leib. Deshalb lohnt es sich, auffällige Körperhaltungen oder Bewegungen aufzugreifen. Dadurch eröffnen sich Zugänge zu den Archiven des Leibes, in denen Verdrängtes darauf wartet, gesehen und verarbeitet zu werden (vgl. Petzold, 1993). Die in den Leib geschriebene Geschichte - Biografie - wird ausgelesen, durchgeföhlt und neu geordnet.

Phänomenologisch betrachtet, meldet sich bedeutsames implizites Material durch die Sprache des Körpers. Wir fokussieren darauf, bleiben dabei und verstärken es, bis sich das Dahinterliegende vollständig zeigen kann. Was zuvor im Dunklen blieb, kann so direkter zutage gefördert werden. Manchmal gerät in solchen Augenblicken der Prozess aber ins Stocken, wenn sich Widerstände dazwischenschieben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Widerstände nicht die Feinde der Behandlung sind, sondern vielmehr die Ängste, etwas zu entdecken, sich auszudrücken oder sich so zu zeigen, wie man wirklich ist. Wir gehen gelassen mit dieser Hemmung um, indem wir dann überbrückend intervenieren, wie etwa: „Was könnte passieren, wenn Du Deine Geföhle zulässt?“ oder „Wodurch würdest Du Dich sicherer fühlen?“ Wenn wir radikal phänomenologisch vorgehen, wird sich stets der nächste Schritt von alleine ergeben.

Nützliche Körperinterventionen sind auch einfache Positionsveränderungen, wenn wir uns etwa nah neben den Klienten setzen, um gemeinsam das traumatische Material zu sichten, uns hinter ihn stellen, um Rückenstärkung zu vermitteln oder ihm gegenüberstellen, um seine neu gewonnenen Kräfte zu testen. Wenn nun beispielsweise ein Klient nach dem Fokussieren beginnt, haltlos zu weinen oder wütend zu reagieren, bekommen direkte Berührungen - auf der Ebene 3 dieses Modells - eine zentrale Bedeutung. Dissoziierte Anteile der Seele können sich erst dann vollständig integrieren, wenn die ihnen gemäße Intensität erlebbar wird. Das ist aber manchmal erst dann möglich, wenn wir uns auch auf Berührungen einlassen. Dabei kann man nach Malcom Brown (1985) zwei Kategorien unterscheiden:

- a) Nachnährende und abschmelzende Interventionen
- b) Katalytische oder konfliktzentrierte Interventionen

In der ersten Form geben wir das, an dem es früher gefehlt hat, an Wärme, Sicherheit und Liebe. Obwohl die freundlich-wertschätzende Atmosphäre in der therapeutischen Beziehung durchaus ein korrigierendes emotionales Klima vermittelt, können darüber hinaus direkte Berührungen außerordentlich wertvoll sein. Als sich jemand schmerzlich daran erinnerte, wie oft er alleingelassen wurde und bibbernd vor Angst in seinem Bettchen lag, habe ich ihn einfach in den Arm genommen und angeregt, vollkommen nachzugeben und loszulassen. Er legte seinen Arm um meinen Bauch und hielt mich ganz fest. Dabei entspannte sich allmählich sein Oberkörper und er schmiegte seinen Kopf sanft an meine Brust. Er begann zu lächeln und sagte: „Ah, wie schön, dass Du da bist, ich höre sogar Dein Herz schlagen“. Gestärkt richtete er sich auf und fühlte sich geborgen und sicher.

Wenn wir uns ganz auf den Leibdialog einlassen und den Klienten ermutigen, alles zuzulassen und weich zu werden, können tief greifende Verletzungen leichter heilen. Chronische Defizite können so, im Sinne von Erholungsregressionen, sehr gut ausgeglichen und neue innere Strukturen wie Urvertrauen und Seinsicherheit aufgebaut werden. Berührungen können aber auch bei diffusen Spannungsfeldern durchaus sinnvoll sein, wenn jemand beispielsweise den Bauchraum als angespannt erlebt und noch nicht fühlen kann, was sich dort zeigen möchte. Dann lege ich manchmal meine Hand einfach auf diese Stelle, um die lokale Blockierung ein wenig abzuschmelzen, und warte zu, bis sich etwas verdichtet. Da das Spannungsfeld durch diese Berührung durchlässiger wird, können sich mögliche implizite Impulse leichter entfalten.

Die Anwendung konfliktzentrierter oder katalytischer Körperinterventionen wird, im Unterschied zu nachnährenden, zu Unrecht häufig infrage gestellt. Welche befreiende Wirkung davon ausgeht, wenn jemand seine mörderische Wut nicht nur mitteilt, sondern auch ausdrückt oder seine belastenden Introjekte im wahrsten Sinne des Wortes ausspuckt, kann nur erahnen, wer es selbst erlebt hat. Lasst mich an dieser Stelle ein persönliches Beispiel einbringen. Mein mittlerweile verstorbener Vater arbeitete als Fernfahrer. Als ich zwölf Jahre alt war, nahm er mich einmal zu einer Tour mit. Ich saß stolz neben ihm. Plötzlich begann er, mich zu beschimpfen: „Warum ziehst Du keine Tracht an? Warum hörst Du immer nur diese blöde amerikanische Musik?“ Ich entgegnete ihm, dass das wohl meine Sache sei, was mir gefalle. Er geriet in Wut und schlug mir mit dem Handrücken auf den Mund. Wenn wir uns vorstellen, was passiert wäre, wenn ich zurückgeschlagen hätte, dann ist es vermutlich verständlich, dass ich zusammengezuckt bin und verstummte. In meiner Eigentherapie tauchte dann genau diese Szene auf. Ich kam zunächst mit dem Schmerz und der Angst in Kontakt. Dann spürte ich eine starke Spannung im Mundbereich und in der Kiefermuskulatur. Der Therapeut legte seine Hand auf diese Körperregion und drückte etwas dagegen. Plötzlich stieg in mir ohnmächtige Wut auf. Ich stieß seine Hand von mir weg. Danach schlug ich mit beiden Fäusten wüst auf eine Matte ein. Der Therapeut umschlang mich von hinten und hielt mich fest. Ich schrie „geh weg“ und befreite mich aus seiner Umklammerung. Einige Wochen nach dieser Arbeit bemerkte ich, dass sich mein Zahnfleischbluten, unter dem ich seit einigen Jahren litt, signifikant besserte und später ganz verschwand.

Fritz Perls (1977, S.58ff) versteht unter Retrofektion, dass wir den Pfeil gegen uns richten, der eigentlich jemandem anderen gebührt. In fast allen psychischen Erkrankungen treffen wir auf solche selbstdestruktiven Energieverschiebungen. In der konfliktzentrierten Leibarbeit helfen wir den Klienten, diese nach innen gerichteten Affekte und nicht ausgedrückten Impulse freizusetzen. Manchmal gelingt das erst, wenn wir auf die muskulären Verpanzerungen drücken und die Spannungsenergie erhöhen, bis sich die chronischen Kontraktionen öffnen.



Schaubild 3

Diese Form von Arbeit kann natürlich zu heftigen Reaktionen führen und einen intensiven Körpereinsatz erforderlich machen. Eine zweite wichtige Form konfliktzentrierter Arbeit ist die Absonderung von Introjekten, also das Auswerfen unverdaulichen Materials. Dabei kann es sich um abwertende Sätze, demütigende Gesten, ungenießbare Bilder oder falsche Identifikationen handeln. Ein Satz wie „Du schaffst es sowieso nie“ wirkt sich nicht nur lähmend auf die Psyche aus, sondern hinterlässt auch körperliche Spuren, wie etwa ein Engegefühl im Brustbereich oder ein flaes Magendrücken. Eine Klientin beschwerte sich über die ständigen Abwertungen ihrer Mutter. „Wenn ich nur daran denke“, sagte sie, „wird mir kotzübel“. Hier zu ermutigen, die Zunge raus zu strecken und tiefe Laute auszustoßen, kann sehr entlastend wirken. Dazu können wir auch auf den Bauch drücken, um dem Klienten zu helfen, wirklich alles auszuspuken. In kathartischer Prozessarbeit ist es wichtig, den körperlichen wie akustischen Ausdruck mit einfachen Interventionen zu intensivieren: „Lauter“, „stärker, kräftiger“, „gib volle Power“, bis nach vollständiger Entladung Entspannung einkehrt:



Schaubild 4

Durch konfliktzentrierte Körperarbeit werden Widerstände überwunden, unterdrückte Impulse befreit, chronische Spannungen gelöst, belastende Introjekte ausgeschieden und die eigene Kraft wieder wahrgenommen. Fraglos kann es in diesen Prozessen zu Reaktionen kommen, die nicht mehr vom Alltagsbewusstsein gesteuert sind. Dann übernimmt der Körper vollständig die Regie und wir kommen in den Bereich autonomer Körperreaktionen oder unserer letzten Ebene, der Tiefenprozessarbeit.

Wenn sich nun das frei werdende Material mit voller Intensität entlädt und in das Bewusstsein strömt, kann es vorkommen, dass der Klient plötzlich hyperventiliert, am ganzen Körper zittert, heftig durchgeschüttelt wird oder unkontrolliert Laute ausstößt.

Die Augen sind dann manchmal leicht verdreht oder zeigen, wie im Traum, Rapid Eye Movements. In diesen besonderen Augenblicken, wenn die Zensur- und Kontrollfunktionen zugunsten der organismischen Selbstregulation in den Hintergrund treten, folgen die Leibprozesse ihrem eigenen inneren Rhythmus, begleitet von spontanen Bewegungen und Tönen. Stanislaw Grof (1993, S.284) rät uns im Umgang mit autonomen Körperreaktionen „...dass wir dem Prozess vertrauen, ihn nicht mit unseren Konzepten behindern und intelligent mit den Selbstheilungskräften kooperieren.“ Wenn wir nach diesem Motto vorgehen, also Ja sagen, zu dem, was von selbst geschieht, wird es zu einer natürlichen Reorganisation kommen, einen wie sich von selbst vollziehenden unfassbaren Übergang von krankmachenden zu heilenden Wirkungsfeldern. Wer mit einem offenen Geist und einem mitfühlendem Herzen radikal dem folgt, was sich als innerer Prozess verkörpert, wird heilsam wirken und gleichzeitig vom Geschehen geführt werden.

Liebevolle, ermutigende und haltgebende Interventionen vermitteln dem Klienten darin die Sicherheit, dass alles mit rechten Dingen zugeht und dass er sich diesem traumlösenden Genesungsraum anvertrauen kann. In einfachen Sätzen, wie etwa: „Lasse es zu“ ... „lasse es einfach geschehen“... „du brauchst gar nichts tun“... „es ist alles OK“ ... “ich bin bei dir“ ... „du kannst mich ganz festhalten“. Manchmal breitet sich, nach solchen tiefen Arbeiten, im therapeutischen Raum eine Atmosphäre andächtiger Stille aus. Wenn wir wahrhaftig anwesend sind und uns auf das einlassen was geschieht, stiften wir Frieden und Heilung.

Selbstverständlich nehme ich auch mögliche Einwände gegen diese Form intensiver Tiefenprozessarbeit ernst. Um sekundäre Gefährdungen zu vermeiden, muss von vornherein klar sein, dass leibzentrierte Interventionen nur in gegenseitigem Einverständnis und respektvoll angewendet werden dürfen. Dabei sollte immer mit einbezogen sein, dass sich der Klient, trotz unterstellter Intersubjektivität, phasenweise unterlegen fühlt und sich manchmal kritiklos an die Vorlieben des Therapeuten anpasst. Wenn nun der Therapeut selbst nach Berührung hungert, sexuell bedürftig ist oder unter dem Einfluss latenter Aggressionen steht, können unauflösbare Verstrickungen entstehen. Wer Körperarbeit durchführt, sollte deshalb grundsätzlich bereit sein, auf direkte Berührung zu verzichten, wenn solche inneren Konflikte die therapeutische Neutralität verstellen. Leibinterventionen, vor allem Berührungen, sind direkter, unmittelbarer, intimer, intensiver und unwiderruflicher als rein verbal-inhaltsbezogene Beeinflussungen.

3.1. Umgang mit Körperinterventionen

Deshalb sollte dem Umgang mit Leibprozessen stets eine „achtsame Haltung“ zugrunde liegen. Das bedeutet, dass wir unserem Klienten gegenüber offen, warmherzig, präsent, akzeptierend, absichtslos und geduldig sind. Nachhaltige Reifungs- und Heilungsprozesse vollziehen sich langsam, detailtief und differenziert. Gurumayi (1994, S. 37), eine geistige Lehrmeisterin unserer Tage, sagt: „Viele Leute möchten in ihrer Entwicklung immer große Sprünge machen. Das ist schon recht, doch bedenke, dass du dabei die Schönheit jedes einzelnen Schrittes übersiehst. Jeder kleine Schritt hat seinen eigenen inneren Plan. Möchtest du ihn nicht kennenlernen? Wenn du achtsam Schritt für Schritt in deiner inneren Entwicklung weitergehst, machst du die Erfahrung, dass du innerlich stärker wirst und dir wird auch bewusst, was du für das große Ziel getan hast.“

Neben dieser behutsamen Vorgehensweise im Rahmen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung gibt es einige spezifische Regeln zu berücksichtigen, die ich hier kurz zusammenfassen möchte. Die zentralste ist, dass der Klient jederzeit Körperinterventionen mit dem Wörtchen „Stop“ unterbrechen kann, wenn sich für ihn etwas als nicht stimmig anfühlt. Das muss schon vorab abgesprochen und später daran erinnert werden. Zu beachten ist dabei auch, dass der Klient sich das manchmal nicht zu sagen traut oder nicht dazu in der Lage ist. Deshalb empfiehlt es sich, die nonverbalen Äußerungen des Klienten auch dahingehend zu überprüfen, ob darin vielleicht ein verstecktes „Nein“ enthalten ist. Wenn etwas nicht passt, ist es wichtig, die Intervention zu unterbrechen, um gemeinsam herauszufinden, was der nächste Schritt sein könnte. Der Klient muss wissen, dass er uns jederzeit korrigieren kann und sicher gehen, dass er uns damit nicht kränkt. Im Zweifelsfall ist stets ein „Weniger“ besser als ein „Mehr“. Wenn wir berühren, ist es außerdem wichtig, dass wir uns langsam annähern und auf eine stabile Position beim Klienten und auch bei uns selbst achten, denn erst dann können sich die Prozesse selbstständig entwickeln und ihre volle Intensität entfalten.

Zudem intervenieren wir radikal phänomenologisch. Wir sind also ganz nahe und gegenwärtig am Geschehen und fokussieren, verstärken, katalysieren nur an den Stellen, die etwas mitteilen. Dort bleiben wir aber solange, bis es sich ganz zeigt und bis es seinen organischen Abschluss gefunden hat. Bedeutsam ist noch, die Klienten darauf vorzubereiten, dass es zu zwischenzeitlichen Labilisierungen kommen kann. Ein kritisches Übergangsstadium durchläuft ein Klient meistens dann, wenn sich alte Muster verabschieden, aber neue und flexiblere Strukturen noch nicht nachgewachsen sind. Nicht selten geschieht es, dass sich dann alte Ängste oder Symptome besonders

intensiv zeigen. In dieser Phase sind Klienten liebevoll zu ermutigen, dabei zu bleiben und dem Prozess zu vertrauen.

Das, was uns jahrelang stabilisiert hat, kann nicht so einfach losgelassen werden. Es sind Fundamente unserer Identität geworden und wenn wir daran rühren, wackelt das ganze Gebäude. Wir müssen durch dieses Stadium beharrlich hindurchgehen. Sri Aurobindo (In: Haich, 1958, S. 71) sagt: „Man muss ausdauernder sein als die Schwierigkeiten, - es gibt keinen anderen Ausweg“.

Gute Bedingungen für Leibprozesse sind:

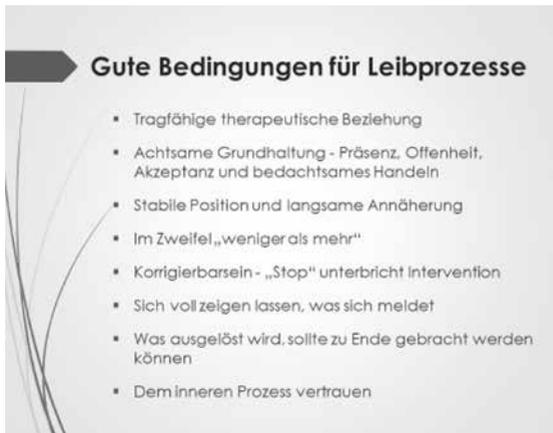


Schaubild 5

Wenn wir in unseren psychotherapeutischen Interventionen die Weisheit des Leibes, die durch unsere Muskelfasern, Bewegungsschemata und inneren Organe wirkt, selbstverständlich miteinbeziehen und sie behutsam intensivieren, werden wir eine stabilere Basis für nachhaltige seelische Heilungsprozesse gewinnen.

Dr. Sylvester Walch

Bachstrasse 3, D-87561 Oberstdorf

Kontakt: Tel.: +49 (0) 83226611 Mail: sylvester@walchnet.de Page: www.walchnet.de

Literatur:

.....
Brown, Malcolm, 1985: Die heilende Berührung. Essen. Synthesis.

.....
Fogel, Alan, 2013: Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie. Stuttgart. Schattauer.

.....
Grof, Stanislav, 1993: Die Welt der Psyche. München. Kösel.

.....
Gurumayi, Chidvilasananda, 1994: Transform your vision into one of wisdom, in: Darshan 82 (1994). South Fallsburg. Syda.

.....
Haich, Elisabeth, 1958: Der Tag mit Yoga. Stuttgart. Fink.

.....
Perls, Fritz, 1976: Grundlagen der Gestalttherapie. München. Pfeiffer.

.....
Petzold, Hilarion, 1993: Integrative Therapie. Bd 1-3. Paderborn. Junfermann.

.....
Reich, Wilhelm, 1978: Charakteranalyse. Frankfurt a. Main. Fischer.

Die Onlinesitzung in der Psychotherapie Chancen und Herausforderungen für das digitale Zeitalter

Kristina Barthofer

Abstract

Dieses Paper beschäftigt sich mit den Auswirkungen der stets fortschreitenden Digitalisierung auf die Entwicklung von psychotherapeutischen Maßnahmen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf den Zusammenhang von unterschiedlichen Altersgruppen, deren Zugang zur digitalen Konnektivität und den rechtlichen Rahmenbedingungen für Online-Beratung in Österreich gelegt. Nach historischer Betrachtung der Telefonseelsorge werden die Chancen der Gestalttherapie mittels Skype näher beleuchtet und es wird ein Zukunftsmodell gezeichnet, bei dem „persönlich in Kontakt sein“ auch über Onlinesitzungen immer mehr an Bedeutung gewinnt.

1. Einleitung

Unsere Leben haben sich durch digitale Konnektivität verändert. Heute vernetzen sich nicht nur Menschen miteinander über das Web, sondern auch „Dinge“ (internet of things). Jeder Mensch wird früher oder später zu einem Experten in der digitalen Welt (Gatterer, Wehnelt & Schibranji, 2011). Bevor wir uns näher mit der Relevanz der Digitalisierung in der Psychotherapie beschäftigen, müssen wir das sich ändernde Sozialverhalten in der Gesellschaft aufgrund der Digitalisierung näher verstehen. Betrachten wir die Entwicklung der Reihe nach und gehen wir zunächst zurück zur Generation X, also jener Bevölkerungskohorte, die zwischen 1965 und 1980 geboren wurde (Solis, 2012) und welche zurzeit noch die Mehrheit der arbeitenden Bevölkerung ausmacht. Die Mehrheit der Entscheidungsträger in unserer Gesellschaft gehört ebenfalls der Generation X oder der davor geborenen Generation der Babyboomer an. Diese vor dem Zeitalter des Internets geborenen Menschen sind noch immer für den Großteil von strategischen Entscheidungen zuständig (Solis, 2012). Erst die Generation Y (Millenials), also jene Bevölkerungsschicht, die zwischen 1980 und 2000 geboren wurde, die dann 2025 mehr als 75 % der arbeitenden Bevölkerung ausmachen wird, wurde praktisch schon mit einem „social profile online“ geboren und hat gleichsam die „Digitalisierung in der DNA“ (Solis, 2012). In ein paar Jahren wird die Generation Y erwachsen sein und die Digitalisierung wird mehr und mehr Aspekte unseres Lebens bestimmen.

In den USA z.B. haben bereits 92 % aller Kinder mit 2 Jahren einen „digital footprint“. Solis (2012) elaboriert weiter, dass der Einfluss der Generation Y kontinuierlich zunimmt. Mehr als die Hälfte der Generation „updates facebook“ im Unterricht, sie arbeiten lieber in Start-ups, vertrauen Fremden mehr als Freunden oder Familie. Die Generation Y verwendet virtuelle Währungen, sie tauscht Meinungen online aus. Eine mehr oder weniger beruhigende Konsequenz für Menschen, die nicht als Generation Y geboren wurde, in dieser Entwicklung ist, dass diese je mehr sie die digitalen Medien benutzen, desto mehr sich auch dem Online-Verhalten der Generation Y annähern und zu dem werden, was als „Generation C“ bekannt ist. Generation C steht für Menschen, die online verbunden sind und einen digitalen Lifestyle begrüßen (Solis, 2012).

Menschen im 21. Jahrhundert leben anders als Menschen im 20. Jahrhundert. Studium, Arbeit und Urlaub bringen es für immer mehr Menschen mit sich, dass sie sich räumlich von ihrer Ursprungsfamilie und ihrem engen sozialen Umfeld entfernen. Das Kontaktbedürfnis hat sich aber nicht geändert. Smartphones, Tablets und viele andere digitale Devices machen die Kommunikation 24h/7 Tage mit Menschen überall auf der Welt möglich. Viele Therapieformen – und bei weitem nicht nur seriöse – haben längst den Weg ins Internet gefunden (Schuster et al., 2017).

Dieses Paper zeigt die Entwicklung psychotherapeutischer Maßnahmen, die nicht im direkten Kontakt stattfinden, von der Telefonseelsorge bis zum Treffen in virtuellen Räumen, die durch die Digitalisierung der Gesellschaft immer evidenter werdenden Chancen der Nutzung der Digitalisierung für die Gestalttherapie und eine kritische Betrachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich.

2. Telefonseelsorge

Obwohl der Begriff „Neue Medien“ heute die internet-basierte Kommunikation bezeichnet, entstand Ende des 19. Jahrhunderts ein revolutionäres neues Medium, das sich rasch weltweit verbreitete: Das Telefon. Der Pfarrer Harry Warren gründete 1895 in New York eine Beratungsstelle via Telefon für Krisenfälle. Das Telefon sollte ein Gesprächsangebot für Suizidgefährdete ermöglichen. Da es aber noch zu wenig Telefone gab, scheiterte dieser Ansatz (vgl. Reisinger, 2011a).

Der nächste Versuch, die Telefonseelsorge für suizidgefährdete Menschen zu etablieren, fand 1953 in London statt. Der anglikanische Pfarrer Chad Varah gab am 2. November dieses Jahres in der „Times“ ein Inserat auf: „Before you commit suicid, ring me up!“ (Rufen sie mich an, bevor sie Selbstmord begehen!). Sein Aufruf erreichte

so viele Gefährdete, dass er den Ansturm nicht mehr alleine bewältigen konnte und mit Unterstützung von zahlreichen Freiwilligen die Organisation „The Samaritans“ gründete (Habenicht, 1994, 56ff.) Varahs Konzeption für die Arbeit am Telefon sah als Ziel das „Befriending“ vor [anfreunden, behilflich sein, unterstützen, Anm. d. Autorin]. Der Samariter wird für kurze Zeit zum Freund des Selbstmordgefährdeten und ermöglicht diesem dadurch neue soziale Kontakte und eine gewisse Umgestaltung seines Lebens. Für Varah ist das Zuhören ohne zu unterbrechen, ohne Ratschläge zu erteilen und ohne religiöse Einflussnahme Grundvoraussetzung für einen Samariter. Eine prinzipielle Offenheit und eine Bereitschaft, auf die Wünsche des Hilfesuchenden einzugehen, unabhängig von Religion und Konfession, stehen im Mittelpunkt seiner Konzeption, welche bis heute weltweit in der Telefonseelsorge fortwirkt (Habenicht, 1994).

Von England aus breitete sich die Telefonseelsorge rasch über Europa aus. 1956 entstand die erste deutsche Niederlassung in Berlin, 1966 die erste Österreichs in Linz. Mit unterschiedlichen Bezeichnungen sind die Länderorganisationen in weiten Teilen Europas vertreten, etwa als „Teléfono de la esperanza“ (Hoffnungstelefon) in Spanien, als „Telefono amico“ (Freundschaftstelefon) in Italien, als „La Main Tendue“ (Die dargebotene Hand) in der Schweiz oder als „SOS Amitié“ (SOS Freundschaft) in Frankreich (Telefonseelsorge, o. J.). Im Jahr 1967 wurde die Dachorganisation IFO-TES für nationale Telefonseelsorgeeinrichtungen gegründet (International Federation of Telephone Emergency Services). „Das mediale Kommunikationsangebot im Zusammenwirken mit Anonymität und Verschwiegenheit ermöglicht dabei die paradoxe Erscheinung „Nähe durch Distanz“, wodurch es Menschen möglich wird, über ihre Probleme zu reden, selbst wenn sie es unter anderen Umständen nicht tun würden“ (Bauer & Kordy, 2008, 90). Dieses Prinzip der „Nähe durch Distanz“ zieht sich wie ein roter Faden durch die vielfältigen Therapieangebote im Internet.

3. Internettelefonie (Vom Radiodoktor zu Skype & Co)

Voice over IP, vulgo Internettelefonie, setzt eine Vision aus dem Jahre 1920 um, die des Radiodoktors. Noch bevor es technisch möglich war, imaginierte man da einen Apparat, der den Doktor ins Haus brachte – und zwar als Stimme und Bild – und der mit dem Patienten auf diese Weise so kommunizieren konnte wie dieser mit ihm, ohne leiblich anwesend zu sein.



Bildquelle: www.magazineart.org/main.php/v/technical/radionews/Radio+News+1924-04.jpg.html

In welchen Fällen hätte das Gerät zum Einsatz kommen können? Nun, vor allem dann, wenn die Distanz zwischen Arzt und Klient schlichtweg unüberbrückbar war. Ein virtueller Hausbesuch hätte Abhilfe in Notfällen geschaffen. Auch in Fällen von Gehbehinderung oder Sozialphobie hätte er hilfreiche Dienste geleistet. Spinnen wir den Gedanken weiter, so liegt ein Einsatz in der Psychotherapie auf der Hand, denn gerade auf diesem Gebiet gibt es jede Menge an Hemmschwellen. Die Scham, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, beispielhaft etwa im Fall eines Pädophilen, die ansonsten eine derartige Hilfe verhindert, kommt hier nicht zum Tragen. Man könnte mit dieser niederschweligen Methode – wie früher im Beichtstuhl – eine Möglichkeit der Behandlung finden. Voice over IP erweitert das psychotherapeutische Angebot. Das Bedürfnis danach bei Betroffenen ist da. Die WHO stellt fest, dass psychische Krankheiten die am stärksten wachsende Volkskrankheit der nächsten 20 Jahre sein werden (WHO, 2012).

Mit Hilfe von Internettelefonie schafft der Therapeut eine periphere Zone, in der er abseits seines Kerngebiets ebenso wirksam sein kann, vor allem für eine Klientel, das er auf andere Weise nicht erreicht. Man denke beispielsweise nur an eine alleinerziehende Mutter, die, um einen Therapeuten aufzusuchen, eine Kinderbetreuung organisieren müsste, und das nicht nur für die Zeit der Therapie, sondern auch für den Anfahrtsweg.

Bei der mangelnden Dichte des Versorgungsnetzes im ländlichen Bereich etwa ist hier mit einem durchschnittlichen Zeitaufwand von mindestens 1,5 Stunden zu rechnen. Die Therapiestunde via Internettelefonie könnte sie hingegen ohne zusätzlichen Finanzaufwand und Zeitverlust bequem von Zuhause in Anspruch nehmen. Es gibt aber auch Menschen, denen sogar der Kontakt mit anderen, den sie sich leisten könnten und wofür sie Zeit hätten, verwehrt ist. Sie leiden an sozialer Phobie. Ihr Krankheitsbild bringt es mit sich, dass sie sich vor dem direkten Kontakt mit Menschen ängstigen. Aus diesem Grund meiden sie nahezu jegliche gesellschaftlichen Zusammenkünfte. Sie könnten durch Therapie über Internettelefonie mit einem Therapeuten in Kontakt kommen, ohne mit ihm „in Berührung“ zu geraten, denn das würde ihre Ängste und Abwehrhaltung manifest werden lassen und eine Behandlung vereiteln. Dasselbe gilt für Betroffene von Zwangsstörungen, wie etwa Infektionsphobie.

Nur 3% der Patienten mit sozialer Phobie begeben sich in eine traditionelle psychotherapeutische Behandlung. (Caspar, 2004). Ähnliche Hindernisse türmen sich vor Menschen auf, deren psychische Krankheit mit beinahe unüberwindlichen Schamgefühlen besetzt ist. Sie trachten danach, ihre Nöte vor ihrer Umwelt und ihrem näheren und ferneren sozialen Umfeld zu verbergen. Sich als Hilfesuchender zu offenbaren, würde unerträgliche Ängste hervorrufen. Pädophile etwa, die zu den geächtetsten Randgruppen der Gesellschaft gehören, würden aus diesem Grund schwerer als alle anderen Klienten den Weg zu einem Therapeuten finden (vgl. Becker, 1997). Die vergleichsweise anonyme Möglichkeit, die die Internettelefonie bietet, könnte ohne unerträgliche Angstgefühle vor einer möglichen Entdeckung in Anspruch genommen werden.

Oder etwas ganz Konkretes aus meiner Praxis: Seit einem Jahr betreue ich einen querschnittgelähmten 17-jährigen Klienten, der im Rollstuhl sitzt und fernab jeglicher Verkehrsverbindungen wohnt. Seine alleinerziehende Mutter ist ganztags berufstätig. Zum Glück für ihn bin ich eine Psychotherapeutin, die auch Hausbesuche anbietet. Nur auf diese Weise ist es ihm möglich, überhaupt eine Therapie in Anspruch nehmen zu können. Zwar ist mein Klient computeraffin – er sitzt täglich 14 Stunden am Gerät – aber diese Fertigkeit nützt ihm in seiner psychischen Not nicht. Auf sein Angebot, die Therapie doch über das Internet weiterzuführen, kann ich nicht eingehen. Eine Therapie über Skype darf in Österreich noch immer nicht angeboten werden. Eine weitere Klientin, die ich seit Jahren betreue, und die mich regelmäßig in meiner Praxis aufsuchte – sie liegt krankheitsbedingt in ihrer Wohnung im ersten Stock ihres Wohnhauses, Lift gibt es in dem Haus keinen – ist nun wegen eines Krankheitsschubs – sie leidet an Multipler Sklerose – nicht mehr in der Lage, in meine Praxis zu kommen. Da ich Hausbesuche anbiete, hat sie dennoch die Möglichkeit, die psychotherapeutische

Behandlung weiterzuführen. Via Skype wäre es für uns beide leichter, denn der Anfahrtsweg ist mehr als beschwerlich. Schon jetzt erreicht also das traditionelle, rein leiblich definierte Setting, nicht alle Hilfesuchenden. Darüber hinaus verwehrt der herkömmliche Zugang zu Therapieangeboten allein aufgrund mangelnder Anonymität schon bei weniger gravierenden seelischen Nöten den Gang zum Psychotherapeuten. Skype bietet sich selbst in diesen Fällen an, nämlich als „Türöffner“. „Netzbasierende Informations- und Kontaktangebote können durch ihre Niederschwelligkeit den Einstieg in traditionelle Settings vorbereiten“ (Suler, 2000).

4. Skype als Werkzeug der Psychotherapie

Das Unternehmen Skype wurde 2003 vom dem Schweden Niklas Zennström und dem Dänen Janus Friis in Luxemburg mit finanzieller Unterstützung der Draper Investment Company gegründet. Das von ihnen bzw. von drei estländischen Programmierern entwickelte Programm ermöglicht kostenlose Videotelefonie von PC zu PC via Internet. Anrufe vom PC in Mobilfunk- oder Festnetze sind zwar kostenpflichtig, aber meist deutlich günstiger, als die von den Netzbetreibern vorgeschriebenen Anschlussgebühren, was sich besonders bei internationalen Telefonaten bemerkbar macht. Die Internetdomains skype.com und skype.net wurden im April 2003 ins Netz gestellt. Bis Anfang Dezember dieses Jahres wurde das Programm über 3,5 Millionen Mal heruntergeladen. Nach einem Jahr waren es bereits 46,8 Millionen Downloads (vgl. Skype, o.J.).

Ende 2009 wurde Skype um 3,1 Mrd. US Dollar an das Internetauktionshaus eBay verkauft und wanderte im Oktober 2011 um 8,5 Mrd. US Dollar zu 100 Prozent an die Softwarefirma Microsoft. Laut Skype-Blog waren am 28. März 2011 erstmals mehr als 30 Millionen Benutzer zugleich „online“, d.h. über Skype erreichbar, im Oktober 2012 waren es rund 45 Millionen. Die Software wurde laut Skype bereits über 600 Millionen Mal heruntergeladen (Skype, o.J.). Wie sehr die Internettelefonie mittels Skype verbreitet ist, kann auch daran abgelesen werden, dass „das“ deutsche Standardnachschlagewerk, der Duden, das Zeitwort „skypen“ seit 2006 als ein konjugierbares Verb (z.B. „ich habe geskyp“t“) auflistet (Duden, o.J.).

5. Gestalttherapie über Skype

5.1. Was Gestalttherapie ausmacht

Gestalttherapie wurde während des zweiten Weltkrieges von Fritz und Laura Perls entwickelt. Beide waren Psychoanalytiker, die aus Nazideutschland zunächst in die Niederlande, anschließend nach Südafrika fliehen mussten, dort ihr erstes Gestaltinstitut

gründeten und schließlich in die USA auswanderten. Einer der drei Säulen dieser von ihnen entwickelten Psychotherapieform ist neben Self-Support (Selbst-Unterstützung) und Commitment (das sich Einlassen) die Awareness, „Bewusstsein im Sinne einer wachen Aufmerksamkeit“, die an sich bereits heilend ist (Perls, F., 1999). Durch Unterstützung und sich Einlassen entsteht also Bewusstsein, das heilt. Um diese wache Aufmerksamkeit zu ermöglichen, ist es notwendig, dass der Klient mit sich selbst in Kontakt ist – und der Therapeut mit sich, um beide in diesem Kontakt zu halten.

„Ich begebe mich auf die Ebene des unmittelbaren persönlichen Kontakts, indem die Subjektivität sowohl der Klienten als auch meine eigene zur entscheidenden Dimension werden“ (Staeemler, 1995). „In der gestalttherapeutischen Literatur wird bei der Darstellung von Kontakt nicht hinreichend deutlich gemacht, dass für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit diese spezielle Art der Beziehung erforderlich ist, wie sie von Buber beschrieben wird. >Ich und Du< ist als eine besondere, wechselseitige, zwischenmenschliche Begegnung die höchst entwickelte Form des Kontakts (Jacobs, 1978). Durch das Medium der Beziehung steigert sich die Awareness, und der Patient kann wieder wachsen“ (Yontef, 1983). Der Kontakt, in diesem Fall einer in der Therapie-situation herbeigeführter, ist also eine grundlegende Methode, um über das Selbstge-wahrsein Heilung zu ermöglichen. Innerhalb des Kontaktprozesses kann es aber zu Störungen und Unterbrechungen kommen. Sie sind neurotische Mechanismen.

Deflektion:

Dieser neurotische Mechanismus ist eine Methode, sich dem direkten Kontakt mit dem anderen Menschen oder dem anstehenden Problem zu entziehen. Es ist eine Art, den aktuellen Kontakt abzuschwächen – etwa, indem man über die Vergangenheit spricht, wo eigentlich die Gegenwart relevant wäre. Mit diesem Ausweichen verhindert der Klient, dass ein therapeutischer Prozess überhaupt in Gang kommt. Das Gefühl, missverstanden zu werden, kann die Deflektion sogar noch verstärken. (Polster, 2003).

Introjektion:

Introjektion ist Schlucken ohne das Aufgenommene wahrzunehmen, auszukosten oder sich damit zu beschäftigen. Der Klient tritt also mit dem, womit er sich auseinandersetzen müsste, gar nicht richtig in Kontakt und das, indem er es sich möglichst rasch einzuverleibt – und zwar ohne Assimilierung. Auf diese Weise lebt der Klient im schlimmsten Fall gegen sich selbst (Polster, 2003).

Projektion:

Die Projektion ist die Umkehrung der Introjektion. Das oder der andere wird überhaupt nicht in seiner Wesensart wahrgenommen, weil in ihn etwas hineingesehen wird. „Der >Projektor< ist ein Mensch, der seine Gefühle und > Aktionen nicht akzeptieren kann, weil er auf diese Art nicht fühlen oder handeln sollte“ (Polster, 2003).

Konfluenz:

Der Klient nimmt keine Grenzen zwischen sich und seiner Umwelt wahr. Er empfindet, als wären beide eins. Weil er die Grenzen zwischen sich und der anderen nicht kennt, kann er keinen guten Kontakt zu ihnen herstellen. Er kann sich aber auch nicht von ihnen zurückziehen. „Ja, er kann noch nicht einmal Kontakt zu sich selbst herstellen“ (Perls, F., 1999).

Retrofektion:

Diese Kontaktstörung kann man als Gegenpol zur Konfluenz sehen. Eigentlich bedeutet das Wort „Sich scharf wenden gegen“. Wenn eine Person im Verhalten retroflektiert, zieht sie im Gegensatz zu jemandem, der konfluent agiert, eine scharfe Grenze. Sie richtet die Energie nicht mehr nach außen, sondern nach innen und schottet sich so von jedem dialogischen Kontakt ab. Ausschließlich in jenem Kontakt aber liegt die Möglichkeit zu erhellenden Momenten, die den natürlichen Fluss der Energie ermöglicht. „Der Gestalttherapeut bemüht sich um eine dialogische Beziehung mit seinem Klienten. Er geht davon aus, dass seine Seele am besten heilt, wenn wir einander als gleichwertige Partner begegnen, und wenn sie sich dabei aneinander seelisch berühren. Das, was letztlich heilend wirkt, ist sogar diese Begegnung“ (Blankertz & Doubrova, 2005).

Erst wenn man beim Bemühen um das In-Kontakt-Sein diese Störungen zu umschiffen versteht, stellt sich also Kontakt ein, der wiederum den Bewusstseinszustand herbeiführt, welcher Heilung ermöglicht. Auf welche Weise dieser Kontakt aber entsteht, bleibt offen. Eingeschränkt auf leiblichen Kontakt ist er jedenfalls nicht.

5.2. Grundüberlegungen zu Gestalttherapie via Skype

In der Gestalttherapie gibt es so viele Stile, wie es Therapeuten und Patienten gibt. Ein Therapeut wendet sich selbst in einer und für eine Situation an, mit allen seinen Lebenserfahrungen und professionellen Fähigkeiten, die es assimiliert und integriert hat, in seinen Hintergrund, der seiner und des Patienten gegenwärtiger Bewusstheit Bedeutung verleiht. Er überrascht ständig nicht nur seine Patienten und Gruppen, sondern auch sich selbst. Therapie ist selbst ein innovativer Prozess, in welchem Patienten und Therapeuten sich ständig selbst und einander entdecken und fortwährend ihre Beziehung erfinden (Perls, L., 1999).

Es gibt keine Erweiterungen der Techniken der Gestalttherapie. Gestalttherapie ist selbst eine ständig fortschreitende Erweiterung, in welche mögliche und wünschenswerte Richtung auch immer, mit Mitteln, wie sie gerade zur Verfügung stehen (ebd.). Als Gestalttherapeut hat man also nicht nur die Freiheit, sondern sogar den Auftrag, sich verschiedener Stile zu bedienen, innovativ zu sein und alle Mittel zu nützen, die

einem zu Gebote stehen. All dies zu einem einzigen Zweck, nämlich dem, um im Hier und Jetzt zu arbeiten. Die Prämisse der Gestalttherapie ist nämlich das Hier und Jetzt. „Gestalttherapie geht von dem aus, was hier und jetzt ist“ (Perls, L., 1999).

Ein weiterer Auftrag, den es in der Gestalttherapie zu erfüllen gilt, ist, sie selbst fortlaufend zu erneuern und zu erweitern – in viele mögliche Richtungen und mit vielen Mitteln. „Gestalttherapie ist selbst eine kontinuierlich fortschreitende Erneuerung und Erweiterung in vielen möglichen Richtungen mit vielen Mitteln, wie sie in der Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten in der aktuellen therapeutischen Situation verfügbar sind“. Dazu muss der Therapeut mit seinem Klienten in Kontakt sein. „Kontakt ist die Wahrnehmung und Verarbeitung des anderen, des Verschiedenen, des Neuen, des Fremden. Er ist kein Zustand, in dem man sich befindet oder nicht befindet (das würde mehr den Zuständen der Konfluenz oder Isolierung entsprechen), sondern eine Tätigkeit. Ich mache Kontakt, ich nehme Kontakt auf an der Grenze zwischen mir und dem anderen. Die Grenze ist gleichzeitig der Ort der Berührung und der Trennung. sie ist die Zone der Erregung, des Interesses, der Besorgtheit, der Neugier, oder der Furcht und Feindseligkeit, - der Ort, wo vormals nicht wahrgenommenes oder undeutliches Erleben in den Vordergrund tritt als prägnante Gestalt“ (ebd.).

Seit Fritz Perls hat sich aber die Art, wie Menschen Kontakt herstellen, bedeutend erweitert. Hatte schon unser Kontaktbedürfnis – nämlich unabhängig von örtlicher Nähe des Kontakts – die Erfindung des Telefons nachgerade erzwungen, so erzwang die Vision, noch viel umfangreichere Kontaktmöglichkeiten zu schaffen, abseits der örtlichen, das Internet aus einer nur wissenschaftlichem Informationsaustausch dienenden Technologie in ein Kommunikationsmedium zu verwandeln.

„Dass sich persönliche Beziehungen allein auf Face-to-Face-Kontakt oder ausschließlich auf medial vermittelte Kontakte stützen (z.B. reine Brieffreundschaft), ist selten. Stattdessen greifen wir auf ein mehr oder weniger großes Spektrum von Kontaktformen zurück“ (Döring, 1998). Was also ist naheliegender, als gerade die Gestalttherapie, die sich als sich ständig transformierende sieht, innovativ in diese Richtung fortzuentwickeln? Das Hier und Jetzt, mit dem sie arbeitet, fußt auf dem Kontakt. Kontakt definiert sich im 21. Jahrhundert aber ungleich vielfältiger als im 20. Will die Gestalttherapie nicht ins Hintertreffen geraten, so tut sie gut daran, den ihr innewohnenden und von Laura Perls explizit formulierten Auftrag im Sinne sich neu auftuender Kontaktmöglichkeiten wahrzunehmen. Psychotherapie über Skype (oder einem ähnlich leistungsstarken VoIP-Tool) ist die logische Weiterentwicklung für Kontaktmöglichkeiten in der Zeit der Digitalisierung.

Internetinformierte Patienten sind nicht mehr passive Verbraucher von Gesundheitsleistungen, sondern aktive und kritische Konsumenten und Produzenten von Gesundheitsinformation, die Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Die von manchen Autoren als „e-patients“ bezeichneten Personen (Akerkar & Bichile, 2004) sind informierte, engagierte, proaktive, verantwortungsbewusste und kooperative Klienten (Stetina & Kryspin-Exner, 2009). Die dargestellten therapeutischen Verhaltensweisen werden wichtigen Bedürfnissen und Motiven von „e-patients“ gerecht und folgen dem im Bereich der Psychotherapie ausgearbeiteten Konzept der komplementären bzw. motivorientierten Beziehungsgestaltung (Caspar, 1996; Grawe, 1992). Die Realisierung einer motivorientierten Beziehungsgestaltung begünstigt eine gute Therapiebeziehung, geht mit geringeren Abbruchraten einher und kann zu einem besseren Therapieerfolg führen (Caspar, Grossmann, Unmüßig & Schramm, 2003; Grawe, 1992; Grawe, Caspar & Ambühl, 1990).

5.3. Die therapeutische Beziehung über Skype

Weil bei Psychotherapeuten bezüglich neuer Medien eine große Skepsis vorherrscht, vor allem, weil sich die Frage stellt, ob man mit ihnen eine tragfähige therapeutische Beziehung aufbauen kann, ist dieses Gebiet noch relativ unerforscht. Nichtsdestotrotz gibt es Forschungsberichte, die zuversichtlich stimmen. So zeigen die Ergebnisse der Studie über die Behandlung von Zwangsstörungen mit durch Videotelefon gestützte Psychotherapie von Himle, Fischer, Muroff, Van Etten, Lokers, Abelson & Hanna (2006), dass sowohl alle Affekte wahrgenommen werden und dass eine sehr tragfähige empathische Beziehung aufgebaut werden kann. „Our experience in this clinical trial suggested that patients displayed a full range of affect during the videoconferencing sessions. High Working Alliance Inventory total scores, coupled with strong ratings on items specific to therapist empathy, revealed that videoconferencing yielded robust, empathetic, therapeutic relationships“ (Himle et al., 2006). Diese Studie belegt also, dass eine Videotelefon-unterstützte Therapie ebenso tragfähig wie jene im klassischen Setting ist. Der klinische Psychologe R. D. Morgan bestätigt dies aus seiner Erfahrung. Morgan et al. (2008) berichten, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung durch die Anwendung von Videokonferenz nicht beeinflusst wird (vgl. Reisinger, 2011b).

Unterscheiden sich – wenn man ausschließlich die Wirksamkeit im Focus behält – Face- to-Face und Screen-to-Screen-Behandlung? Auch Germain et al. (2010) konnten in einem Vergleich von Face-to-Face und Screen-to-Screen-Behandlung bei posttraumatischer Belastungsstörung keinen signifikanten Unterschied in der therapeutischen Allianz feststellen. Diese Studie untersucht die Qualität der therapeutischen Beziehung zu fünf verschiedenen Zeitpunkten während der Behandlung. Sofort nach der

Therapiestunde erfolgt außerdem eine Befragung des Therapeuten und des Patienten, um die Beziehung zu bewerten. Die Untersuchungen ergaben eine unterschiedliche Bewertung der Sitzungen von der Seite des Klienten und der Seite des Therapeuten. Die Analyse zeigt, dass die Klienten die Therapie via Videotelefon als bedeutungsvoller beurteilten als die Therapeuten. Zum Beispiel waren die Klienten eher bereit die Sitzungen als vollständig, ausdrucksstark, besonders und wertvoll zu betrachten. Außerdem beurteilten die Klienten die Therapeuten positiver als die Therapeuten sich selbst. Die Behandler schätzten auch ihr eigenes Erregungsniveau während des Treffens höher ein als die Teilnehmer. Diese Unterschiede in der Wahrnehmung der Klienten und der Therapeuten sind allerdings zu gering, um eine signifikante Bedeutung in dieser Studie zu haben. Offenbar wirkt der Unterschied der Therapie sich nicht auf die therapeutische Verbindung zwischen Klient und Therapeuten aus. Auch ein möglicher technischer Einwand lässt sich aus diesen Daten entkräften.

Wichtig ist auch zu erwähnen, dass während des Dialogs mit Videotelefon leichte Zeitverzögerungen die Kommunikation weniger flüssig machen können. Auch nonverbale Signale können manchmal wegen schlechter Übertragungsqualität und wegen der eingeschränkten Sicht des Klienten nicht wahrgenommen werden. Man könnte denken, dass diese Faktoren den Aufbau einer Allianz behindern. Doch laut der Studie von Germain et al. (2010) haben diese Merkmale keinen signifikanten Einfluss auf die therapeutische Beziehung. Steel et al. (2011) beschäftigen sich ebenfalls mit der Qualität einer therapeutischen Beziehung. In dieser Studie wurden 200 Artikel ausgewertet, 35 davon waren für diese Studie relevant. Von diesen waren acht randomisierte kontrollierte Studien, die restlichen waren Fall- und Pilotstudien. In der Zusammenfassung folgern die AutorInnen: „Previous literature reviews have highlighted the lack of good-quality evidence relating to interventions delivered via videoconferencing, but the best, most recent evidence indicates that clinical outcomes are similar between in-person and videoconference-delivery modes. No studies were found suggesting that this was not the case. Similarly the evidence that shows high patient satisfaction with videoconference-delivered interventions is increasing. No evidence was found to indicate that videoconferencing as a means of intervention delivery is a cause of dissatisfaction for patients. Therefore, the evidence suggests that videoconferencing commonly results in high satisfaction levels in patients“ (Steel et al., 2011).

Die Forschungsberichte sind vielversprechend. Trotz der Sorge, dass die Distanz und die beeinträchtigte Gesprächsqualität die Qualität der Beziehung behindern könnte, muss anerkannt werden, dass es sich bei Psychotherapie mit Videotelefon um eine vollständig funktionsfähige, attraktive Methode handelt, die Gesundheitsvorsorge im

mentalen Bereich zu erweitern. Selbstverständlich sind weitere Studien erforderlich, um die Wirkung und die Effizienz von Screen-to-Screen-Therapien detaillierter nachweisen zu können (vgl. Reisinger, 2011a).

5.4. Der therapeutische Prozess über Skype

Entscheidend für einen gelingenden Therapieprozess ist die Interaktion zwischen Klient und Therapeuten – und das unabhängig davon, ob sie Face-to-Face oder Screen-to-Screen miteinander zu tun haben. Der therapeutische Prozess basiert immer auf einer kommunikativen Interaktion zwischen Therapeuten und dem Patienten. Somit stellt die Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten eine grundlegende Voraussetzung dar. Sie ist ein notwendiges, nicht aber schon hinreichendes Mittel für einen Therapieerfolg. Die Bemühungen um einen adäquaten Beziehungsaufbau in der Eingangsphase haben große Bedeutung (Kanfer et al., 2000).

Reisinger (2011a) interviewte zu dieser Thematik einen Psychotherapeuten, der bereits Psychotherapie über Skype angeboten und seine Erfahrungen damit gemacht hatte. Zu einer berührenden Erfahrung befragt, erzählt der Psychotherapeut: 'Ich denke gerade an einen Geschäftsmann, der so in einem ziemlichen Dauerstress steht und dann vor dem Computer sitzt und mich fragt: " ... und was soll ich jetzt machen?"' Und dieser Moment, wo die Gesprächssituation umbricht und das erste Mal emotional wird, und man tatsächlich merkt, dass man einen Menschen erreicht – mit einer Tiefe, mit der er selber nicht gerechnet hat, und dann so merkt, dass der ruhiger wird und bisschen Pipi in den Augen hat, anders aus dem Gespräch hinausgeht, als er hereingekommen ist, dann ist das, was ich gerade beim Skypen ganz besonders schön finde.... besonders anrührend, also der Schritt aus der Anonymität heraus in ein echtes menschliches Miteinander.'

Die Interviewpartner von Reisinger aus europäischen Ländern sind überrascht, welche Tiefe in der therapeutischen Arbeit über Videotelefon erreicht wird. Aus den anderen Ländern, Kanada, USA, Vietnam und Australien versetzte diese Tatsache keinen Experten in Erstaunen (vgl.. Reisinger 2011a).

5.5. Gestalttherapie via Skype in der (möglichen) Praxis

Bei der Therapie über Skype kommunizieren Therapeut und Klient in einer simulierten Therapiesitzung. Sie sind füreinander nicht nur hörbar – nahezu jeder PC, Laptop, jedes Tablet verfügt heutzutage nicht nur über ein Mikrofon, sondern auch über eine Kamera – sondern auch sichtbar. Mimik und Gestik, Modulation der Stimme etc. werden übertragen und sind für den anderen ähnlich präsent wie in der realen Situation.

Rechtliche Rahmenbedingungen:

Die Internetrichtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit für Psychotherapeutinnen und –therapeuten in Österreich erlaubt zurzeit zwar eine Beratung in digitalen Räumen, aber nicht eine Behandlung. Dabei wird „zum Ausschluss der psychotherapeutischen Behandlung via Internet“ wie folgt argumentiert:

„Psychotherapeutisches Beziehungsgeschehen und vor allem auch die Wahrnehmung dessen basiert auf allen Formen des verbalen und nonverbalen Dialoges sowie des individuellen Ausdruckes. Gesprochene Worte, Mimik, Gestik bis hin zu Atmosphärischem sind im persönlichen Kontakt - wie er in der psychotherapeutischen Praxis geschieht - erlebbar, jedoch nur schwer in Worte zu fassen. Daraus folgt, dass das spezifische Setting der Psychotherapie und die damit eng verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben sind. Basierend auf den geschilderten grundlegenden Prinzipien der Psychotherapie und dem fachlichen Selbstverständnis von Psychotherapie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin und Behandlungsmethode insgesamt, ist Psychotherapie als Behandlung, insbesondere als Krankenbehandlung samt psychotherapeutischer diagnostischer Abklärung und Indikationsstellung (einschließlich Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen) via Internet nicht *lege artis*. Daher muss eine solche auch aus rechtlicher Sicht abgelehnt werden, weil die Einhaltung der psychotherapeutischen Berufspflichten nach dem PthG nicht gewährleistet ist“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

„Gesprochene Worte, Mimik, Gestik bis hin zu Atmosphärischem sind im persönlichen Kontakt - wie er in der psychotherapeutischen Praxis geschieht – erlebbar“, meint also die Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und besteht damit auf leiblichen Kontakt, der für die AutorInnengruppe dieser Richtlinie die einzige „echte“ Art des Kontakts darstellt und mit der in dieser Sichtweise einzig und allein die Berufspflichten gewährleistet werden können.

Diese Argumentation stellt eine Einschränkung des Begriffs „persönlicher Kontakt“ dar. Auch der Kontakt mit eingeschränkten Sinneskanälen – wie er beim Briefschreiben, Telefonieren, Mailen – und natürlich via Voice over IP stattfindet, ist natürlich persönlicher Kontakt, weil zwei Personen miteinander in Kontakt treten. „Die Dialektik von körperlicher Abwesenheit und sinnlicher Präsenz, physischer Distanz und psychischer Nähe, wie sie auch im Modell Intimitätsbalance von Argyle und Dean (1965) zum Ausdruck kommt, steht in Opposition zum naiven Körperrealismus des Kanalreduktions- und Entsinnlichungsmodells, dem gemäß das Gefühl der Nähe zu einem Menschen etwas mit dem räumlichen Abstand oder mit der Anzahl der dabei

beteiligten Sinnesorgane zu tun hat. Pauser (1995, 26) spekuliert, dass das (gerade von der Technologiekritik immer wieder angeführt) Sehnsuchtsbild ganzheitlicher zwischenmenschlicher Nähe womöglich weniger ein Erfahrungswert aus der Face-to-Face-Situation ist, sondern erst durch die Erfahrung medialer Distanz denkbar und spürbar wird (Döring, 1998, 233).

Da die Entwicklung der Digitalisierung, die technischen Innovationen des Internets und diverse Anwendungen auch für die Gestaltung des „persönlichen Kontaktes“ online immer mehr Möglichkeiten liefern und für die Mehrheit der Bevölkerung zugänglich machen, wird auch dieses im Gesetz verankerte Vorurteil immer öfter hinterfragt werden. Hier bedarf es deshalb auch im akademischen Bereich dementsprechende Studien, die die Entwicklungen aufzeigen und neue Möglichkeiten auch für die Behandlung via Internet eröffnen.

6. Schlussfolgerungen:

Das Internet und seine Möglichkeiten haben nicht nur unsere Art zu kommunizieren und damit unser Leben verändert, sondern auch dem Begriff „persönlich in Kontakt sein“ durch die neuen Erfahrungen des Mailens, Chattens, der sozialen Netzwerke und der Videotelefonie eine erweiterte Bedeutung gegeben. „Persönlich miteinander in Kontakt sein“ bedeutet für die Generation Y, die mit dem Internet aufgewachsen ist, also auf keinen Fall mehr dasselbe wie vor der Erfindung des Internet.

Wer heute als Therapeut tätig ist, gehört meist der Generation der Babyboomer oder der Generation X an. Zwar gehöre auch ich nicht zur Generation Y, doch erhielt ich bereits durch meine Ausbildung zur Programmiererin einen Zugang zu den digitalen Kommunikationsmöglichkeiten, die heute selbstverständlich sind, was mich zur in der Einleitung beschriebenen Generation C zugehörig macht. Deshalb war mein Empfinden des persönlichen Kontakts, vergleichbar mit jener der Generation Y, schon früh sehr weit gefasst, indem persönlicher Kontakt eben auch Kontakt über das Internet (digital) beinhaltet. Freilich hat der leibliche Kontakt eine andere Qualität als der Screen to Screen-Kontakt. Für seine Wirksamkeit ist diese andere Qualität aber nicht unbedingt ausschlaggebend.

Ich als überzeugte Gestalttherapeutin nehme den Auftrag der Gestalttherapie ernst. Gestalttherapie will das Experiment, Gestalttherapie will, dass jeder Therapeut seinen ureigenen Stil entwickelt. Laura Perls band den Tanz in ihre Therapieform ein, weil sie schon von Kindheit an Tanz und Bewegungsunterricht hatte. Sie praktizierte und

lernte sensitive Körper- und Bewegungsarbeit bei Elsa Kinder. „Fast jede technische Modalität ist innerhalb des Rahmens der Gestalttherapie anwendbar, solange sie daseins- und erfahrungsgemäß ist“ (Perls, L., 1999, 112). Wie beim E-Learning, das dort am effektivsten ist, wo man Präsenzphasen und Online-Phasen mixt - man nennt diese Methode „Blended Learning“- schwebt auch mir eine „Blended Therapy“ vor. Eine Therapie, die körperliche Anwesenheit des Klienten mit Skype-Sitzungen mischt. Meine besondere Stärke kann sich, wie ich immer wieder bemerke, auch dort entfalten, wo ich vom Körper und der Anwesenheit des Klienten unabgelenkt bin. Ich spüre mich dann mindestens genauso gut – in manchen Situationen sogar besser - in die Nöte des Klienten hinein, kann, weil ich sinnreduzierter bin, mich mehr mit der Essenz der Situation einlassen. Nie würde ich behaupten, dass eine Face-to-face-Therapie besser als eine Screen-to-screen-Therapie ist. Sie ist anders, keine Frage. Aber auch jeder Klient ist anders. Um jedem gerecht werden zu können, möchte ich möglichst alles anbieten, um möglichst alle erreichen zu können.

Kristina Barthofer, MEd

Psychotherapeutin, Weinzierl Höhenweg 1, 3250 Wieselburg-Land
kristina@barthofer.com www.barthofer.com

Literaturverzeichnis:

.....
Akerkar, S.M., Bichile, L.S. (2004). Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age. E-Medicine. 50(2):120-122.
.....

Argyle, M., J. Dean (1965). Eye-Contact, Distance, and Affiliation, unter <http://links.jstor.org/sici?sici=0038-0431%281965.09%2928%3A3%3C289%3AEDA%3E2.0.CO%3B2-Q> [abgerufen am 28. 12. 2017].
.....

Bauer, S., Kordy, H., Hg. (2008). E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Berlin, Springer.
.....

Becker, S. (1997). Pädophilie zwischen Dämonisierung und Verharmlosung, unter <http://www.werkblatt.at/archiv/38becker.html> [aufgerufen am 10.2.2018].
.....

Blankertz S., Doubrova E. (2005). Lexikon der Gestalttherapie, Köln, Hammer.
.....

Bundesministerium für Gesundheit (2012). Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/internetrichtlinie_03052012.pdf [aufgerufen am 10.2.2018].
.....

Caspar, F. (1996). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Bern, Huber.
.....

Caspar, F. (2004). Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: Summary and outlook. Journal of Clinical Psychology 60, 347-349.
.....

Caspar, F., Grossmann, C., Unmüssig, C. & Schramm, E. (2005). Complementary Therapeutic Relationship: Therapist Behaviour, Interpersonal Patterns and Therapeutic Effects. Psychotherapy Research 15, 91-102.
.....

Döring, N (1998). Sozialpsychologie des Internet: Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen, Göttingen, Hogrefe.
.....

Duden (o.J.). Unter www.duden.de/suchen/dudenonline/skypen [aufgerufen am 10. 12. 2017].
.....

Gatterer, H., Wehnelt, J., Schibranski, G. (2011). Event der Zukunft – Ein Handbuch für das neue Zeitalter der Eventbranche, Wien, Zukunftsinstitut Österreich GmbH.
.....

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M.S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 13(1): 29-35.
.....

Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau, 43(3), 132-162.
.....

Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H.R. (1990). Die Berliner Therapievergleichsstudie. Prozessvergleich. Zeitschrift für Klinische Psychologie 19, 316-337.
.....

Habenicht I. (1994). Telefonseelsorge als Form intentionaler Seelsorge: Geschichte, Phänomenologie und Theologie. Eine Untersuchung zum Selbstverständnis der Telefonseelsorge aus poemenischer Perspektive, Hamburg: Kovac.
.....

Himle, J.A., Fischer, D.J., Muroff, J.R., Van Etten, M.L., Lokers, L.M., Abelson, J.L., Hanna, G.L. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 2006 Dec;44(12): 1821-9.

- Jacobs, L. N. (1978). **I-thou relation in gestalt therapy. Unpublished dissertation**, Los Angeles, California School of Professional Psychology.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer D. (2000). **Selbstmanagement-Therapie**. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag.
- Morgan, R.D., Patrick, A.R., Magaletta, P.R. (2008). **Does the use of telemental health alter the treatment experience?** Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 158–62.
- Pauser, Stefan (1995): **Telefonkonsum. Zur Sexualität des Handy**. In: Treusch-Dieter Gerburg (Hg.): *Telekult. Von Ohr zu Ohr*. Elefanten Press (Ästhetik und Kommunikation), Berlin.
- Perls F. (1999). **Grundlagen der Gestalttherapie**, Klett-Cotta, Stuttgart, 10. Aufl.
- Perls L. (1999). **Leben an der Grenze**, in Hrsg. Milan Sreckovic, *Edition Humanistische Psychologie*, 2. Aufl.
- Polster E. u. M. (2003). **Gestalttherapie: Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie**, Hammer, 2. Aufl.
- Reisinger A. (2011a), **Psychotherapie mit Videotelefon**, ARGE Bildungsmanagement Wien.
- Reisinger A. (2011b), **Master These, Psychotherapie via Skype**, ARGE Bildungsmanagement Wien.
- Schuster, R., Berger, T., & Laireiter, A. R. (2017). **Computer und Psychotherapie – geht das zusammen?** Stand der Entwicklung von Online- und gemischten Interventionen in der Psychotherapie. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-017-0214-8> [abgerufen am 10. 2. 2018].
- Steel, K., Cox, D., Garry H. (2011). **Therapeutic videoconferencing interventions for the treatment of long-term conditions**. *J. Telemed Telecare*. 17(3):109-17
- Skype (o.J.), <https://de.wikipedia.org/wiki/Skype> [abgerufen am 20. 12. 2017].
- Solis, B. (2012): **Studying the impact of innovation on business and society**, unter <http://www.briansolis.com/2012/04/meet-generation-c-the-connected-customer/> [abgerufen am 27.12.2017]
- Staemmler, F. (1995). **Kultivierte Unsicherheit**. In: E. Doubrava und F. Staemmler, Hg., *Heilende Beziehung: Dialogische Gestalttherapie*, Köln, Hammer.
- Stetina, B, Kryspin-Exner, I., Hg. (2009). **Gesundheit und Neue Medien: Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien**, Springer, Wien, NewYork.
- Suler, J. (2000) **Psychology of Cyberspace**, unter <http://www.rider.edu/users/suler/psyber/psyber.html> [abgerufen am 1.2. 2018]
- Telefonseelsorge (o. J.). <http://www.telefonseelsorge.at/institution/8172/ueberuns/article/66113.html> [abgerufen am 20. 2. 2018]
- Wenzel J., **E-Mental-Health**, Hrsg. Bauer/Kordy, Heidelberg, Springer Medizin.
- WHO (2012). **Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016)**. Kopenhagen, WHO-Publications.
- Yontef, G. (1983). **Gestalttherapie als dialogische Methode**. In: E. Doubrava und F. Staemmler Hg., *Heilende Beziehung: Dialogische Gestalttherapie*, Köln, Hammer.

Neue Mitglieder im ÖAGG

Bahr Robert DI; *Horn*

Begusch David Mag. Mag.; *Grambach*

Böhler Doris; *St. Nikolai*

Bostl Markus Dr.; *Vitis*

Brandner-Oswald Felix Mag.; *Wien*

Brazda Christiane Mag.^a; *Maria Enzersdorf*

Dabringer Maria Mag.^a Dr.; *Wien*

Dander Christine Mag.^a rer. nat.; *Zirl*

Daniczek Michaela; *Knittelfeld*

Dellwo Judith; *München*

Fischer Judith Mag.^a phil.; *Wien*

Gratl Carmen; *Innsbruck*

Grossmann Katharina Mag.^a; *Wien*

Hagleitner Elisabeth Mag.^a; *Wien*

Haidl Manfred MSc; *Klosterneuburg*

Hayder Stefanie Mag.^a; *Grein*

Hollweger Susanne Mag.^a; *Obertrum*

Hörmann Robert DI; *Wien*

Huber Eva BEd; *Wien*

Juchem Karin; *Wien*

Kassl-Bergen Josefine Mag.^a; *Wernberg*

Klambauer Andreas; *Wien*

Klampfer Sabina; *Linz*

Küng Margot Mag.^arer.nat. Mag.^aphil.; *Nenzing*

Lausecker Werner Mag.; *Wien*

Liska Ruth DGKS; *Wien*

Mondolfo Clemens MMag.; *Wien*

Müller-Morocutti Anke Mag.^a; *Kaltenleutgeben*

Nicka Dieter; *Wien*

Ott Christina Mag.^a; *Wien*

Peter Teresa Mag.^a; *Mannersdorf*

Pichler Andrea BA; *Bad Vöslau*

Neue Mitglieder im ÖAGG

Pichler Hermann Mag. rer. nat.; *Graz*
Potthoff Marlies Dr.ⁱⁿ med. univ.; *München*
Praher Gerhard Dr.; *Kindberg*
Prellinger Denise BA; *Garsten-Steyr*
Reitz Christoph; *Wien*
Riess Anne BA; *Höflein/Donau*
Rimnac Heike Mag.^a; *Wien*
Ruzicka Petra; *Horn*
Rysavy Andrea; *Wien*
Schaubensteiner Karina Mag.^a; *Krems*
Schitter Michaela Mag.^a; *Graz*
Schreiber-Veverka Anita; *Eichgraben*
Schüller Christian; *Wien*
Schwarz Sabine BA; *Wien*
Seibold Reiner Dr.; *Köttmannsdorf*
Sommer Eva Dr.ⁱⁿ; *Wien*
Stana Sarah Mag.^a; *Bad Ischl*
Stangl Christoph Mag.; *Güssing*
Sunk Petra; *Steyr-Gleink*
Weinschenk Juliane Mag.^a; *Wien*
Werth Adrian; *Loosdorf*
Wilfinger Barbara Mag.^a; *Hennersdorf*
Zniva Christian Mag. rer. nat.; *Linz*

ÖAGG

Österreichischer Arbeitskreis
für Gruppentherapie und Gruppendynamik

ÖAGG-Akademie
Psychotherapeutisches Propädeutikum
WIEN – GRAZ – LINZ – ST.PÖLTEN

1080 Wien, Lenaugasse 3

Tel.: 01/405 39 95, Fax: DW 20

E-Mail: propaedeutikum@oeagg.at

Homepage: www.oeagg.at/propaedeutikum

Laufender Einstieg möglich!

Gruppendynamik Special 2018 *Bezüglichkeiten und Anzänglichkeiten*

Eine normale T-Gruppe

Leitung: Dr. Rainer Fliedl, Maria Majce-Egger, Mag.^a Susanna Schenk

Zeit: 06.07.2018 – 08.07.2018

Ort: 1050 Wien

Zielgruppe: an Selbsterfahrung, Reflexion und Entwicklung Interessierte

Methode: Experimentelle T-Gruppe (20 AE)

Anrechenbar: FS GD.DG: GD 4.2.2., GT 4.1.1.; DG 4.2.2.1

Kosten: € 420,- Ust.-frei

Info/Anmeldung: semorg@gruppendynamik-muehldorf.com, Tel: 01 544 44 56
www.gruppendynamik-muehldorf.com

Anmeldeschluss: 16.06.2018

Beschreibung: Irrationalität in Beziehungen nutzen, unperfekt in Kontakt treten, vorbehaltlos Beziehungen erforschen, sich mit Bezogenheit und Beziehung auseinandersetzen

Gruppendynamik Skill-Training 2018 *Lernen in und mit Gruppen*

Prozesse in Gruppen analysieren und wirkungsvoll intervenieren

Leitung: Dr. Rainer Fliedl, Maria Majce-Egger, Mag.^a Susanna Schenk

Zeit: 24.10.2018 – 28.10.2018

Ort: 1050 Wien

Zielgruppe: Personen, die in und mit Gruppen, Teams arbeiten

Methode: Gruppendynamisches Skill Training (40 AE)

Anrechenbar: FS GD.DG: GD 4.4.2., GT 4.1.1., DG 4.2.2.5

Kosten: € 640,- Ust.-frei

Info/Anmeldung: semorg@gruppendynamik-muehldorf.com, Tel: 01 544 44 56
www.gruppendynamik-muehldorf.com

Anmeldeschluss: 30.09.2018

Beschreibung: Dynamiken erkennen und theoretisch zuordnen; Interventionen planen, durchführen, überprüfen; Kompetenzentwicklung durch Funktionswechsel; Prozessbezogenes Arbeiten üben.

*GPA Symposium 2018**Faktor TherapeutIn – Zum Einfluss der Persönlichkeit auf den analytischen Prozess*

Im intersubjektiven Raum der therapeutischen Situation richtet sich unser Blick meist auf die PatientIn und ihre Übertragung. Bereits im Begriff Gegenübertragung ist eine Reaktion angedeutet. Wie aber wirkt sich die Persönlichkeit der TherapeutIn, ihre Biografie, ihre eigene Neurosenstruktur, ihre beabsichtigte oder unbeabsichtigte öffentliche Wahrnehmung, ihre Aktivitäten außerhalb der Therapie u.ä.m. auf den therapeutischen Prozess aus? Und zwar nicht nur als Gegenübertragung im technischen Sinn, als Reaktion auf die PatientIn, sondern als subjektive Bedingung der spezifischen bewussten und unbewussten Kommunikation.

Mit diesen und verwandten Fragen beschäftigt sich das Symposium der Fachsektion Gruppenpsychoanalyse.

Zeit: 30.11.2018 – 2.12.2018

Ort: ÖAGG Psychotherapeutische Ambulanz (pta), Marxergasse 25, 1030 Wien

Kosten: € 180,- (€ 150,- für ÖAGG-Mitglieder, € 100,- für StudentInnen / AusbildungskandidatInnen).

Mit Vorträgen und Workshops u.a. von Em.Univ.-Prof.ⁱⁿ MMag.^a Dr.ⁱⁿ Jutta Menschik-Bendele und Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Susann Heenen-Wolff.

Lust auf Gruppe 2018
Gruppendynamisches Selbsterfahrungsseminar

Gruppen und ihre Mitglieder lösen vielfältige Gefühle, Impulse und Reaktionen aus. Ziel dieses Selbsterfahrungsseminars ist die Auseinandersetzung mit diesen Gefühlen, Handlungen und Wirkungen, die in den unterschiedlichen Situationen entstehen. Im Hier und Jetzt werden Beziehungsstrukturen benannt, erlebt und reflektiert. Durch Feedback und direkte Kommunikation können neue Erfahrungen ermöglicht und Erweiterungsschritte im sozialen Verhalten gesetzt werden.

- Leitung:** Mag.^a Susanna Schenk und Heinz Baumann
Zeit: 19. – 22. September 2018
Ort: Schloss Retzhof, Leitring/Leibnitz (www.retzhof.at)
Methode: gruppendynamische Basisgruppe, dynamische Gruppenpsychotherapie
Kosten: € 640,- zzgl. 20% Ust (+ Unterkunft/Verpflegung: ca € 45,-/Tag)
Anrechenbar: GD: 4.2.2, GT: 4.1.1, DG: 4.2.2.1; als Selbsterfahrungsseminar z. B. im Rahmen des Propädeutikums nach Rücksprache mit den Ausbildungsverantwortlichen und als Fortbildung in Organisationen
Info/Anmeldung: heinz.baumann@gmx.at od. 0699 / 17 57 71 37

Bindung - Freiheit – Verantwortung
Jahresgruppe / Gruppendynamik / September 2018 bis Juni 2019

Eine Jahresgruppe bietet den Rahmen für kontinuierliches soziales Lernen. Die Gruppe bietet ein weites Feld für Erfahrungslernen und zur Weiterentwicklung der eigenen sozialen Kompetenzen an. Mittels Feedback können Selbst- und Fremdwahrnehmung geschärft werden.

- Leitung:** Heinz Baumann (eventuell mit Co-Trainer_in)
Zeit: 13. September 2018 bis Anfang Juni 2019
(15 Donnerstage 17.30 – 20.00 Uhr und 2 Freitage 9.00 – 17.30 Uhr)
Ort: Graz
Methode: Guppodynamik
Kosten: € 900,- zzgl. 20% Ust
Anrechenbar: GD: 4.2.1
Info/Anmeldung: heinz.baumann@gmx.at od. 0699 / 17 57 71 37
weitere Infos: www.gddg.at



- Psychologe/Pädagoge
- Psychotherapeut und Lehrtherapeut für Integrative Gestalttherapie im ÖAGG
- Diplom-Lebensberater/Leiter der Akademie für Lebens- und Sozialberatung (SteIGLS)
- IMAGO-Beziehungstherapie und Paarberater (IGÖ)
- Psychotherapeut für Integrative Therapie, Schwerpunkt Integrative Bewegungs- und Leibtherapie (ÖGIT)
- Trainer für PARTNERSCHULE
- Supervisor (OVS/ÖBVP)
- Diverse Lehraufträge
- Karate-Do-Lehrer (7. Dan)

Telefonische Erreichbarkeit:
☎ 0664/18 22 773

AGGRESSION UND LEBENSKRAFT

Integrativ-gestalttherapeutische Selbsterfahrungsgruppen 2018

Zur Förderung von Mut, Vitalität, Zivilcourage, Beherztheit u.ä.

Geschlucktes, Hineingestopftes u.ä. (Introjekte) hindern uns immer wieder daran, eine Persönlichkeit mit eigenen Werten zu sein, so werden wir „zu Müllern für fremde und irrelevante Informationen“ (F. Perls). Diese Fremdkörper in uns gehören zerstört, Aggression im Sinne eines guten Zerkauens, Verdauens und Ausscheidens fördert unser Wachstum.

„Aggression hat vielfach mit ungelösten Konflikten zu tun (H. Petzold).“

Besonders die Bearbeitung solcher – oft schon aus der Kindheit herrührender – Konflikte bildet den ⇒ Seminarschwerpunkt ⇐, wobei die therapeutische Arbeit zu mehr Lebensenergie führt.

„Friedlich ist nur der Aggressive“ (Wolfgang Schmidbauer)

Termine 2018:

Freitag, 27. April – Montag, 30. April 2018

Donnerstag, 30. August – Sonntag, 2. September 2018

Seminarzeiten:

☉ 1. Tag: jeweils ab 18.00 Uhr (open end)

☉ 2. bis 4. Seminartag: tagsüber jeweils von 10.00 bis 19.00 Uhr

⇒ Das Seminar umfasst gesamt 36 AE (mit schriftlicher Reflexion 40 AE)

Ort:

IMPULS, ✉ Schillerstraße 6, 8010 Graz, ☎ 0316/38 68 73

Leitung:

Dr. Günther Bitzer-Gavornik

Seminarbeitrag:

€360,00 / Seminar (MWSt.frei) ⇒ direkt beim Seminar zu bezahlen
(für Unterkunft ist selbst zu sorgen bzw. bei Anmeldung anfragen)

Anmeldungen:

bitte schriftlich an Dr. Bitzer-Gavornik: ✉ Schillerstraße 6, 8010 Graz
oder office@institut-impuls.at • ☎ 0316/38 68 73

Bei **Abmeldung** innerhalb eines Monats vor Seminarbeginn wird eine Stornogebühr in Höhe von € 50,00 verrechnet, sofern kein/e ErsatzteilnehmerIn gefunden wird.

Nähere Informationen unter ☎ 0316/38 68 73.

Da auf diesem Seminar tiefgehende Erfahrungen gemacht werden können, sollte jede/r TeilnehmerIn für eine weiterführende Einzel- oder Gruppentherapie sorgen. Psychische und körperliche Belastungen gehören zu diesem Seminar, bitte unbedingt mitteilen, falls bei dir/Ihnen Beeinträchtigungen gegeben sind.

Dr. Günther Bitzer-Gavornik • Dr.ⁱⁿ Martina Gavornik • Dr. Heinz Paul Binder MSc
Dr. Stefan Muskatelz • Mag.^a Susanne Maria Wagner • Kathrin Bitzer-Kaufmann

✉ Schillerstraße 6, 8010 Graz ☎ 0316/38 68 73 • E-Mail: office@institut-impuls.at • www.institut-impuls.at

*Psychoanalytische Jahresgruppe –
Selbsterfahrung und Therapie*

- Leitung:** Dr.ⁱⁿ Johanna WAGNER-FÜRST
Adresse: Psychotherapeutische Praxis
Vorgartenstraße 205/12
1020 Wien
Kontakt: E-mail: wagner-fuerst@tele2net.at
Tel.: +43 (0) 650 300 64 30
Termine: wöchentlich, Mi 18.15 – 19.45
Ab sofort bis Ende Juli 2018
Zielgruppe: Erwachsene
Methode: Gruppenpsychoanalyse - Psychoanalyse in der Gruppe:
Voraussetzung: kostenloses Einzel-Erstgespräch
Kosten: € 35,- /Abend

Durch möglichst freie Äußerung von Einfällen beleben sich in der Gruppe typische (auch unbewusste) Verhaltens- und Beziehungsmuster wieder, deren gemeinsames Besprechen und Deuten, Anerkennung und Verarbeitung neues Selbstverständnis und damit befriedigendere Lebens- und Beziehungsmöglichkeiten erschließen können.

*Infoveranstaltungen für das
Fachspezifikum Psychodrama*

Sie interessieren sich für das Fachspezifikum Psychodrama? Bei den Infoveranstaltungen bekommen Sie alle Infos rund um die Ausbildung zum/zur Psychodrama-PsychotherapeutIn. Ihre Fragen werden ausführlich beantwortet und anhand kleiner Übungen bekommen Sie Gelegenheit, die Methode Psychodrama kennenzulernen.

Infoveranstaltungen für den Lehrgang Graz/Klagenfurt.

Der Lehrgang startet am 01.11.2019. Bei ausreichend Anmeldungen ist allerdings auch ein Start bereits im Oktober 2018 möglich.

- Leitung:** Mag.^a Gerda Trinkel, MSc (Lehrtherapeutin für Psychodrama-Psychotherapie und Lehrgangsbetreuerin für Graz/Klagenfurt)
- Zeit:** 12.04.2018, 19:00 – 21:00 Uhr
- Ort:** Praxis Mag.^a Gerda Trinkel, Mitte 26, 9125 Kühnsdorf (Nähe Klagenfurt)
- Zielgruppe:** Interessierte am Fachspezifikum Psychodrama
- Anmeldung:** psychodrama@oeagg.at
- Kosten:** Eintritt frei

- Leitung:** Monika Wicher, MSc (Lehrtherapeutin für Psychodrama-Psychotherapie und Lehrgangsbetreuerin für Graz/Klagenfurt)
- Zeit:** 19.04.2018, 19:00 – 21:00 Uhr
- Ort:** Praxis Eins, Dreihackengasse 1, 8020 Graz
- Zielgruppe:** Interessierte am Fachspezifikum Psychodrama
- Anmeldung:** psychodrama@oeagg.at
- Kosten:** Eintritt frei

Psychodrama-Vortrag Linz

„Von der Bühne auf's Papier!“ Schreiben für PsychodramatikerInnen. Bei diesem Jour fixe wollen wir uns dem Thema Schreiben lustvoll und spielerisch nähern – und es einfach gemeinsam ausprobieren.

- Leitung:** Sabine Spitzer-Prochazka, MSc (Psychodrama-Psychotherapeutin und Herausgeberin der Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie)
- Zeit:** 06.04.2018, 19:00 – 21:00 Uhr
- Ort:** Wissensturm, Raum 07.05, 7. OG, Kärntner Straße 26, 4020 Linz
- Zielgruppe:** PsychotherapeutInnen; PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision; PsychodramatikerInnen, Psychodrama-Interessierte
- Anmeldung:** keine Anmeldung erforderlich
- Kosten:** Eintritt frei
- Anrechenbar:** Die Teilnahme an einem Psychodrama-Vortrag wird als fachspezifische Fortbildung im Sinne des PthG (im Ausmaß von 2 Std) bestätigt.

Psychodrama-Vortrag Wien

Häusliche Gewalt und ihre Folgen für Kinder und Jugendliche

- Leitung:** Mag.^a Karin Magrutsch (Psychodrama-Psychotherapeutin, Mitarbeiterin des Kinderschutzzentrums „Die Möwe“ Mödling) und Renate Hochgerner, MSc (Psychodrama-Psychotherapeutin, Leiterin des Kinderschutzzentrums “Die Möwe” in Mödling)
- Zeit:** 19.04.2018, 19:00 – 21:00 Uhr
- Ort:** Wien, genauer Ort wird noch bekanntgegeben
(auf: fachsektion.psychodrama-austria.at/jours-fixes)
- Zielgruppe:** PsychotherapeutInnen; PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision; PsychodramatikerInnen; Psychodrama-Interessierte
- Anmeldung:** keine Anmeldung erforderlich
- Kosten:** Eintritt frei
- Anrechenbar:** Die Teilnahme an einem Psychodrama-Vortrag wird als fachspezifische Fortbildung im Sinne des PthG (im Ausmaß von 2 Stunden) bestätigt.

Infoveranstaltung für den Lehrgang Wien/Krems.

Der Lehrgang startet am 26.10.2018.

- Leitung:** Mag.^a Sabine Kern, MSc (Lehrtherapeutin für Psychodrama-Psychotherapie und Lehrgangsbetreuerin für Wien/Krems) und Katharina Chalupsky (Lehrtherapeutin für Psychodrama-Psychotherapie und Lehrgangsbetreuerin für Wien/Krems)
- Zeit:** 13.06.2018, 19:00 – 21:00 Uhr
- Ort:** Psychodramazentrum Wien, Dürergasse 14–16/6, 1060 Wien
- Zielgruppe:** Interessierte am Fachspezifikum Psychodrama
- Anmeldung:** psychodrama@oeagg.at
- Kosten:** Eintritt frei

Psychodrama-Werkstatt B3

Vortrag und Live-Demo von psychodramatischen Microinterventionen:
Kreative Beratungstools bei Erschöpfungssymptomatik

Leistungs- und Konkurrenzdruck in Unternehmen, Mehrfachbelastungen sowie hochgesteckte persönliche Ziele führen zu immer höherer körperlicher und psychischer Belastung. Menschen erschöpfen, gehen bis an ihre Grenzen und darüber hinaus. Wie man diese Klienten in der psychodramatischen Beratung gut begleiten, und über „das bloße Sprechen“ hinaus spielerische Impulse ins Setting integrieren kann, ist Inhalt dieser Impulswerkstatt. Im Mai folgt ein eintägiger Workshop zum selben Thema, siehe Veranstaltungshinweis im Anschluss.

- Leitung:** Dr.ⁱⁿ Lisa Tomaschek-Habrina, MSc (Psychodrama-Psychotherapeutin und Lehrbeauftragte für Coaching und Leitung des Departments Burnoutprävention und Resilienztraining der ESBA (European Systemic Business Academy))
- Zeit:** 05.04.2018, 18:30 – 21:00 Uhr
- Ort:** Cordial Theaterhotel Wien, Josefstädter Straße 22, 1080 Wien
- Zielgruppe:** PsychodramatikerInnen; Psychodrama-Interessierte; TrainerInnen, Coaches; BeraterInnen
- Anmeldung:** psychodrama@oeagg.at
- Kosten:** Eintritt frei

Praxisseminar B3

Psychodramatischer Praxisworkshop: Kreative Beratungstools bei Erschöpfungssymptomatik

Folgeveranstaltung der vorangegangenen Psychodrama-Werkstatt. Inhalte des eintägigen Workshops: Psychodramatische Konzepte bei Erschöpfung, psychodramatische Aufstellungsarbeit im Einzel- und Gruppensetting, Varianten des inneren Teams aus psychodramatischer Sicht, Varianten der psychodramatischen Systembrett-Arbeit, Vorstellung von Formaten wie „Der Club 2“, „Der 3. Schritt“, „Meta-Log“, „triadisches Karrierecoaching“ u. a., humorgestützte u. metaphorgeleitete Lösungsfokussierung.

- Leitung:** Dr.ⁱⁿ Lisa Tomaschek-Habrina, MSc (Psychodrama-Psychotherapeutin und Lehrbeauftragte für Coaching und Leitung des Departments Burnoutprävention und Resilienztraining der ESBA (European Systemic Business Academy))
- Zeit:** 18.05.2018, 10:00 – 18:00 Uhr
- Ort:** Gemeinschaftspraxis Halbgasse, Halbgasse 25/2/5, 1070 Wien
- Zielgruppe:** PsychodramatikerInnen; Psychodrama-Interessierte; TrainerInnen, Coaches; BeraterInnen
- Anmeldung:** psychodrama@oeagg.at
- Kosten:** € 190,-

Vorankündigung für einen Supervisions-Lehrgang: Upgrade für PsychodramatikerInnen

- Leitung:** DSA Roswitha Riepl, MSc (Psychodrama-Lehrtherapeutin, Coach und Lehr-Supervisorin) und Mag.^a Doris Nowak-Schuh, MSc (Psychodrama-Lehrtherapeutin, klinische und Gesundheitspsychologin, Coach und Supervisorin)
- Start:** Frühjahr 2019
- Ort:** Wien
- Information:** Roswitha Riepl, info@roswitha-riepl.at / Doris Nowak-Schuh, praxis@nowak-schuh.at / weitere Informationen folgen in Kürze auf www.beratung.psychodrama-austria.at/
- Anmeldung:** psychodrama@oeagg.at

Psychodrama-Workshop B3

Widerstand und Anpassung. Couragiert bleiben und kreativ werden in Zeiten, die uns fordern.

Dieser theoretisch und praktisch ausgerichtete Workshop widmet sich der Frage, wie Fachkompetenz und die Orientierung an den Menschenrechten speziell im beruflichen Kontext auch gegen rechtspopulistische Tendenzen aufrechterhalten werden können. Dabei sind unsere Kreativität und unser Witz gefragt. Wir möchten mit Elementen des Psychodramas und des Soziodramas arbeiten.

- Leitung:** em. Univ.-Prof. Dr. Klaus Ottomeyer (Psychodrama-Lehrtherapeut und Vorstandschef des Vereins ASPIS für Flüchtlinge und Opfer von Gewalt) und Dr.ⁱⁿ Katharina Novy (Psychodrama-Rollenspielleiterin und zertifizierte Beraterin für Diversity Management)
- Zeit:** 28. September 2018, 15:00 – 20:00 Uhr
29. September 2018, 9:00 – 16:00 Uhr
- Ort:** Wien, genauer Ort wird noch bekanntgegeben
(auf: www.beratung.psychodrama-austria.at)
- Zielgruppe:** Menschen, die insbesondere im öffentlichen Dienst und in öffentlich finanzierten Einrichtungen, professionell und couragiert tätig sein und ihre Selbstachtung nicht verlieren wollen.
- Anmeldung:** psychodrama@oeagg.at
- Kosten:** € 240,- (keine USt.)

Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie

Das aktuelle Themenheft 1/2017: „**Monodrama. Psychodrama im Einzelsetting**“, Hrsg. Sabine Kern und Kristina Scheuffgen.

Aus dem Inhalt:

- D. Mayrhofer: Liebe, wie es dir gefällt, aber... Diversität von Beziehungsformen und die Frage des Umgangs mit Idealvorstellungen, Werten und Normen in der Psychotherapie und Beratung
- G. Moita, M. Wieser: The dictatorship of love relations. Exploring the love model in psychodrama
- K. Krauskopf: Allein unter Männern?! – Barrieren in der schwulen Liebe und psychodramatische Wege ihnen zu begegnen.
- E. Brandstetter: Liebesfähigkeit als spontan-kreative Handlungskompetenz?
- R. Krüger: Empathie und Mitgefühl, die Entwicklung von Liebe in der Psychotherapie
- M. Stelzig: Psychodramatische Übungen zur Nachreifung und Festigung der Selbstliebe
- A. Schulz: Das Aufleuchten der verlorenen Liebe. Paare greifen ihre gemeinsame Erzählung wieder auf
- C. Mertlitsch, M. Peichl: ... Subject: Sprache und Liebe
- O. Lelkes: Eudaimonie statt Hedonismus: das Glück als aktive und kreative Lebensaufgabe. Psychodrama als Bühne des Glücks
- B. Kristoffersen: Sociometry in democracy
- C. Mosich: Bühnenspiel - Spiel der Bühnen. Innere und äußere Bühnen im psychodramatischen Prozess
- S. Weigl: Psychodrama Theater – ein neues Format?
- M. McClymont-Nielitz,
- M. Hunger: Nichts ist mir heikel – JazzCosyPsychoDrama. Psychodrama als Vermittlerin zwischen Musik und Kabarett
- H. Goditsch, G. Schiepek,
- W. Aichhorn, B. Aas: Psychodrama für PatientInnen mit ausgeprägten strukturellen Störungen im stationären Setting. Konzept einer klar geregelten Psychodramagruppe

Vorschau auf das Heft 2/2018: „**Integrationsphase**“, Hrsg. C. Stadler / N. Wickert
Sonderband 2018: „**Essen & Psychodrama**“, Hrsg. Sabine Spitzer-Prochazka



Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie

In Zusammenarbeit mit der *Fachsektion für Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel* im ÖAGG sowie dem Deutschen Fachverband für Psychodrama (DFP).

www.psychodramazeitschrift.com

Bestellungen, Abo-Service: <http://link.springer.com/journal/11620>

→ **Ermäßigung für StudentInnen**

→ **25% Rabatt für ÖAGG-Mitglieder**

LEHRGANG PSYCHODRAMATISCHE ORGANISATIONSAUFSTELLUNG

Die Psychodramatische Aufstellung ist eine hocheffiziente Beratungsmethode, die in kurzer Zeit die Dynamik von Organisationen, Teams oder Einzelpersonen sichtbar machen und erklären kann. Der Lehrgang richtet sich an Beraterinnen und Berater, die handlungsorientiert an Entwicklungsprozessen im beruflichen Kontext arbeiten wollen.

TERMINE 2019

10.–13. Jänner	22.–24. Februar	22.–24. März	23.–25. Mai
MODUL 1	MODUL 2	MODUL 3	MODUL 4
Grundlagen und Psychodramatische Aufstellungsarbeit mit Teams	Psychodramatische Aufstellung in der Einzelberatung	Innovationen und Erweiterung	Abschluss und Supervision
KOSTEN: EUR 2.800 (USt-frei)	LEHRGANGSLEITUNG: DSA ⁱⁿ Roswitha Riepl, MSc		

LEHRGANG PSYCHODRAMA-THEATER

Im Weiterbildungslehrgang Psychodrama-Theater erweitern Sie Ihre kommunikativen und sozialen Kompetenzen auf spielerische Weise und erwerben persönlichkeitsbildende Erfahrungen, die Ihr Arbeitsumfeld bereichern.

TERMINE

1.11. – 4.11.2018	7.12. – 8.12.2018	25.1. – 26.1.2019	5.4.2019
Regiekompetenz	Dramaturgie	Resonanzinteraktion	Soziodrama
32 UE	12 UE	12 UE	8 UE
KOSTEN: EUR 1.280 (USt-frei)	LEHRGANGSLEITUNG: Maria Theresia Schönherr MSc, DSA ⁱⁿ		

ÖAGG | PD

PSYCHOTHERAPIE- AUSBILDUNG FACHSPEZIFIKUM PSYCHODRAMA

Die Psychodrama-Ausbildung befähigt gleichzeitig zur Ausübung von **Einzel- sowie Gruppentherapie**

Universitärer Abschluss mit dem Master of Science (MSc) in Kooperation mit der Donau-Universität Krems, 8 Semester berufsbegleitend

Kommende Lehrgänge -
Bewerbung bereits möglich:
Lehrgang in Wien/Krems
Lehrgangsstart am 26.10.2018
Lehrgang in Graz/Klagenfurt
Lehrgangsstart im November 2019,
bei ausreichend Anmeldungen Start
bereits im Oktober 2018 möglich
Lehrgang in Linz/Salzburg
Lehrgangsstart im November 2019

JETZT BEWERBEN
psychotherapie.
[psychodrama-austria.at/
ausbildung](http://psychodrama-austria.at/ausbildung)

36. PSYCHODRAMA SYMPOSION

Spital am Pyhrn
4. – 6. Mai 2018

PRE-WORKSHOPS 3. – 4. MAI 2018

Vorträge und Workshops
u.a. von

Gabriele Biegler-Vitek,
Sonja Hintermeier,
Judith Mangelsdorf,
Klaus Ottomeyer,
Manfred Stelzig,
Monika Wicher
und vielen anderen.

TAGUNGSGEBÜHREN

Mitglieder im ÖAGG € 200,00
Einzahlung bis 31.3. € 180,00

Nichtmitglieder: € 240,00
Einzahlung bis 31.3. € 210,00

AusbildungskandidatInnen
und StudentInnen: € 85,00
Einzahlung bis 31.3. € 75,00

KOSTEN FÜR DEN PRE-WORKSHOP
€ 180 (10 Einheiten)

ENTWICKLUNG WACHSTUM HOFFNUNG

Möglichkeiten und Grenzen

Detaillierte Informationen, Beschreibung
der Workshops und Anmeldung unter
www.symposion.psychodrama-austria.at



WEITERBILDUNGSLEHRGANG

FÜR ERZIEHUNGSBERATUNG

Basierend auf einem psychodramatischen Konzept vermittelt der dreisemestrige Weiterbildungslehrgang das für das Fachgebiet Erziehungsberatung notwendige Fachwissen und die erforderlichen Handlungskompetenzen.

Die Weiterbildung qualifiziert zur Beratung von Eltern, Familien, LehrerInnen, ErzieherInnen sowie allen Berufsgruppen, die im Bereich der Erziehungsarbeit tätig sind. Sie befähigt zur Unterstützung bei der Klärung von familienbezogenen Problemen und Erziehungsfragen, Beratung in Fragen von Partnerschaft, Trennung und Scheidung und der Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Einrichtungen (z. B.: Schule, Jugendamt).

LEHRGANGSSTART:

24. September 2018

SEMINARORT:

Kärnten

UMFANG DER WEITERBILDUNG:

Ca. 270 Stunden in Wochenendmodulen innerhalb von 3 Semestern. Dazu kommen 20 Std. Einzelselbsterfahrung und 16 Std. Gruppensupervision.

KOSTEN: EUR 1.170 pro Semester. Die Kosten für Einzelselbsterfahrung und Gruppensupervision sind im Preis nicht inbegriffen.

LEHRGANGSLEITUNG:

Mag.^a Karin Leitgeb, MSc
Mag.^a Gerda Trinkel, MSc

Detaillierte Infos unter
[beratung.psychodrama-austria.at/
beratung/](http://beratung.psychodrama-austria.at/beratung/)

Ergänzungscurriculum: Körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie mit Dr. Sylvester Walch

Ziel dieser dreiteiligen Seminarreihe ist die sinnvolle Integration körperzentrierter Interventionen in den Prozess einer ganzheitlich orientierten Psychotherapie. Schmerzhaftes Lebenserfahrungen, verdrängte Gefühle und psychische Probleme können erst dann tief greifend geheilt werden, wenn die dazugehörigen leiblichen Repräsentationen (u.a. chronische Kontraktionen, Energieverlust oder selbstdestruktive Muster) genügend Berücksichtigung finden. In einer Kombination von Selbsterfahrung und Kompetenztraining soll die heilende Wirkung intensiver Leibarbeit direkt erfahrbar werden, um im eigenen Berufsfeld Leibinterventionen fachkundig anwenden zu können. In Theorie und Praxis werden dabei drei körpertherapeutische Tiefungsebenen näher behandelt: a) das Ansprechen und das Verstärken von Körperausdruck und non-verbale Signalen, b) die direkte Berührung und c) die Begleitung autonomer Körperreaktionen. Des Weiteren werden die Unterschiede und Anwendungsbereiche von katalytischen (konfliktzentrierten) und nährenden (abschmelzenden) Interventionen dargestellt und geübt. Ferner wird auf spezielle Gesichtspunkte wie Übertragung, Widerstand sowie Umgang mit schweren Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen eingegangen.

Zielgruppe:	PsychotherapeutInnen
Kosten:	€ 680,- pro Seminar plus Unterkunft / Verpflegung
Termine:	25.5.–29.5.2018; 14.11.–18.11.2018 und 29.5.–2.6.2019
Beginnzeit:	am 1. Tag eines Seminars um 16.30 und Ende am letzten Tag um 12.00
Leitung:	Dr. Sylvester Walch
AssistentIn:	Dr. ⁱⁿ Melitta Schwarzmann (Lehrtherapeutin Integrative Therapie)
Ort:	Seminarhaus Holzöstersee (Raum Szbg), A- 5131 Franking, Holzleithen 15
Info/Anmeldung:	Dr. Sylvester Walch, Bachstr. 3, D-87561 Oberstdorf
E-Mail:	sylvester@walchnet.de Page: www.walchnet.de

Sylvester Walch, Dr., geb. 1950, Ausbilder für Psychotherapie, u.a. Integrative Therapie, Integrative Gestalttherapie, transpersonale Psychotherapie und holotropes Atmen. Begründer des Ergänzungscurriculums für körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie. Lehraufträge an verschiedenen Universitäten im deutschsprachigen Raum. Buchautor.

Holotropes Atmen, transpersonale Psychologie und integrative Psychotherapie

Dieses Seminar ist für Menschen gedacht, die gerne die Möglichkeiten ihres Bewusstseins nützen möchten, um seelische Wunden zu heilen, brachliegende Potenziale zu entfalten und spirituelle Einsichten zu gewinnen. Mit Hilfe von veränderten Bewusstseinszuständen, hervorgerufen durch beschleunigtes Atmen (holotropes Atmen nach Stanislaw Grof), evokative Musik und prozessuale Körperarbeit, können auf einer tieferen Ebene innere Konflikte bearbeitet und einengende Lebensmuster aufgelöst werden. Dabei werden bedeutsame lebensgeschichtliche Erlebnisse, sogar bis hin zu peri- und pränatalen Einflüssen, heilsam integriert. Es können aber auch archetypische, spirituelle und mystische Erfahrungsebenen der Seele zugänglich werden, die über die gewohnten Raum- und Zeitgrenzen hinausgehen. Dadurch können Lebensprozesse tiefer verstanden, intuitive Fähigkeiten gefördert und das Vertrauen in die innere Weisheit gestärkt werden. Unterstützt durch persönlichen Erfahrungsaustausch in der Gruppe und in Kleingruppen, regelmäßige Meditationen und kontemplative Übungen werden die Erfahrungen weiter aufgearbeitet, integriert und vertieft, sodass die Erlebnisse in einem sinnvollen Bezug zum Alltag verstanden und umgesetzt werden können.

- Leitung:** Dr. Sylvester Walch
Zeit: 13.6.–17.6.2018; 24.10.–28.10.2018 & 13.3.–17.3.2019
(bei Anmeldung bitte Terminwunsch bekannt geben)
Ort: Seminarhaus »Holzöstersee« (Franking – Raum Salzburg)
Kosten: € 680,-
Info: Dr. Sylvester Walch, Bachstraße 3, D-87561 Oberstdorf
Anmeldung: Telefon: +49 83 22 66 11 Fax: +49 83 22 66 01
E-Mail: sylvester@walchnet.de Website: www.walchnet.de

Einführungsliteratur: Dimensionen der menschlichen Seele. 6. Aufl., 452 S.

Weiterführende Literatur: Vom Ego zum Selbst. 4. Aufl. 325 S.

Neuerscheinung: Die ganze Fülle deines Lebens. 260 S.

3-teilige Seminarreihe: Körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie. Start einer neuen Gruppe: Frühjahr 2018 (1. Termin: 25.5.–29.5.2018).

Seminarreihe – STW: Seelische Integration, transpersonale Transformation und spiritueller Weg. Start einer neuen Gruppe: Herbst 2018 (1. Termin: 7.11.–11.11.2018).

Weiterbildungscurriculum: Holotropes Atmen und Transpersonale Psychotherapie. Start einer neuen Gruppe: Herbst 2018 (1. Termin: 23.11.–27.11.2018).

Nähere Informationen für alle Veranstaltungen, Interviews, Vorträge: www.walchnet.de

Der neue Brückenschlag zwischen
**PSYCHOTHERAPIE und
 SPIRITUALITÄT**



„Die ganze Fülle deines Lebens“ von Erfolgsautor Dr. Sylvester Walch begleitet Sie aktiv auf Ihrer Reise in ein zufriedenes und glückliches Leben. Es zeigt Ihnen mit vielen Impulsen und Übungen, wie Sie emotionale Blockaden lösen und zu einem ganzheitlichen Bewusstsein gelangen.

www.walchnet.de

Dr. Sylvester Walch · Neuerscheinung · 270 Seiten
 geb. mit Schutzumschlag · ISBN: 978-3-903072
 Preis: 19,99 € · (D) 20,60 € · (A) sFr 26,90

fischer & gann

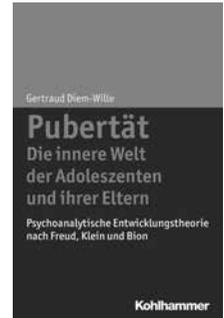
REZENSIONEN

Pubertät – Die innere Welt der Adoleszenten und ihrer Eltern: Psychoanalytische Entwicklungstheorie nach Freud, Klein und Bion

Gertraud Diem-Wille

Stuttgart, W. Kohlhammer, 2017, 310 Seiten

ISBN: 978-3-17-022399-8



„Pubertät- Die innere Welt der Adoleszenten und ihrer Eltern“ ist der dritte Band von Gertraud Diem-Wille, im W. Kohlhammer Verlag 2017 erschienen, der sich mit der psychoanalytischen Entwicklungstheorie nach Sigmund Freud, Wilfred Bion und Melanie Klein beschäftigt. Die Werke „Die frühen Lebensjahre“, sowie „Latenz - „Das goldene Zeitalter“ der Kindheit“ wurden 2007 und 2015 herausgegeben. Das aktuelle Werk schließt an den 2. Band an und hat somit den krisenhaften Übergang von der Kindheit in das Erwachsenenalter zum Inhalt. Diese Krise lässt nichts unberührt, der Jugendliche wird nie mehr der sein, der er mit seinen kindlichen Wünschen und Ängsten einst einmal war. Die verschiedenen Phasen der psychosexuellen Entwicklung werden in der Adoleszenz wiederbelebt und mit einer völlig neuen Intensität noch einmal durchlebt. So formuliert es die Autorin im 5. Kapitel wie folgt: „Wie in der frühen Kindheit betrachtet sich der Adoleszente als Mittelpunkt der Welt, die Egozentrik des Kleinkindes feiert ein Revival“ (S. 152). Die wieder auftauchenden ödipalen Wünsche werden in einem abrupten Wechsel zwischen dem Gefühl des Alleinseins und dem Gefühl der Geborgenheit erlebt.

Die Beziehung zu den Eltern wird in dieser Zeit auf eine harte Probe gestellt. Im Gegensatz zu vielen entwicklungspsychologischen Schriften behandelt das vorliegende Buch ausführlich die Situation der Bezugspersonen. Mitunter ist es für Eltern und Lehrer nicht leicht, mit den provokanten Verhaltensweisen der Jugendlichen umzugehen. So stehen sie vor der zusätzlichen Herausforderung sich einzugestehen, dass Gefühle des Neids, verbunden mit der Trauer um die verlorene eigene Jugend, ein Hemmnis darstellen können, um dem Jugendlichen ein sicheres Gegenüber zu sein. Diese Entwicklungsphase hat massive Auswirkungen auf die innere Welt der Eltern. Es wird in diesem Zusammenhang der unbewusste Neid der Eltern auf die erwachende Sexualität ihrer Kinder beleuchtet.

Die Autorin bezieht sich im zweiten Kapitel kurz auf die besondere Herausforderung der Therapie mit Adoleszenten. Die Schwierigkeit, eine verlässliche Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten herzustellen und zugleich die emotionale Lösung von den Eltern zu bewerkstelligen, sowie die Schwierigkeit von Adoleszenten vereinbarte Termine einzuhalten, wird thematisiert. Hat der Jugendliche in der frühen Kindheit Vertrauen und Geborgenheit nur unzureichend erlebt, so ist die Grundlage brüchig. Ein Gefühl des Verlorenseins, keinen emotionalen Bezugspunkt zu haben, ist die Folge. Die Ablösung ohne eine „emotionale Heimat“ ist nicht möglich, beschreibt die Autorin. Jugendliche bedienen sich unzähliger Verhaltensweisen, die der Abwehr dienen, wobei sehr viele davon auch bei Erwachsenen zu beobachten sind. Sie bewegen sich beispielsweise lieber in Gruppen oder in Gangs, um nicht das Risiko einzugehen, eigenständig denken zu müssen. Es fällt ihnen oftmals leichter zu handeln als zu denken. Alkohol, wie auch andere berauschende Substanzen, sind Teil einer Jugendkultur. Die wesentlichen Bedingungen für ein Gleiten in ein junges Erwachsenenleben stellt die gelungene Bewältigung früher Triebabwehrkonflikte dar. Die für die Adoleszenz bedeutendsten Abwehrstrategien, wie beispielsweise das Schwanken zwischen asketischen Rückzug und exzessiver Triebbefriedigung, werden dem Leser in einer nachvollziehbaren Weise nahe gebracht.

Das Buch gliedert sich in sechs Kapitel. Beginnend mit dem Körper-Ich, der psychosexuellen Entwicklung und der Entwicklung des Fühlens, des Denkens und der Suche nach Identität werden im letzten Kapitel Jugendliche beschrieben, die ins „Abseits geraten“. Es handelt sich dabei um Jugendliche, die die Gewalt als Abwehr verwenden. Weiters wird dem Problemfeld Teenagerschwangerschaft sowie den Jugendlichen, die psychische Zusammenbrüche erleben, Beachtung geschenkt. In allen Kapiteln werden die theoretischen Ausführungen anhand von Fallbeispielen illustriert, was das Buch lebendig und gut lesbar macht. Am Ende der Falldarstellung folgt immer eine Diskussion. Es werden noch einmal praktische Überlegungen mit der Theorie verbunden. Das Buch eignet sich daher sehr gut für Lehrende und ist ein geeignetes Nachschlagewerk für all jene, die mit Kindern und Jugendlichen pädagogisch oder therapeutisch arbeiten. Die Autorin lässt uns in diesem Werk an ihren vielfältigen Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen teilhaben. Sie leitet den Universitätslehrgang "Psychoanalytic Observational Studies" an der Alpen Adria Universität Klagenfurt und ist Lehranalytikerin in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung (WPV) und in der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPA).

Cäcilia Kasper-Pichler

Bibliotheksöffnungszeiten

Die Öffnungszeiten der ÖAGG-Bibliothek für April bis 2018 Oktober 2018:

Mittwoch von 17.30–20.00 Uhr:

4. April 2018, 2. Mai 2018, 6. Juni 2018, 5. September 2018, 3. Oktober 2018

Freitag von 15.00–19.00 Uhr:

20. April 2018, 11. Mai 2018, 22. Juni 2018, 21. September 2018, 19. Oktober 2018

Redaktionsschluss & Erscheinungstermine für die nächsten Ausgaben

Ausgabe	Redaktionsschluss	Erscheint
Feedback 3&4/18 Supervision	15.9.2018 Fachbeiträge: 25.8.2018	Anfang Okt. 2018
Feedback 1&2/19 Kulturtheorie	28.2.2019 Fachbeiträge: 7.2.2019	Anfang April 2019
Feedback 3&4/19 Träume	15.9.2019 Fachbeiträge: 25.8.2019	Anfang Oktober 2019

ÖAGG

Österreichischer Arbeitskreis
für Gruppentherapie und Gruppendynamik

Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und
Gruppendynamik ÖAGG, Lenaugasse 3, 1080 Wien
Österreichische Post AG | Zulassungsnummer: MZ 02Z032586 M
Laufende Nummer: 361 | ZVR: 662792666 | ISSN 2226-9002

Medieninhaber: ÖAGG

Lenaugasse 3, A -1080 Wien
Tel. +43 /1/405 39 93 | Fax +43 /1/405 39 93-20
Email: office@oeagg.at | Internet: www.oeagg.at

Herausgeber: Mag. Dr. Günter Dietrich, DSP Dipl.Päd. Markus J. Daimel
Redaktion: feedback@oeagg.at
Produktion: flyeralarm | Auflage: 2250