

ÖAGG | FEEDBACK 3&4/2016

Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung

→ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Mit Beiträgen von:

Rainer Fliedl

Karin Zajec

Brigitte Jakobowics

Judith Noske

ÖAGG Feedback

Doppelheft 3&4 2016

Herausgeber

Günter Dietrich und Maria-Anna Pleischl

Herausgeber der Schwerpunktausgabe »Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie«

Rainer Fliedl, Karin Zajec, Günter Dietrich und Maria-Anna Pleischl

Forschungsbeirat des ÖAGG

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

Karin Hrabý, 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	4
Fachbeiträge	6
Rainer Fliedl: Das Besondere in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen	6
Karin Zajec: Stationäre Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen.....	14
Brigitte Jakobowics: Überlegungen zur Behandlung psychoorganischer Schwierigkeiten bei Kindern und Jugendlichen	29
Judith Noske: Assoziationen einer Jugendlichenpsychotherapeutin im interpersonalem Raum	41
Neue Mitglieder	55
Gruppenangebote	57
Crossover	73
Rezensionen	76

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Editorial

Einzel- und Gruppenpsychotherapie stellt Kindern und Jugendlichen einen altersadäquaten Entwicklungsraum zur Verfügung, in dem das Kind/der Jugendliche seine Schwierigkeiten agierend, spielend oder sprechend darstellt. Um diesen Entwicklungsraum gestalten zu können, bedarf es eines spezifischen Verständnisses der Ausdrucksmöglichkeiten und der Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes/des Jugendlichen in der Vermischung von Entwicklungsaufgaben und Störungsbild.

Die beiden ÖAGG-Weiterbildungen „Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche“ und „Psychodramapsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ veranstalteten am 31.3. und 1.4.2016 in Wien ihre erste gemeinsame wissenschaftliche Tagung zum Thema:

Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Entwicklungsprozesse in Dyaden und Gruppen

Im Rahmen dieser Tagung gelang es, zusammen mit VertreterInnen aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Fachrichtungen und aus ähnlichen beruflichen Kontexten auf die Entwicklung unseres Tätigkeitsfeldes zu blicken, einen aktuellen Stand darzustellen und zu überlegen, welche Verantwortung, Anforderungen und Möglichkeiten die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in sich birgt. Anhand der Vorträge, der Podiumsdiskussion und der Arbeitskreise fand ein intensiver Austausch über Besonderheiten der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, der Elternarbeit sowie einzel- und gruppentherapeutischer Methoden und Konzepte statt, der von den 110 TeilnehmerInnen aus ganz Österreich auch in anregenden Pausengesprächen weitergeführt wurde.

In der vorliegenden Ausgabe finden sich wesentliche Inhalte dieser Tagung, die im nächsten Heft fortgesetzt werden sollen. Zudem möchten wir in den Artikeln und Beiträgen weiterführende Gedanken in der Auseinandersetzung über Notwendigkeiten,

Spezialitäten und Herausforderungen in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen vorstellen. Eingeleitet wird diese Schwerpunktausgabe mit grundsätzlichen Überlegungen zu den Besonderheiten in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen von Rainer Fliedl. Sein Beitrag fasst die Grundlinien sowie die Grundkonflikte des Paradigmas „Psychotherapie als Entwicklungsraum“ zusammen. Im zweiten Artikel stellt Karin Zajec stationäre Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf Chancen und Möglichkeiten heterogener Zusammensetzungen dar. Ihr Text ist ein Abriss zu Konzept und Bedeutung unterschiedlicher psychischer Strukturniveaus im Kindes- und Jugendalter und zu den Bedingungen die es braucht, damit prozessorientierte Gruppenpsychotherapie im stationären Alltag einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station gelingen kann.

Der folgende Fachbeitrag von Brigitte Jakobowics trägt den Titel „Überlegungen zur Behandlung psychoorganischer Schwierigkeiten bei Kindern und Jugendlichen“. Die Autorin stellt, mit plastischem Fallmaterial illustriert, das Konzept der sensorischen Integration in ihrer psychotherapeutischen Praxis vor, in der sie psychoanalytische und ergotherapeutische Zugänge verbindet. Abschließend in diesem Heft präsentiert Judith Noske „Assoziationen einer Jugendlichenpsychotherapeutin im interpersonalen Raum“ in ihrem reflexiven Aufsatz. Sie stellt Fragen und findet Antworten, die auf die Wünsche und Sehnsüchte, die Verletzungen und Wunden, die Widersprüche und Unklarheiten eingehen, die in der Jugendlichenpsychotherapie zum Thema werden.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre,

Rainer Fliedl, Karin Zajec, Günter Dietrich und Maria-Anna Pleischl

Das Besondere in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Eine Einleitung zum Themenschwerpunkt

Rainer Fliedl

Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist Teilnahme an einem Entwicklungsprozess, der in Schwierigkeiten geraten ist. In seiner Entwicklung wird ein Kind vor vielfältige soziale, somatische und psychische Aufgaben gestellt, die es bewältigen muss und deren Entwicklungslinien sich verschränken und voneinander abhängig sind. Eine Störung zeigt sich in der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, in einer Mischung aus altersspezifischer Anforderung und entwicklungsbedingtem Mangel, der sich in den für das Lebensalter möglichen Symptombildungen äußert.

Kinder sind abhängig von ihren Eltern. Die Arbeit an der Objektwelt ist daher nicht nur Arbeit an den inneren Objekten, sondern auch Auseinandersetzung mit der Beziehung, die das Kind zu seinen Eltern und zu seiner sozialen Umgebung hat und der Beziehung, die den Eltern zu ihren Kindern möglich ist. Die Denkwelt der Kinder ist sehr lebendig, sie ist weniger sprachlich als die der Erwachsenen. Sie fordern uns auf, mit ihnen zu spielen und wir werden zu ihren Spielfiguren. Übertragung ist dabei oft nicht ein abstraktes Konzept, sondern eine konkrete Spielanweisung. Diese Besonderheiten machen es für uns als TherapeutInnen notwendig, spezifisches Wissen über Entwicklung zu haben, das Kind in seiner Entwicklungsumgebung wahrzunehmen und in seiner spielerischen Welt einen Platz zu finden.

Zu diesem Thema kann man sicher sehr vieles sagen. Ich werde mich auf Banales und fast Alltägliches beschränken und dem ein Stück nachgehen, damit es das Gewicht bekommt, welches es in unserer alltäglichen Arbeit mit Kindern haben sollte und nicht in Vergessenheit gerät, weil es selbstverständlich ist. Da wir zwei Begriffe in Verbindung bringen – Psychotherapie und Kind – (ich meine dann auch immer Jugendlichen) lassen sie mich zuerst zwei einfache Definitionen dafür bringen, was gemeint ist wenn ich “Kind “ sage und wenn ich “Psychotherapie“ sage.

Psychotherapie ist nicht direkte Reparatur eines Defektes, sondern ein Entwicklungsraum, der von einer TherapeutIn eröffnet wird und in dem von Patient und Therapeut eine neue gemeinsame Wirklichkeit gestaltet wird.

Mit dieser Sichtweise verändert sich auch die Problematik, die für den Behandler wahrnehmbar und damit wichtig wird. Es werden neben den Symptomen, die die Kinder und Jugendlichen bieten, auch die fehlenden Räume, die nicht gelebten Möglichkeiten, das Stagnieren von Entwicklungslinien und das Scheitern an Entwicklungsanforderungen deutlich. Dieser im Schatten stehende Teil, der weniger auffällig ist, weil er eben nicht sichtbar ist, ist die Ursache der langfristigen Problematik, die in vielen Bereichen des Lebens zur Entwicklungsstörung und Behinderung wird.

Kinder sind nicht fertig, sie haben viel Potential, das sie im Laufe ihrer Entwicklung realisieren können. Sie sind aber als Person und in ihren Entwicklungsmöglichkeiten abhängig von ihren Eltern und der Gesellschaft, die sie umgibt. Diese Abhängigkeit ist juristisch, ökonomisch und psychisch.

Diese Abhängigkeit besteht nicht nur zur Mutter oder den Eltern, sondern – dem schönen afrikanische Wort folgend: „Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind zu erziehen oder ein Kind stark zu machen!“ – auch zur Gesellschaft, die Forderungen stellt, Möglichkeiten bietet oder einschränkt. Als Teil dieser gesellschaftlichen Verantwortung können wir ja zum Beispiel die gesetzliche Forderung sehen, dass Kinder- und Jugendtherapeuten eine spezifische Ausbildung haben sollen. Zwei Worte sind für mich hier wichtig: Entwicklung und Abhängigkeit.

Das Kind ist in einer physiologischen Abhängigkeitsbeziehung, es gestaltet diesen co-kreativen Raum zwar von Anfang an aktiv mit, bleibt aber auf seine Struktur und rahmende und Möglichkeiten schaffende Funktion angewiesen. Die Auswirkung, die die Umgebung auf das Kind hat, ist je nach Vulnerabilität und Resilienz des Kindes unterschiedlich, aber immer wirksam.

Alle Kinder haben auch Eltern

Wenn wir in der Vorstellung jetzt mit der Behandlung eines Kindes beginnen und es uns gelingt, einen Entwicklungsraum zu eröffnen, wird sich das Kind Schritt für Schritt entwickeln. Was ist als nächstes zu befürchten? Das Kind wird in seinem realen Lebensraum in Schwierigkeiten kommen, da es erwartungsgemäß an die Grenzen dieses Raums stößt und in einen Konflikt – meist mit den Eltern – kommt, der seitens des Kindes nicht lösbar ist, da es in einer Abhängigkeit steht. Es muss daher, bevor die Behandlung des Kindes beginnen kann, eine Arbeit mit den Eltern stattfinden, um zu klären, welche Entwicklungen möglich sind und welche ihnen Angst machen. Mit einem spezifischen Elterninterview kann mit gewisser Wahrscheinlichkeit bereits vor

der Geburt eingeschätzt werden, wie sich Bindungssicherheit und Objektstabilität des Kindes entwickeln werden (Fonagy, Steele, Moran et al., 1992, Slade et al., 1999). Diese Arbeit ist, denke ich, hoch relevant, gleichzeitig bleibt sie aber hinter der Komplexität, die die Beziehung von Eltern zu ihren Kindern hat, zurück. Eltern sein ist ebenfalls ein Entwicklungsprozess bzw. eine altersspezifische Entwicklungsanforderung. So haben auch die Eltern in unterschiedlichem Ausmaß Fähigkeiten und Schwächen in ihren Entwicklungsphasen. Im Säuglingsalter braucht es die Fähigkeit mit dem Kind eine Symbiose eingehen zu können und Aussagen wie „wir können noch nicht durchschlafen“ sind passend und berechtigt. Dieses „wir“ ist notwendig, sollte aber Schritt für Schritt in ein „ich“ und „du“ übergehen und wäre bei der Aussage „wir haben die erste Regel“ deutlich verzögert.

Beim Kleinkind bedarf es des Stolzes darüber, was die Kleinen schon alles können. Dies wird in den Plaudereien der Eltern, die in deutlicher Konkurrenz ausgetragen werden, sichtbar, wer schon krabbeln, sitzen, gehen kann oder sauber ist. Beim Adoleszenten geht es sehr darum, wie die Eltern mit der Mischung aus Bewunderung und Abwertung umgehen können und sie die Autonomie der/s Jugendlichen zulassen können. Die erste Liebesgeschichte gehört dann noch dazu.

Es ist dies ein Entwicklungsprozess, in dem die Eltern im interpersonellen Raum mit ihren Kindern den Entwicklungsanforderungen wiederbegegnen, die sie in ihrer eigenen Sozialisation bewältigen mussten und es geht daher für sie darum, sich diesen Entwicklungsanforderungen erneut zu stellen, mit der zusätzlichen Anforderung zu bemerken, dass es sich jetzt um die Entwicklung des Kindes und nicht um ihre eigene handelt.

Was meine ich daher mit Elternarbeit?

Hier gibt es viele mögliche Vorstellungen: Erziehungsberatung, Psychoedukation und vieles mehr, was unter bestimmten Bedingungen alles Sinn machen kann. In diesem Zusammenhang meine ich aber auch: mit den Eltern über ihre eigene Erziehungsgeschichte sprechen und wahrnehmen, wie sie diese reflektieren können.

- Was ist denkbar und was nicht?
- Wie können sie zwischen sich und ihren Eltern und zwischen sich und ihrem Kind unterscheiden ?
- Was für einen Entwicklungsraum können die Eltern daher zur Verfügung stellen und wo ist für sie die Grenze zur Angst und Bedrohung.

Es gilt also zuerst mit den Eltern zu klären und zu erarbeiten, wie der Raum ist, den sie zu Verfügung stellen können. Wenn sie mir jetzt aus der Kombination „Psychotherapie ist Entwicklungsraum und ein Kind ist abhängig“ ein Paradigma für die Behandlung erlauben, heißt das: Keine Kindertherapie ohne Elternarbeit, sonst bringen Sie das Kind in eine nicht lösbare Konfliktsituation.

Wenn man mit wirklich schwierigen Kindern und mit wirklich schwierigen Eltern arbeitet, mag diese Aussage ja manchmal absurd klingen, aber genau bei diesen wird es uns allen bald deutlich, dass wir sehr schnell an diese Grenze stoßen, wenn wir es nicht trotzdem tun.

Entwicklung und Störung

Entwicklung klingt auf Anhieb wunderbar. Das Gras wächst, die Bäume blühen. Es ist Frühling und Entwicklung ist zukunftssträchtig und schön. Also: Kinder entwickeln sich, daher habe ich als Kindertherapeut eine besonders schöne Arbeit. Das stimmt natürlich, aber schauen wir trotzdem noch genauer hin.

Beim Erwachsenen setzen wir mehr oder weniger bewusst eine Norm, die gesellschaftlich verankert ist. Er soll arbeiten, soziale und sexuelle Beziehungen haben und sich im Leben autonom, verantwortungsvoll und lustvoll bewegen. Die normative Bewertung ist hier nicht in einem moralischen Sinn zu verstehen, sondern als Grundlage dafür, die Besonderheiten, Eigenarten und Schwierigkeiten des Gegenübers wahrnehmen zu können.

Beim Kind ist das differenzierter, es steht in einem Entwicklungsprozess. Erikson (2005) beschreibt zum Beispiel, vor welchen konflikthaftern Entwicklungsaufgaben das Kind in den unterschiedlichen Altersstufen steht. Diese Phasen sind nicht nur einfach zu erfüllende Stufen, sondern jedes Mal eine Orientierung in einem breiten Feld von Möglichem.

- Vertrauen vs Misstrauen 0-1,5 J.
- Autonomie vs Selbstzweifel 1,5-3 J.
- Initiative vs Schuldbewusstsein 3-6 J.
- Kompetenz vs Minderwertigkeit 6-12 J.
- Identität vs Rollendiffusion Adoleszenz

Dies klingt vorerst einfach, ist allerdings deutlich schwieriger, wenn man ins Detail geht und feststellen muss, dass es nicht nur eine Entwicklungslinie sondern viele gibt, die in einem Entwicklungsprozess zusammen spielen und zusammengeführt werden müssen, damit eine ungestörte Entwicklung möglich ist, wie Anna Freud sie beschreibt.

Die Entwicklung des Denkens ist schneller als die Entwicklung der Mundmotorik und das Kind stottert. Der Wunsch nach Autonomie ist stärker als das motorische Entwicklungsniveau und ich bekomme Wutanfälle beim jedem Sturz. Die körperliche Pubertät hängt hinter dem Wunsch nach, von den Mädchen als Mann wahrgenommen zu werden. Die optische Kanalkapazität ist enger als das, was von der Tafel abgeschrieben werden muss.

Diese Stränge von somatischer, intellektueller und psychischer Entwicklung, die wieder aus vielen Fäden zusammengesetzt sind, erfahren in ihrer Inhomogenität dann im interpersonalen Raum eine Bedeutung, die Teile der Entwicklung will und fördert oder hemmt und verhindert. In dieser Vielfalt und Vielschichtigkeit ist es deutlich schwieriger sich zu orientieren und normativ festzulegen, wo das Kind steht, was verzögert ist und wo die zweite Komponente wirksam wird – die der Störung, welche die Entwicklung des Kindes in eine Sackgasse lenkt.

Die Behinderungen wahrnehmen und betrauern

In dieser Fülle an Möglichkeiten, die in einer kindlichen Entwicklung sind, wird leicht übersehen, dass jede Entwicklung auch Grenzen hat und jedes Kind andere Entwicklungsmöglichkeiten und -behinderungen hat. Auf sichtbare Behinderungen, wie Störungen des Bewegungsapparats, chronische Erkrankungen oder sichtbare Minderbegabung nehmen wir Rücksicht und können mit den Kindern und Eltern diese Einschränkungen wahrnehmen und betrauern. Die Schwierigkeit sind die nicht sichtbaren Einschränkungen, wie Teilleistungsstörungen, sensorische Integrationsstörungen und andere sehr basale Störungen. Diese „Behinderungen“ zu übersehen stellt das Kind vor eine kontinuierliche Überforderung. Es sind mir im Laufe der Jahre sicher mehr „hochbegabte“ Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten vorgestellt worden, die durchschnittlich intelligent waren und an solchen „kleinen“ Behinderungen gelitten haben, die verleugnet werden mussten, als hochintelligente Kinder.

Entwicklung und Störungsbild

Ein Kind hat im Laufe seiner Entwicklung Schäden erlitten, die zu Narben und Einschränkungen geführt haben, es muss aber jetzt nicht nur damit fertig werden, sondern es trifft auch auf die nächste Entwicklungsaufgabe, die es zu bewältigen hat. Störungsbild und Entwicklungsaufgabe in altersspezifischer Form vermischen sich. Das Kind steht damit aber auch immer vor zwei Aufgaben: einerseits die Störung zu bewältigen andererseits auch die Entwicklungsaufgabe zu erfüllen.

Eine Fallvignette: Anna ist 16 Jahre alt, hat eine eher fürsorgliche und leicht ängstlich-depressive Mutter, der Vater ist eher peripher und affektiv etwas unterreguliert. Ihre Beziehung war bis in die Adoleszenz relativ gut, bis auf eine leichte

Trennungsängstlichkeit. Mit Beginn der Adoleszenz beginnt Anna sich selbst zu verletzen und entwickelt nach einiger Zeit ein malignen-depressives Zustandsbild. Die Entwicklungsanforderung der Adoleszenz, die Eltern zu desidealisieren und damit einen Autonomieschritt zu setzen, hat sie völlig überfordert. Anstelle einer Auseinandersetzung mit den äußeren Objekten kommt es zu einem malignen Kampf mit den inneren Objekten, die von ihr abgewertet und zerstört werden und sie in eine tiefe innere Leere stürzen.

Wir sind bei diesem Beispiel mit zwei Dingen konfrontiert: mit dem symbolischen Rucksack, den das Kind mit sich trägt und der Entwicklungsaufgabe, die es gerade bewältigen soll. Auf beides muss sich unsere Aufmerksamkeit richten, damit weder das, was behindert wird noch das, was gerade Ziel ist, aus den Augen verloren geht. Das eine würde in die Regression führen, das andere dazu, dass die Entwicklungsaufgabe nicht erfüllt werden kann und man einfach nur verzweifelt.

Entwicklung ist ein Experiment

Nicht jeder Versuch das neue Land, das sich im Lebensraum der Kinder eröffnet zu erobern, ist ein geglückter. Dies ist auch im Prozess der Therapie oft eine Verwirrung, der wir ausgesetzt sind, was anhand von Beispielen deutlich wird.

Herbert (9 J.) ein zwanghafter und ängstlicher Bub, wird plötzlich oppositionell und etwas dissozial. Ist dies Entwicklungsschritt oder Sackgasse?

Anna (13 J.) beginnt sich nach einer depressiven Episode zu schminken, als würde sie sich prostituieren wollen. Interpretieren wir dies als Regression auf die prägenitale Mutter, als oppositionelles Verhalten oder als positive narzisstische Besetzung des Körpers, etc.?

Herbert (16 J.) erzählt nur mehr, wie toll er ist. Nimmt er einen narzisstischen Anlauf für einen Entwicklungsschritt oder ist es ein narzisstischer Rückzug, mit dem er die Realität vermeidet?

Es ist notwendig ein differenziertes Wissen über Entwicklung und Entwicklungsstörung zu haben, um Kinder und Jugendliche in einem therapeutischen Prozess begleiten zu können.

Das Kind und seine Beziehung zum/r Therapeut/in

Die Frage, wie funktioniert die Welt und wie soll ich mit ihr umgehen, ist eine, die in sehr unterschiedlicher Form Kinder an Erwachsene stellen. Manchmal sehr direkt,

wie es Vierjährige in der Straßenbahn tun und zum Beispiel die ältere Dame, die einen Stock hat, fragen, ob sie sich weh getan hat. Oder Jugendliche, die wissen wollen, was für Erfahrungen der Erwachsene hat: „Haben Sie auch Drogen genommen?“ Diese Fragen, die Kinder den Erwachsenen stellen, sind keine Übertragungsneurosen und es ist manchmal sehr schwierig, diese Fragen zu beantworten.

Die Geschichten, die Kinder erzählen, sind aber nicht nur Gesprochenes, sondern sehr häufig Spiele oder Szenen, die dargestellt werden. Als Beispiel: Fritz kommt ins Zimmer und begrüßt den Therapeuten nur beiläufig. Er setzt sich ganz ordentlich zum Schreibtisch und tut ganz konzentriert und vielbeschäftigt.

Aus dem Kontext der Behandlung ist es naheliegend, dass er eine Situation darstellt, wie er sie mit seinem vielbeschäftigten Vater oft erlebt. Er stellt damit gleichzeitig ganz offen in diesem Spiel die Frage: „Was ist da los? Habe ich etwas falsch gemacht? Soll ich es auch so machen? Was würdest du als Therapeut in dieser Situation tun?“

Hanna zeichnet sich und ihre Mutter, wie sie in einem Heißluftballon davon fliegen. Dabei macht sie ihren Wunsch nach symbiotischer Verschmelzung, aber auch ihre Angst, dabei davon zu fliegen, deutlich.

Die Kinder stellen in ihrem Spiel direkte Fragen und der Therapeut antwortet direkt mit seinem nächsten Satz oder seiner nächsten Handlung, ob er es will oder nicht. Diese Direktheit der Kommunikation mit Kindern lässt keine Zeit für eine Schweigepause, in der man nachdenken kann, wie man darauf reagieren sollte. Man benötigt daher für die Nachbereitung der Stunden mehr Zeit und eine größere Genauigkeit, um nicht nur das Kind, sondern auch sich selbst zu verstehen. Dabei ist es unumgänglich, dass wir sowohl die Geschichte als auch die Lebenssituation des Kindes gut kennen, da wir dadurch die Andeutungen, die im Spiel vom Kind gemacht werden, verstehen und in einen Kontext setzen können.

Diese Forderung des Kindes, sehr spontan zu reagieren, bringt die /den Therapeuten als Person auch in sehr direkter Form ins Spiel und macht es in besonderer Form notwendig, dass ihm/ihr Erziehungsgeschichte und eigene Elternbilder bewusst sind, da sie in der Behandlung kontinuierlich angesprochen werden.

Die Eltern, die Kinder und die/der TherapeutIn

In der Psychotherapie mit Kindern sind die Eltern nicht nur Teil einer Erzählung, sondern wir begegnen ihnen konkret, wenn sie die Kinder in die Stunde begleiten.

Der Therapeut sieht wie die Eltern mit dem Kind umgehen und die Eltern sehen auch umgekehrt, wie der Therapeut das Kind begrüßt und verabschiedet. Es gibt meist Gespräche mit den Eltern und unter Umständen gemeinsame Sitzungen. Der Therapeut ist real und nicht nur in der Phantasie in die Beziehung zwischen Eltern und Kind involviert. Und keine Seite erlaubt Verrat. Dies fordert paradoxerweise auch ein Stellungnehmen, da nicht Stellung zu nehmen ein mitagieren ist.

Als Psychotherapeut sind wir Wächter des Entwicklungsraums. In der Psychotherapie in der Arbeit mit Kindern haben wir auch Verantwortung für den Lebensraum.

Dr. Rainer Fliedl

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hinterbrühl, Psychoanalytiker, Leiter der Weiterbildung Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche im ÖAGG

E-Mail: Rainer.Fliedl@moedling.lknoe.at

Literatur:

.....
Erikson E.H., (1957) Kindheit und Gesellschaft, Stuttgart 2005

.....
Freud A., (1963) Psychische Entwicklungslinien. Die Schriften der Anna Freud Band VIII (1965) 2182-2212

.....
Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran G S et al (1991) The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment *Infant Mental Health Journal*, 12(13), 201-218

.....
Slade, A. (1999) Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In j. Cassidy & p.R. Shaver (Ed.) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp 575-594) New York Guildford Press.

Stationäre Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen

Chancen und Möglichkeiten heterogener Zusammensetzungen

Karin Zajec

Abstract

In stationären Gruppen ist in der Regel eine Mischung an Störungsbildern, Diagnosen, psychischen Strukturniveaus und anderen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Bildung, etc. anzutreffen. Der folgende Text gibt einen kurzen Abriss zu Konzept und Bedeutung unterschiedlicher psychischer Strukturniveaus im Kindes- und Jugendalter und zu den Bedingungen die es braucht, damit prozessorientierte Gruppenpsychotherapie im stationären Alltag einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station gelingen kann. In Folge wird der Fokus auf heterogene Gruppenzusammensetzungen gelenkt. Dabei sollen Chancen und Möglichkeiten strukturgemischter Gruppen hinsichtlich der Affektverarbeitung und des interpersonellen Lernens illustriert werden, sowie deutlich gemacht werden, dass Kinder und Jugendliche meist nicht „durchgängig“ strukturell eingeschränkt sind. Die praktische Relevanz all dieser Aspekte in ihrer Verknüpfung wird anhand von Fallvignetten verdeutlicht.

Einleitung

Meinem Verständnis von psychischer Krankheit liegt der Krankheitsbegriff, wie er in der Dynamischen Gruppenpsychotherapie beschrieben wird, zugrunde. Demzufolge ist „psychische Krankheit nicht primär ein individuelles Problem, sondern kann vorwiegend als Ausdruck eines gestörten Systems oder Felds gesehen werden, in dem die Krankheitsrolle von einer Person (als soziales Rollenverhalten) übernommen wird, welche sie prinzipiell unter veränderten Bedingungen auch an jemand anderen innerhalb dieses Feldes abgeben könnte“ (Andreas 1999, 209). Ziel der Behandlung ist nicht in erster Linie die Beseitigung des Symptoms, sondern die Entwicklung der Persönlichkeit, der Zuwachs an Arbeits- und Liebesfähigkeit. „Über Erfolg und Misserfolg einer Behandlung entscheidet nicht ein abstrakter Gesundheitsbegriff, sondern ob es dem Patienten gelingt, in seinem Lebensraum seine Position zu verändern, sozial beweglich zu werden und sich wieder zu integrieren.“ (Fliedl 1999a, 19).

Als Dynamische Gruppenpsychotherapeutin begreife ich Gruppe als Ganzes, wie einen eigenständigen Organismus. In einer Therapiegruppe geschieht nicht eine Therapie des Einzelnen IN der Gruppe sondern DURCH die Gruppe. Es handelt es sich um einen reflexiven Raum, in dem es in erster Linie darum geht Beziehungen anzuregen, damit „ausgeschlossene Symptome wieder in sozial mittelbare Konflikte gewandelt werden können“ (Majce-Egger 1999, 240). Folgende Prinzipien sind von essentieller Bedeutung, mit Bezug auf das:

- Hier und Jetzt – die Interaktionen in der Gruppe
- Dort und Dann – aktuellen Beziehungen außerhalb der Gruppe
- Dort und Damals – vergangenes Interagieren mit bedeutsamen anderen Menschen in der Lebensgeschichte

„Jede Gesellschaft bedarf einer „Normalität“, die es ermöglicht, Verhaltensweisen und Denkweisen, sowie verschiedene Ideale als unhinterfragt und selbstverständlich nehmen zu können. Personen, die nicht daran teilnehmen, beunruhigen und bedrohen die momentane gesellschaftliche Struktur. Es entsteht ein fiktiver Pool an Außenseitern, mit dem jede Gesellschaft umgehen muss und für die unterschiedliche Institutionen zur Verfügung stehen.“ (Fliedl 2008, 132).

Basis meiner Überlegungen stellt die gruppentherapeutische Tätigkeit im Rahmen einer solchen Institution dar – einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Dabei halte ich es ganz mit Yalom's Aussage „Kein Gruppentherapeut kann eine stationäre Gruppentherapie erfolgreich leiten, wenn andere Mitglieder des behandelnden Teams nichts von Gruppentherapie halten.“ (2005, 26). Daher hier einige Worte zur Institution: Die Haltung des therapeutischen Angebots des Hauses ist sowohl von einem sozialpsychiatrischen wie psychodynamischen und gruppendynamischen Grundverständnis geprägt. Das hilft. Der Kern liegt darin, in der Therapie die Beziehung der Kinder und Jugendlichen zu uns und zwischen ihnen zu reflektieren. Über die Jahre der Entwicklung hat sich eine Haltung im Team etabliert, die Gruppentherapie als wertvollen Teil der Gesamtbehandlung betrachtet. So ist es mittlerweile selbstverständlich, dass Kinder und Jugendliche nicht aus den Gruppensitzungen geholt werden, Terminkollisionen soweit möglich vermieden werden und auf den Wohngruppen zwischen Betreuern und Jugendlichen manchmal überlegt wird, wie die Gruppensitzungen für den Umgang mit aktuellen Konflikten auf der Wohngruppe genutzt werden können.

In der Realität einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit Versorgungsauftrag sind störungsspezifische oder strukturniveauhomogene

Gruppentherapie de facto kaum umsetzbar. Aber auch abseits dieser Realität erscheint die „strukturniveaugemischte“ Gruppenpsychotherapie als notwendiges und hilfreiches Behandlungsinstrument, um Unterschiede, die im täglichen Zusammenleben auf der Station deutlich werden, in einem geschützten und zeitlich klar definierten Rahmen thematisieren und damit integrieren zu können. Durch gemeinsames Spielen, Tun, Reden und Denken wird eine Reflexion über Prozesse und Geschehnisse im Stationsalltag ermöglicht sowie eine Verbindung für Probleme und Schwierigkeiten im Alltag inner- und außerhalb der Station hergestellt.

Die Arbeit auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung ist begleitet von Ambivalenzen. Dabei kann man folgende Sichtweise einnehmen: nicht die Art der psychischen Störung ist der Grund zur stationären Aufnahme, „sondern das Ausmaß der Unangepasstheit. [...] Die Psychiatrie als Institution hat damit zwei Aufgaben gleichzeitig zu erfüllen: einerseits die Behandlung der Patienten, andererseits den Schutz der Gesellschaft vor bestimmten Außenseitern.“ (Fliedl 2008, 133). Gruppenpsychotherapie kann dabei als Übergangsraum genutzt werden, wo gesellschaftliche Ausstoßungstendenzen „aufgehoben“ werden können und gleichzeitig eine Klärung und Konfrontation mit der gesellschaftlichen Realität stattfinden kann (Haubl 1988). Burrow's Ansatz (1926/2015) weist darauf hin, dass die primäre Störung in der Unterschiedlichkeit zwischen der Neurose des Patienten und der Neurose der Gesellschaft liegt und die Gesellschaft dazu neigt, jene Personen welche die gesellschaftliche Neurose nicht teilen zu isolieren. Das Leid der Person läge damit primär in der Isolation und nicht in der Neurose. Diesen Überlegungen folgend könnte man unterstellen, dass durch die notwendige Vorselektion bei homogener Zusammensetzung, die Individualisierung des Leids nochmals verschärft wird, obwohl man in einer Gruppe ist. Eine heterogene Zusammensetzung entspräche dementsprechend einer Widersetzung gegen die Individualisierung der Störung und somit einer Widersetzung gegen eine Individualisierung sozialer Konflikte.

Psychische Strukturniveaus im Kindes- und Jugendalter

„Gesundes, reifes psychisches Funktionieren kann flexibel auf innere und äußere Bedingungen reagieren.“ (Noske 2014, 9). In turbulenten Zeiten kommt es zu einem Rückgriff auf frühere Formen des Erlebens, einer Nutzung der entlastenden Wirkung der Regression ohne dass von Krankheit die Rede sein kann „erst wenn es zu dauerhaften Fixierungen kommt [...] wenn nicht verarbeitbares Leid zu seelischen Verzerrungen und Brüchen führt, [dürfen wir] von psychopathologischer Symbolbildung bzw. von Krankheit [sprechen].“ (Noske 2014, 9)

Dabei trifft Noske folgende Einteilung:

- gesunde Struktur
- durch Belastungen getriggerte vorübergehende Störungen
- strukturelle Vulnerabilität
- dauerhaft strukturelle Störungen

Aus psychodynamischer Perspektive handelt es sich nicht um eine Ablösung, sondern um einen Aufbau, die Modi stehen in Beziehung zueinander. In meiner eigenen therapeutischen Arbeit verwende ich die OPD-KJ2 als Hilfsmittel, um Beobachtungen und Überlegungen zu strukturieren und beziehe mich in meinen Ausführungen auf die dort beschriebenen Integrationsniveaus (s.Tab.2) der psychischen Struktur (s.Tab.1):

Tab.1: Strukturelle Dimensionen OPD-KJ2 im Überblick (Arbeitskreis OPD-KJ-2 2013, 88)

Steuerung	Identität	Interpersonalität	Bindung
Impulssteuerung	Kohärenz	Fantasien	Zugang zu Bindungsrepräsentationen
Affekttoleranz	Selbsterleben	Emotionale Kontaktaufnahme	Sichere innere Basis
Steuerungsinstanzen (Gewissensbildung)	Selbst-Objekt Differenzierung	Reziprozität	Fähigkeit alleine zu sein
Selbstwertregulation	Objekterleben	Affekterleben	Nutzen von Bindungsbeziehungen
	Zugehörigkeit	Empathie	
		Fähigkeit sich zu trennen	

Tab.2: Integrationsniveaus der OPD-KJ2 (Noske 2014, 115)

Integriert	entspricht dem hohen Strukturniveau bzw. der neurotischen Ebene
Mäßig integriert	entspricht dem mittlerem Strukturniveau bzw. der Borderlineorganisation
Gering integriert	entspricht dem niedrigen Strukturniveau bzw. einer Störung des Selbst
Desintegriert	Entspricht einer Fragmentation, psychotischer Dekompensation bei niedrigem Strukturniveau

Dabei erachte ich eine bestimmte Ausprägung des Strukturniveaus als nicht in jedem Fall gleichsetzbar mit bestimmten Störungsbildern oder ICD-10 Diagnosen und folge der Formel: Störungsspezifisch \neq Strukturspezifisch \neq Diagnosespezifisch, sondern halte ein multifaktorielles Vorgehen für empfehlenswert. Weiters erfolgt in der OPD-KJ2 eine Differenzierung der Altersstufen: Vorschulzeit 3–5 Jahre, Schulzeit 6–12 Jahre, Beginn der Adoleszenz ab 13 Jahren. Kinder und Jugendliche sind meist

nicht „durchgängig“ strukturell eingeschränkt, sondern es zeigen sich unterschiedliche Schwerpunkte. Im Alltag der Behandlung scheint es wesentlich, das Vorhandensein diverser Zwischenformen/Übergangsstadien sowie eine gewisse Situationsgebundenheit nicht nur anzuerkennen, sondern als Hinweise zu nutzen, die zu einem besseren Verständnis der Person und ihrer Entwicklung beitragen, wodurch die Entwicklung von hilfreichen Interventionen möglich wird.

Zurück zur Gruppentherapie

Gruppentherapie verstehe ich als Regression fördernden Raum, in dem GruppenleiterInnen die Aufgabe haben, darauf zu achten welches Regressionsniveau gerade noch vertragen wird. Hinsichtlich der zu setzenden Interventionen ist es von Bedeutung, eine Einschätzung über das aktuelle Strukturniveau der einzelnen TeilnehmerInnen zu haben, im Sinne von „Wer braucht was?“ und „Was ist für wen gerade verträglich?“. Gleichzeitig geht es darum die Gruppe als Ganzes zu sehen, den momentanen Organisationsgrad der Gruppe (Schindler 1969) und die vorherrschende Grundannahme (Bion 1961) zu berücksichtigen, um passende Interventionen auf Gruppenebene zu setzen.

Heterogene Gruppenzusammensetzungen

Meist ergibt sich eine recht heterogene Mischung hinsichtlich der strukturellen Möglichkeiten der Einzelnen. Primäres Ziel ist die Beziehungen unter den Kindern und Jugendlichen anzuregen. Dadurch kann verdeutlicht werden, dass sie Anteil am Zustandekommen ihrer stationären Beziehungen haben. In Folge geht es darum, dieses Verhalten gemeinsam zu verstehen, ihm Bedeutung und Sinn zu verleihen und Veränderungen überlegen zu können (Fliedl, 2009).

Die Gruppensitzungen werden von zwei TherapeutInnen geleitet und finden 1x/Woche mit einer Sitzungsdauer von 60 Minuten (bei den 13–18 Jährigen) bzw. 75 Minuten (bei den 3–6 Jährigen) statt. Da die Kinder und Jugendlichen unterschiedlich lange stationär aufgenommen sind, ergibt sich ein häufiger Wechsel der Gruppenzusammensetzung. Der Raum wird so strukturiert, dass er dem Lebens- wie Entwicklungsalter der Kinder/Jugendlichen gerecht wird. Bei den Kindern gibt es statt Sesseln Sitzpöster, mit Hilfe von Tischen, Decken, Pöestern und Malerkreppband werden im Vorfeld für jedes Kind „Inseln/Höhlen“ vorbereitet, welche als Rückzugsort und Bezugspunkt dienen und von den Kindern mit Hilfe von weiterem Material ausgestaltet werden können. Die Art und Weise wie die Kinder miteinander in Kontakt und Austausch kommen, ist im Unterschied zu den Jugendlichen deutlich stärker geprägt von motorischem Ausagieren, teils ist es wesentlich lauter und bewegter. Die Jugendlichen sitzen im Sesselkreis,

können aber auch auf Material zurückgreifen wenn sie möchten. In beiden Altersgruppen ist die Haltung der TherapeutInnen hinsichtlich der Strukturierung des Rahmens davon geprägt, ein Gleichgewicht zwischen soviel wie nötig und so wenig wie möglich zu schaffen. Der Rahmen ist fraglos wichtig „muss aber selbst so lebendig bleiben, dass Wechselwirkungen nicht be- oder verhindert werden“ (Schenk, 1999, S.299). Die TherapeutInnen verstehen sich über die gesamte Sitzungsdauer hinweg in einer begleitenden, stützenden und beratenden Funktion und achten auf das Einhalten des Rahmens. Scheint ein Kind/ein Jugendlicher während einer Sitzung zusehends überfordert, besteht die Möglichkeit mit einer der TherapeutInnen den Raum zu verlassen, um in einem Nebenzimmer zu klären, was gerade los ist und ob eine weitere Teilnahme möglich ist, wobei wir als TherapeutInnen das Ziel einer Rückkehr verfolgen, da Auslöser oftmals in der aktuellen Schwierigkeit begründet sind, das eigene Erleben in die Gruppe einzubringen und sich häufig herausstellt, dass es genau darum geht – Integration der momentan erlebten Schwierigkeit ins Gruppengeschehen. Ein Beispiel dazu:

Lukas (6a), ein bereits frühkindlich stark traumatisierter Bursche, kann sich verbal bereits differenziert ausdrücken, zeigt aber insgesamt deutliche strukturelle Schwächen welche v.a. im Hinblick auf eine sichere innere Basis und im Bereich des Affekterlebens massiv ausgeprägt imponieren. So scheint er sich kaum alleine beschäftigen zu können, wenig Bezug zu seinem inneren Erleben herstellen zu können, sowie Gefühle meist nur undifferenziert und in Form von innerer Spannung wahrzunehmen. Folgender Situation geht eine längere Zeit in der tagesklinischen Kindergruppe voraus, wo die fünf Kinder selten gemeinsam waren, durch verschiedene Umstände meist nur in Teilkonstellationen Zeit miteinander verbrachten und Kontakt im Organisationsniveau der Gruppe primär über dyadische Beziehungen möglich war. In dieser Sitzung ist die Gruppe seit langem wieder einmal vollständig und es muss damit wieder deutlicher mit Phasen der wechselnden (triadischen) Beziehungskonstellationen umgegangen werden. In der Sitzung bemüht Lukas sich mehrfach mit Patrick (4a, mittleres Strukturniveau) in Kontakt zu kommen und macht wiederholt konkrete Spielvorschläge. Patrick ist jedoch gerade intensiv mit Manuel (4a) im Kontakt, beide bauen mit Holzklötzen Türme. Die Einladung von Patrick zu ihnen beiden dazu zu kommen lehnt Lukas ab, worauf Patrick meint, „Dann spiele ich heute gar nicht mehr mit dir!“ Danach zieht sich Lukas in seine Höhle zurück, um kurz darauf wieder zu versuchen, Patrick zu sich zu holen. Dieser dreht ihm demonstrativ den Rücken zu. In Folge wird Lukas sehr angespannt und ruft „Ich geh jetzt auf die Gruppe!“ und zur Therapeutin gewandt „Du brauchst nicht mitkommen, ich kann schon alleine gehen!“ Die Therapeutin begleitet Lukas dennoch. In Folge gibt Lukas im Nebenraum wilde, tierähnliche Laute von sich, läuft im Raum herum, bricht schlussendlich aber in Tränen aus, als die Therapeutin

nachfragt, ob es sein kann, dass er traurig darüber sei, dass Patrick heute vor allem mit Manuel spiele. Mit Unterstützung der Therapeutin gelingt es Lukas wieder zurückzukehren und Patrick zu sagen, dass er Angst hat, dass dieser nun nicht mehr sein Freund sei. Dieser reagiert zunächst überrascht, meint dann „Natürlich bin ich dein Freund, wir können dann nachher auf der Gruppe (Anm. Tagesgruppe) eh was spielen. Ausgemacht?“ In Folge wirkt Lukas deutlich entspannter, beginnt seine Höhle zu gestalten und hat mit anderen Kindern der Gruppe kurze gemeinsame Spielsequenzen. In den Folgesitzungen sind triadische Beziehungskonstellationen wieder deutlich mehr vorhanden und konfliktfreier erreichbar.

Interpretation:

Der Konflikt "ausgeschlossen sein" wird in der Gruppe gelebt. Patrick kann diesen Konflikt von der Abgrenzungsseite her gut halten. Lukas erlebt auf einem niedrigen Strukturniveau die Situation als absolutes Verlassen werden. Nach einer Zeit der Beruhigung und mit Hilfe der Therapeutin kann Lukas seine Erregung senken und damit die Angst auf seinem Strukturniveau formulieren. Dies wird von Patrick auf einem hohen Strukturniveau beantwortet: „Natürlich bin ich dein Freund, wir können dann nachher auf der Gruppe eh was spielen. Ausgemacht?“ und damit auch beruhigt. Die beiden Kinder arbeiten damit das Thema ausgeschlossen sein und nicht dazu zu gehören für die gesamte Gruppe durch.

Noch eine Anmerkung: Patricks Antwort verweist auf ein für ihn verblüffend hohes Strukturniveau. Er macht einen Bezug zur Zukunft, welcher deutlich macht, dass nicht mehr „alles ist immer“ von ihm angenommen wird, sondern Veränderungen und Perspektiven gedacht werden können, anders gesagt die Überwindung des Persönlichkeitsstörungsniveaus gelingt. Dieses Beispiel verdeutlicht auch eindrücklich das Zusammenspiel zwischen psychischer Entwicklung und voranschreitendem Lebensalter, da anzunehmen ist, dass ihm noch vor ca. 6 Monaten, aufgrund seines Lebensalters und der damit einhergehenden Entwicklungsstufe, eine solche Aussage noch wesentlich schwerer möglich gewesen wäre, abseits von Störungsbild und Symptomatik.

Vorteile einer heterogenen Zusammensetzung

Durch Heterogenität entsteht ein breiteres Feld, das der gesamten Gruppe sowie den einzelnen TeilnehmerInnen vielfältigere soziale Erfahrungs- und Lernspielräume bietet. Bei passender Zielsetzung und Interventionstechnik seitens der Gruppenleitung wird dadurch ein realitätsnäheres interpersonelles Lernen als in homogenen Gruppen möglich, was wiederum die Entwicklung von Transferleistungen für die Umsetzung in den Alltag erleichtert. Haubl (1988) postuliert, dass sich Interaktionsformen aufgrund

enttäuschter Erwartungen verändern. Diese erzeugen Unzufriedenheit, welche unter geeigneten Bedingungen das Bemühen um soziales Lernen in der Gruppe erhöht. Personen mit unterschiedlichen strukturellen Möglichkeiten verspüren zu deutlich unterschiedlichen Zeitpunkten Spannung oder Unzufriedenheit, wodurch eine größere Variationsbreite an Auslösern für soziales Lernen entstehen kann als in homogenen Gruppen. Je nach Gruppenphase werden Stärken und Schwächen der verschiedenen Strukturniveaus deutlich, die als störend/irritierend oder unterstützend/ermöglichend wahrgenommen werden können. Konfrontation und Klärung bedeutet auch Verarbeitung auf affektiver Ebene. Nicht benennbare Spannungen „fallen in die Gruppe“, diese können durch einzelne Gruppenmitglieder bzw. die gesamte Gruppe aufgenommen und in verdauter Art und Weise zurückgegeben werden. „Nicht Benennbares (Unverdauliches) wird zu Benennbarem (Verdaulichem). Gefühle werden verstanden und Gedanken bekommen Bedeutung.“ (Fliedl 2002, 45).

Die heterogene Zusammensetzung sowie die unterschiedlich lange Teilnahme an den Gruppensitzungen stellen fraglos eine Herausforderung für die Gruppe dar. Notwendige Grundvoraussetzungen für ein Gelingen stellen dabei realistische Ziele und eine klare Haltung der TherapeutInnen dar, weiters braucht es das Wissen der TherapeutInnen, welches Strukturniveau wann was braucht. Je nach aktueller Gruppenkonstellation und struktureller Möglichkeit einzelner Kinder und Jugendlicher geht es in den Gruppensitzungen auch oftmals um ein „einhalten – aushalten – durchhalten“. Unsere Ziele, die als aufeinander aufbauend verstanden werden sollen:

- Einhalten, Aushalten, Durchhalten der Sitzung
- Angemessener Austausch im Umgang miteinander
- Anteil nehmen, sich einbringen, Balance üben
- Verantwortung für den Gruppenprozess übernehmen
- Aktive und kreative Auseinandersetzung mit den auftauchenden Themen

Die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erfordert grundsätzlich von TherapeutInnen einen höhere Unmittelbarkeit im Kontakt und eine haltende Grundposition. In der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit braucht es nach Bion (1961, Fliedl 2002):

- ein gemeinsames Ziel, das die GruppenteilnehmerInnen miteinander verfolgen können
- eine Leiterfigur, die einerseits angreifbar ist aber auch Halt gibt und vermittelt, dass das gemeinsame Ziel erreichbar ist.

Wir TherapeutInnen werden gebraucht als (Noske 2014, 28):

- Hilfs-Ich (niedriges Strukturniveau)

- Als Objekt der Sehnsucht und der Abgrenzung (mittleres Strukturniveau)
- Auch als Vorbild und Rivale (hohes Strukturniveau)

Anders formuliert geht es beim niedrigen Strukturniveau um das „Sein“, beim mittleren Strukturniveau um das „unterschieden Sein“, beim hohen Strukturniveau um das „besser Sein“.

Weiters müssen wir TherapeutInnen davon ausgehen, dass sich die Lebensdauer dieser Gruppenkonstellation eventuell auch auf nur wenige Sitzungen beschränkt. Vielleicht taucht bei einigen LeserInnen die Frage auf, „Zahlt es sich den überhaupt aus, wenn ein Kind/ein Jugendlicher vielleicht nur bei 2–3 Gruppensitzungen dabei ist? Ist das nicht viel zu kurz?“ Ich meine ja, es zahlt sich aus. In der Praxis zeigt sich jedenfalls, dass im stationären Kontext kurz ein relativer Begriff ist. Wiederholt erleben wir, dass sich ein großer Teil der Gruppenarbeit auch außerhalb der Sitzung fortsetzt, da die Kinder und Jugendlichen miteinander leben und sich zwischen den Sitzungen ständig begegnen.

Chancen und Möglichkeiten strukturgemischter Gruppen hinsichtlich der Affektverarbeitung und des interpersonellen Lernens

Wie schon erwähnt ist unsere Haltung als TherapeutInnen hinsichtlich der Strukturierung des Rahmens davon geprägt, ein Gleichgewicht zwischen soviel wie nötig und so wenig wie möglich zu schaffen. Unstrukturiertheit erzeugt Spannung, Erwartungen werden frustriert.

Kinder und Jugendliche, die ein niedriges Strukturniveau aufweisen, können „am leichtesten“ über Imitation und Nachahmung lernen, d.h. für sie stellt die Teilnahme an einer Therapiegruppe die Möglichkeit dar, vieles an Verhaltens-, Interaktions- und Bewältigungsmöglichkeiten sowie Beziehungsformen zu beobachten. Es kann erlebt werden, dass der Ausdruck von Gefühlen oder Gedanken keinen Schaden anrichtet (die befürchtete Katastrophe bleibt aus), sondern bei entsprechender Begleitung die Personen einander näher bringt. Kinder und Jugendliche mit niedrigem Strukturniveau sitzen oft schweigend in der Gruppe und wenn sie sich ins Gespräch einbringen, erfolgt dies häufig über ein Ausagieren oder das Benennen eher diffuser Spannungen. Durch Unterstützung von anderen Kindern und Jugendlichen, die im Sinne eines Hilfs-Ich durch Nachfragen, ermutigende Äußerungen oder dem „Klarmachen“, dass sie an seiner Seite bleiben, wenn dieser versucht das zu benennen, was ihn beschäftigt, gelingt es Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Strukturniveau fallweise belastende Themen zum Ausdruck zu bringen, welche von der Gruppe aufgegriffen und durchgearbeitet werden. Kinder und Jugendliche mit niedrigem Strukturniveau profitieren davon häufig im Sinne eines Stellvertretereffektes.

Kinder und Jugendliche mit mittlerem Strukturniveau zeigen oft überbordendes Verhalten oder befinden sich in trotziger Opposition. Sie brauchen in intensiver Weise ein klares Gegenüber, das sich nicht allzu leicht verschrecken oder zerstören lässt, das echtes Interesse und Verständnis aufbringen kann und zugleich, zumindest für den Moment, nicht bedrohlich wirkt. Es braucht die Möglichkeit die Erfahrung zu machen, dass dieses Gegenüber gut und böse sein kann – und dass diesem Gegenüber eine Integration von beiden Anteilen gelingt. Als Gegenüber wird man zwar angegriffen aber auch benötigt, in einer hohen Klarheit der Funktion und Rolle. Es geht darum Grenzen zu verteidigen, auszuhandeln, zu verhandeln. Die Beziehungsgestaltung mit Personen, die ein mittleres Strukturniveau aufweisen, wird meist als hoch anstrengend erlebt, die Beziehungsstörung deshalb als sehr massiv wahrgenommen. Über Identifikation kann eine gewisse Beruhigung eintreten. Dabei ist einerseits die Identifikation mit der TherapeutIn gemeint, jedoch auch die gegenseitige Identifikation der TeilnehmerInnen untereinander. Gerade in Therapiegruppen mit Jugendlichen ist dieser Peer-Effekt entwicklungspsychologisch nochmals besonders aktiv und bedeutsam.

Imitation und Identifikation alleine können bereits zu einem deutlichen Ausmaß an Veränderung, Entwicklung und Wachstum führen und mögen auch Veränderungen bei PatientInnen erklären, die von Gruppen profitieren, auch wenn sie sich wenig aktiv beteiligen. Internalisierung ist dahingehend anspruchsvoller, da sie eine Veränderung der psychischen Struktur einer Person meint, wodurch eine größere Flexibilität im Umgang mit intra- und interpersonellen Zuständen resultieren kann. Internalisierung kann erleichtert werden, indem die TherapeutIn die Gruppe bei der detaillierten Untersuchung von emotional belastenden Situationen im Hier und Jetzt der Gruppenarbeit unterstützt und ermutigend anleitet. Eine Veränderung der psychischen Struktur kann sich jedoch erst in einem längeren Prozess entwickeln und ist abhängig von einem „Zeit-Dosis-Wirkungs-Beziehungs-Mechanismus“ (Tschuschke u. Anbeh, 2008).

Kinder und Jugendliche mit hohem Strukturniveau zeigen häufig eine sehr massiv ausgeprägte Abwehrformation, sie sind im Ausdruck teils stark gehemmt. Es braucht ein Unterlaufen der Abwehr. Teils gelingt dies durch ausagierendes Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit mittlerem Strukturniveau, das es Kindern und Jugendlichen mit höherem Strukturniveau ermöglicht „einzusteigen“, darauf Bezug zu nehmen und ihr eigenes Erleben zu schildern. Teils gelingt ein Unterlaufen der Abwehr durch Spielvorschläge. Die eigene Abwehr muss „heruntergefahren“ werden, um mitspielen zu können. Häufig sind Kinder und Jugendliche mit höherem Strukturniveau dann emotional deutlich spürbarer, weniger gehemmt im Ausdruck und können in der anschließenden Reflexion leichter Zugang zu Emotionen herstellen und sich anderen öffnen.

Interpersonales Lernen erfolgt in der Gruppe nicht nur dyadisch sondern im Rahmen einer gewissen Öffentlichkeit, die zugleich aber auch noch eine geschützte Zone darstellt. Insgesamt besteht weniger Abhängigkeit von den TherapeutInnen durch die Anwesenheit und Aktivität der anderen Gruppenmitglieder. Dabei scheint die „stellvertretende Erfahrung“ von hohem Nutzen zu sein. „Explosives Verhalten“ oder „schräge Aussagen“ von mittel bis niedrig strukturierten Personen lockern die Abwehr von höher strukturierten Gruppenmitgliedern. Aber auch umgekehrt: einzelne hoch bis mittel strukturierte GruppenteilnehmerInnen zeigen etwas vor, probieren aus, andere meist zurückhaltendere oder strukturell stärker beeinträchtigte PatientInnen schauen sich dabei etwas ab.

Affektverarbeitung

Je niedriger das psychische Strukturniveau einer Person ist, desto höher ist die Affektstärke, welche bei den Einzelnen meist nur als diffuse Spannung oder diffuses Unwohlsein Ausdruck findet. Affektspannung wird kaum ausgehalten und „fällt“ früher in die Gruppe bzw. sprechen Personen mit niedrigem Strukturniveau Affekte an, die für andere unaussprechlich sind. Bion (1961) nennt dies die Aufrichtigkeit des Psychotikers. Dazu ein kurzer Dialog aus der Gruppensitzung von zwei Jugendlichen, die beide ein niedriges Strukturniveau aufweisen:

Annelies (16a) bekommt von der Therapeutin eine Frage gestellt und antwortet lange nicht. Christoph (16a) fragt sie plötzlich „Denkst du langsam?“ und spricht damit etwas an, was unter den Jugendlichen schon „ewig“ als Frage im Raum schwebt, ob Annelies dumm sei. Die meisten Jugendlichen (hohes bis mittleres Strukturniveau) blicken etwas erschreckt zu Annelies, es herrscht komplette Stille. Dann beginnt wieder Christoph zu sprechen und meint „Weil du solange zum Antworten brauchst.“ Darauf antwortet Annelies sehr rasch „Nein“. In Folge wird der Unterschied zwischen Wollen und Können Thema, wo sich alle Jugendlichen einbringen.

Der Affekt, auf den hingewiesen wird, kann in Folge über die verschiedenen Personen hinweg mit ihrem Thema bearbeitet werden. Im Gegenzug ist das Angebot des Neurotikers seine größere Sicherheit in der Realitätsprüfung und der Selbst-Objektdifferenzierung sowie das zur Verfügung stehen in der Aufarbeitung. Personen mit höheren Strukturniveaus können ebenfalls Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen und erleben sich somit als hilfreich und wirksam.

PatientInnen auf mittlerem oder niedrigem Strukturniveau können aufgrund ihrer „interpersonalen Sensibilität“ (Kibel u. Weinberg 2010, 107) auf subliminale Affekte anderer reagieren und diese ins Bewusstsein rücken. Sie können als eine Art Ventil/

Kanal für Affekte dienen, die bislang für andere noch nicht zugänglich waren. Auf ähnliche Weise gelingt es, die Affekte anderer aufzunehmen, um dann tiefe Bereiche emotionaler Erfahrung zu explorieren, vor denen andere zurückschrecken. Da sie dem Rest der Gruppe als eine Art „Behälter“ zur Verfügung stehen, sind sie aber auch gefährdet in die Position des Sündenbocks zu geraten. Sie können auch dem Gruppenleiter als eine Art Anzeiger für die Gruppe dabei hilfreich sein, versteckte unausgesprochene Eindrücke in der Gruppe zu erkennen. Bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Strukturniveau besteht häufig eine Angst vor Verschmelzung mit anderen Menschen und vor Verlust der Individualität beim Eingehen von Beziehungen. Im Austausch ist es wesentlich darauf aufmerksam machen und anzusprechen, was im Hier und Jetzt gerade tatsächlich passiert. Unzufriedenheiten sollten vorsichtig thematisiert werden, Unterschiede benannt werden. Dabei kann darauf hingewiesen werden, dass es „erlaubt“ ist sich gegenseitig etwas abzuschauen. Ein Beispiel:

Auf der Wohngruppe der Jugendlichen herrscht seit einiger Zeit meist ruhige aber gedrückte Stimmung. Die BetreuerInnen berichten darüber, dass es meist nur schwer gelingt, dass die Jugendlichen miteinander in Kontakt kommen. Insgesamt entstehe der Eindruck, dass die Jugendlichen miteinander nicht in Konflikte geraten wollen, sich teilweise aber bei den BetreuerInnen beschweren würden, da es für einige im Stationsalltag „Ausnahmen“ gäbe, die nicht nachvollziehbar seien, bzw. dies als ungerecht wahrgenommen wird. Gleichzeitig würden die Jugendlichen bei den BetreuerInnen deponieren, dass sie dies nicht direkt ansprechen möchten. Demgegenüber wurde in den letzten Therapiesitzungen von den Jugendlichen wiederholt benannt, dass sie sich mit den anderen Jugendlichen wohl fühlen würden. Alle würden gut miteinander auskommen.

Die Anfangssituation der Gruppensitzung wirkt insgesamt aufgekratzt, die einzelnen Jugendlichen wirken wenig greifbar, teils überdreht. Die Anfangsrunde kommt kaum zustande, es wird vor allem von Nathan (15a, mittleres Strukturniveau) viel gewitzelt und unterbrochen. Schlussendlich erzählen Nathan und Nora (17a, mittleres Strukturniveau) dass es „den Plan“ gab, sich vor der Gruppenstunde zu schlagen, damit es „ein Thema für die Sitzung gibt“. Darüber können einige andere Jugendliche ins Gespräch einsteigen, und meinen, dass es wirklich „mühsam“ sei, wenn es kein „wirkliches Thema“ in den Gruppensitzungen gäbe. Dabei wird nicht darauf Bezug genommen, dass es Nathan heute einerseits mit seinem Verhalten fast unmöglich macht, dass die ganze Gruppe an einem Thema dran bleiben kann und damit das Gesamtgeschehen sehr kontrolliert. Andererseits scheint ihn die restliche Gruppe insofern darin zu unterstützen, da ihn niemand mit seinem Verhalten konfrontiert, obwohl ersichtlich ist, dass einige dadurch genervt sind. Eine der Therapeutinnen spricht dies an.

Auf diese Konfrontation reagiert Nathan zunächst aufgebracht, wirkt gekränkt und rollt sich schlussendlich im Sitz zusammen mit dem Kommentar „ich geh jetzt schlafen“. Darauf ist es in der Gruppe kurz ganz still. Das Thema „Umgang mit Aggression“ wird seitens der TherapeutInnen nochmals angesprochen. Ob dies heute, trotzdem sich niemand hier im Vorfeld geschlagen habe, ein Thema sei. Daraufhin beginnt Christine (17a hohes Strukturniveau) darüber zu erzählen, dass sie zwar in ihrer Familie nicht geschlagen wurde, aber viel an psychischer Gewalt erfahren habe. Karin (16a, mittleres Strukturniveau) steigt ein und meint, dass es bei ihr schon so etwas wie „die gesunde Watschn“ gegeben habe. Es erfolgt ein Austausch in der Gruppe über Erfahrungen oder auch Einstellungen zu Gewalt, in den sich auch Nathan mit seiner Geschichte konstruktiv einbringen kann.

Im Verlauf der Sitzung kann auf das Hier und Jetzt der Situation eingegangen werden – wie beschränkend Regeln der Station empfunden werden, ob dies als gewaltvoll oder schützend empfunden wird. Bezüglich des Umgangs miteinander kann geklärt werden, dass einige Verhaltensweisen von anderen schon zu Ärger oder Zorn führen, sowie zu Phantasien wie man sich „abregieren könnte“, dies jedoch nicht ausgesagt wird. Melanie (16a, niedriges Strukturniveau) bringt sich während der Sitzung kaum ein, versammelt aber alle verfügbaren Stofftiere bei sich und hält sich richtiggehend daran an. In der Schlussrunde meint sie, man solle die Tiere gut behandeln, sich um sie sorgen, es sei nicht gerecht, wenn man sie schlecht behandle.

Interpretation:

Seit einiger Zeit werden von den Jugendlichen Unzufriedenheiten mit anderen Jugendlichen bei den BetreuerInnen deponiert, jedoch wird auch darauf bestanden, dies nicht direkt anzusprechen. In den Therapiesitzungen scheint eine unausgesprochene Einigkeit darüber zu bestehen, dass es auch hier zu keinen Konflikten kommen soll. Spaltungsprozesse scheinen enorm, der Widerstand groß. Nathan macht auf seine Art klar, dass es um Gut und Böse geht, dabei zeigt er ein hoch anstrengendes Verhalten, womit er die gesamte Gruppensituation beherrscht und kein Raum für Kontakt und Entwicklung entsteht. Die restlichen Jugendlichen „ertragen“ die Situation, keiner macht deutlich, wie genervt er/sie sich durch Nathans Verhalten fühlt, wobei dies stark spürbar ist. Einzig Nora schafft es, den TherapeutInnen mit der Aufklärung über „den Plan sich zu schlagen, damit es ein Thema gibt“ einen Hinweis zu geben, welcher Konflikt in der Gruppe vorherrscht. Erst die klare Deutung der TherapeutIn ermöglicht eine Konfrontation, wodurch sich Nathan fürs erste zurückzieht. Die scheinbar skurrile Idee sich „zu schlagen“ wird von den TherapeutInnen aufgegriffen und als Konflikt in der Gruppe angesprochen. Die Jugendlichen berichten dann ihre historischen Erfahrungen und können teils mitteilen, dass es auch hier in der Gruppe Gründe

gäbe, warum man aggressiv werden könne, wodurch das vermiedene bzw. abgespaltene Thema eine Bearbeitung erfahren kann und integriert werden kann. Am Ende der Sitzung wird von Melanie, das was sie bis dahin handelnd ausgesagt hat, nämlich der Wunsch nach einer Gruppenregel, unter Bezugnahme auf die Stofftiere formuliert.

Der Text hat Sie hoffentlich angeregt, über gruppentherapeutische Konzepte nachzudenken, die sich dem Umgang mit Heterogenität psychischer Strukturniveaus widmen, um Vorteile und Chancen solcher Konstellationen gezielt zu nutzen. Gruppentherapie, wo Unterschiede nicht gemieden werden, sondern ein verantwortungsvoller und therapeutisch wirksamer Umgang damit entwickelt wird, stellt nicht nur im Kindes- und Jugendalter eine Notwendigkeit und sinnvolle Behandlung dar, um insgesamt die Beweglichkeit im sozialen Alltag zu fördern sowie eine Haltung zu vermitteln, dass es hier nicht um ein besser oder schlechter, sondern höchstens um ein anders geht und jede/r wesentlich dazu beiträgt damit man gegenseitig von dieser Unterschiedlichkeit profitieren kann. Nicht zuletzt drückt sich in diesem Text meine Überzeugung aus, dass es eine zentrale Herausforderung für Menschen als soziale Wesen ist, mit Unterschieden, Differenzen – Heterogenitäten also – zurechtzukommen und sich darin bewegen zu lernen, um ein psychisch erfülltes Leben zu leben.

Mag.^a Karin Zajec

Dynamische Gruppenpsychotherapeutin, Klinische und Gesundheitspsychologin, Theaterpädagogin, Kleinkinder- und Hortpädagogin. Psychologische Leiterin an der KJPP Hinterbrühl

E-mail: karin.zajec@moedling.lknoe.at

Literaturverzeichnis

-
- Andreas C (1999) Störungen des Person-Umwelt-Bezuges. In: Majce-Egger M (Hg) Gruppentherapie und Gruppendynamik – Dynamische Gruppenpsychotherapie. Theoretische Grundlagen, Entwicklungen, Methoden. Facultas Universitätsverlag, Wien, 209 -222
-
- Arbeitskreis OPD-KJ-2 (2013) OPD-KJ-2 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. Resch et al (Hgg), Verlag Hans Huber, Bern
-
- Bion W R (1961) Experiences in Groups and Other Papers (dt. 1971) Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften (2001) Klett-Cotta, Stuttgart
-
- Burrow T (1926) Die Gruppenmethode in der Psychoanalyse (2015, Neudruck) In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 51 (1), 18-27
-
- Fliedl R (1999a) Raoul Schindler und sein Einfluss auf die psychosoziale und psychotherapeutische Entwicklung. In: Fliedl et al (Hgg) Visionen und Wege. Symposium zum 75. Geburtstag von Raoul Schindler, Studienverlag, Innsbruck, 16-24
-
- Fliedl R (2002) Von der Gruppe zum Einzelnen. Eine Einführung in Bions Theorie der Affekte und des Denkens. In: Dolleschka B (Hg) Gruppenkompetenz und Einzelarbeit. Krammer Verlag, Wien, 27-48
-
- Fliedl R (2008) Von den Irrenanstalten zur modernen Psychiatrie. In: Scheutz M (Hg) Totale Institutionen. Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit. Studienverlag, Innsbruck, 130-134
-
- Fliedl R (2009) Überlegungen zu Behandlungskonzepten der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Lehner et al (Hgg) Prozesse verstehen und gestalten. Zur Praxis von Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie, Krammer Verlag, Wien, 231-246
-
- Haubl R (1988) Kreativer Spiel-Raum und Gruppeninszenierung. In: Belgrad J et al.: Sprache – Szene – Unbewußtes. Nexus Verlag, Frankfurt am Main, 237-273
-
- Kibel H, Weinberg H (2010) Der schwierige Patient in der Gruppe. In: Tschuschke V (Hg) Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Thieme Verlag, Stuttgart, 104-109
-
- Majce-Egger M (1999) Methodik der Dynamischen Gruppenpsychotherapie. In: Majce-Egger M (Hg) Gruppentherapie und Gruppendynamik – Dynamische Gruppenpsychotherapie. Theoretische Grundlagen, Entwicklungen, Methoden. Facultas Universitätsverlag, Wien, 237-254
-
- Noske J (Hg) (2014) Seelische Strukturen. Versuch einer Abstimmung innerer und äußerer Wirklichkeiten in der jugendpsychiatrischen Behandlung. Krammer Verlag, Wien.
-
- Schenk S (1999) Rahmenbedingungen und Konzeptdarstellungen in der Dynamischen Gruppenpsychotherapie. In: Majce-Egger M (Hg) Gruppentherapie und Gruppendynamik – Dynamische Gruppenpsychotherapie. Theoretische Grundlagen, Entwicklungen, Methoden. Facultas Universitätsverlag, Wien, 293-299
-
- Schindler R (1969) Das Verhältnis von Soziometrie und Rangordnungsdynamik. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 3, 31-37.
-
- Tschuschke V, Anbeh T (2008) Ambulante Gruppenpsychotherapie. Schattauer Verlag, Stuttgart
-
- Yalom I D, Leszcz M (1995/2005) The Theory and Practice of Group Psychotherapy (dt.1996) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie (2012) Klett Cotta Verlag, Stuttgart

Überlegungen zur Behandlung psychoorganischer Schwierigkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Brigitte Jakobowics

Abstract

Dieser Artikel stellt das vorläufige Ergebnis meiner Auseinandersetzung mit frühesten psychoorganischen Störungen dar, die sich als Symptome einer sensorischen Integrationsstörung zeigen können und sowohl körperliche als auch psychische Ursachen haben. Zunächst wird kurz der Begriff der sensorischen Integration erklärt. Anschließend soll anhand der Fallvignette eines 5-jährigen Bubens gezeigt werden, wie meine psychoanalytische Erfahrung in die Arbeit mit Kindern einfließt, die eine Störung in der sensorischen Integration aufweisen. Anhand der Arbeit von Françoise Dolto zur Entstehung und Entwicklung des Körperbildes werde ich versuchen, die Schwierigkeiten meines kleinen Patienten unter diesem Blickwinkel zu beleuchten. Abschließend werde ich auf Behandlungsfragen eingehen und das spezielle Therapiesetting, das ich bei diesen Kindern anwende, erläutern.

Einleitung

Ausgehend von meinem Grundberuf als Ergotherapeutin, bei dem ich mich sehr mit der sensorischen Integration beschäftigt habe, ist es mir in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ein großes Anliegen, genau zwischen konstitutionellen und psychodynamischen Aspekten bei Symptomen zu unterscheiden. Öfters als gedacht lassen sich die Wurzeln hinter Leistungshemmungen und Leistungsverweigerung auf psychoorganische Schwierigkeiten ab der Geburt zurückführen, die sowohl körperliche wie auch psychische Ursachen haben. Mangelenerfahrungen wie Vernachlässigung, (innere und äußere) Abwesenheit der ersten Bezugsperson, längere Trennungen, etc. führen u.a. zu Reizüberflutungen, die ein Kind in diesen jungen Jahren nicht integrieren kann und daher abgespalten werden. Dabei entstehen „Löcher“ in der sich entwickelten Eigen- und Fremdwahrnehmung, die sich auch auf spätere Wahrnehmungsleistungen auswirken werden. Umgekehrt gibt es konstitutionell bedingte Störungen, die seit Geburt an bestehen und eine sensorische Integrationsstörung verursachen können. Dieser Begriff kommt aus der ergotherapeutischen Diagnostik

und bedeutet eine Störung in der Wahrnehmungsverarbeitung, wodurch sogenannte Wahrnehmungsstörungen entstehen. Diese zeigen sich u.a. in Entwicklungsrückständen, verringerter grob- und feinmotorischer Koordination und visuell-räumlichen Wahrnehmungsschwierigkeiten.

Die Wurzeln dieser Behinderung liegen in der Zeit, in der die psychische Entwicklung sich eng an körperliche Vorgänge anlehnt. Körper und Psyche entwickeln sich zu Beginn des Lebens parallel. Symptome, die in dieser Zeit entstehen, werden deswegen auch psychoorganische Störungen genannt. Sekundär entstehen dann Verhaltensauffälligkeiten. Werden diese ausschließlich als psychische Störungen verstanden, besteht die Gefahr, das Kind nicht zu erreichen und es in diesen Schwierigkeiten alleine zu lassen. Der Körper gilt in der Psychoanalyse als Bedeutungsträger, das heißt, dass bestimmte sinnliche Reize im Laufe der ersten Monate in der Interaktion mit einem mütterlichen Objekt wichtig werden. Diese Reize können erst dann symbolisiert, der Sprache zugänglich und damit erfassbar werden. Die Sinne entwickeln sich von den Partialtrieben in verschiedene Richtungen und ordnen sich schließlich zu einer gesamtheitlichen Selbstwahrnehmung.

Die Theorie der sensorischen Integration

In der sensorischen Integration bekommen die präverbalen, körpernahen Erfahrungen Bedeutung. Das Konzept der sensorischen Integration wurde von der amerikanischen Ergotherapeutin und Psychologin Jean Ayres (1979) entwickelt. Sensorische Integration ist jener Fachbegriff, der den Vorgang der Aufnahme, des Aussortierens, Ordnen und Verarbeitens von sinnlichen Eindrücken beschreibt. Unter ständig wechselnden Bedingungen verstärkt das Gehirn die für die momentane Situation relevanten Reize, die dann in den Cortex weitergeleitet und zu Bildern zusammengesetzt werden. Unzählige solcher Bilder werden gespeichert und mit ähnlichen Bildern verglichen. Diese Erfahrungen ermöglichen die Fähigkeit zum Denken und Lernen. Andere Reize, die für die entsprechende Situation unbedeutend sind, müssen gehemmt und unterdrückt werden.

Die sinnliche Verarbeitung von sensorischen Impulsen erfolgt zunächst bei Reizen, die wenig bewusst sind, das sind Tastsinn (bzw. taktiles System), Tiefensensibilität (auch Propriozeption genannt) und Gleichgewichtssinn (bzw. vestibuläres System). Diese sind die Voraussetzung für die optimale Integration der Wahrnehmungen von Schauen, Hören, Riechen und Schmecken. Für das taktile System ist es bedeutsam, dass die meisten Eindrücke im Hirnstamm gehemmt und als unbedeutend eingestuft werden. Funktioniert diese Reizunterdrückung zu wenig, kommt es zu einer Überflutung, wie es z.B. bei extrem kitzligen oder hautempfindlichen Menschen, die nur gewisse

Stoffqualitäten am Körper vertragen, der Fall ist. Ein betroffenes Kind wird dann durch seinen Körper stark abgelenkt und ist in seiner Aufmerksamkeit und Konzentration stark beeinträchtigt.

Gleichgewicht und Tiefenwahrnehmung sind die anderen beiden Basissinne, die einander beeinflussen und die Entwicklung des Körperschemas ermöglichen. Die Tiefensensibilität reguliert unter anderem den Muskeltonus und hält ein gewisses Spannungsniveau der Muskeln aufrecht. Der Muskeltonus ist für fein dosierte und harmonische Bewegungsabläufe verantwortlich. Er verhilft uns zu Körperstabilität und damit verbunden auch zu einem guten Gleichgewicht. Daraus folgt, dass bei Problemen des propriozeptiven Systems auch Gleichgewichtsprobleme entstehen.

Das Zusammenspiel von propriozeptiven und vestibulären Impulsen ermöglicht z.B. die Kopfstabilität. So dreht etwa ein wenige Tage altes Kind den Kopf zu Seite, wenn es aus dem Bett hochgenommen wird (Spitz, 1965). Beim Erlernen von Bewegungsmustern werden Bewegungsspuren gespeichert; daraus entwickeln sich automatisierte Bewegungsabläufe, die Tätigkeiten kraftdosiert und harmonisch ablaufen lassen. Ein Kind, das gerade das Laufen erlernt, ist sehr konzentriert und wackelig dabei. Wird es, etwa durch Zurufen abgelenkt, fällt es, weil es sich beim Aufblicken nicht auf die Bewegung konzentrieren kann. Werden diese Bewegungsabläufe automatisiert, entwickelt es ein harmonisches Gangbild und das Kind kann beim Gehen und Laufen auch noch mit anderen sprechen, etwas suchen und ergreifen.

Noch später, beim Schuleintritt, ermöglichen diese beiden Körperbasissinne gemeinsam mit dem visuellen System die Augenstabilität (Fisher/Murray, 1998). So wird es möglich werden, beim Abschreiben von der Tafel, die Zeile sofort wieder zu finden, nachdem das Kind etwas in das Heft geschrieben hat. In der folgenden Fallvignette konnte das Kind ein Bild beispielsweise nur sprunghaft nach fehlenden Teilen absuchen: es fand nach dem Ergänzen eines Teils der Zeichnung nie zurück zu der Stelle, wo es zuletzt war. Dies kann ein wichtiger Hinweis auf eine ungenügende Integration der Körperbasissinne mit der visuellen Wahrnehmung sein. Das Spüren der einzelnen Körperteile und des Zusammenspiels mehrerer Körperteile, ermöglicht mit der Zeit, dass das Kind eine Vorstellung von seinem eigenen Körper erhält. Dies wird in der sensorischen Integration Körperschema genannt (Nacke, 2005) und entspricht dem Körperbild in der Psychoanalyse.

Zuviel oder zu wenig Rückmeldungen über taktile und vestibuläre Stimulationen führen zu Problemen in der motorischen Entwicklung, die sich u.a. durch Hypotonie,

grob- und feinmotorische Koordinationsprobleme, Dyspraxien und Sprachstörungen zeigen können. Die Behandlungsmethode der sensorischen Integrationstherapie geht davon aus, dass durch eine gezielte Reizzufuhr die Verarbeitung und Integration von Sinneseindrücken verbessert werden kann. Das bedeutet, dass man dem Kind einen Raum mit verschiedenen sensomotorisch anregenden Geräten wie spezielle Schaukeln, Wippen, Rollbretter, dicke Matten, Pölster, Tastbecken etc. zur Verfügung stellt, die für seine Entwicklung förderlich sind. Ziel der SI-Therapie ist, dass das Kind seine Vorhaben mit dem Einsatz seines Körpers selbstständig plant, durchführt, bei Schwierigkeiten neue Lösungsmöglichkeiten entwickelt und dadurch seine sensorische Integrationsfähigkeit verbessert.

Ein Baby muss bereits eine taktile und vestibuläre Grundstruktur entwickelt haben, um aktiv bei der Geburt mithelfen zu können. Außerdem bringt es gewisse Fähigkeiten mit, die beim Füttern und Beruhigen des Kindes helfen. Es sind die Reflexe, die das Suchen der Brustwarze und das Saugen erleichtern. Durch die sich rasch entwickelte Augen-Hand-Koordination bringt es bald willentlich die Hände zum Mund und beginnt daran zu saugen. So wird ein Aufschub zwischen Bedürfnis und Bedürfnisbefriedigung möglich, das Baby kann sich dann ein Stück weit selbst beruhigen. Durch Schwierigkeiten in der Schwangerschaft, Schockerlebnisse der werdenden Mutter, Trauerprozesse der Familie, etc. können diese Fähigkeiten nicht genügend entwickelt werden und werden in Folge zu Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung führen. In Anamnesen erfahren wir häufig von Geburtstraumen, Fütterungsproblemen, von Schreibabys und anderen Schwierigkeiten, die entstehen können wenn das rhythmische Zusammenspiel von körperlichen und psychischen Prozessen beeinträchtigt wird.

Fallvignette

*Edis Eltern kamen mit dem Wunsch nach einer ergotherapeutischen Befundung für ihren 5-jährigen Sohn zu mir. Sie berichteten, dass Edi trotz logopädischer Behandlung einen fehlenden Mundschluss habe. Der Mund sei halb geöffnet und die Zunge komme meist zwischen den Lippen hervor. Die Sprache sei „verwaschen“ und unverständlich. Die Eltern sorgten sich, da Edi zunehmend ängstlicher wurde und sich nun von Spielkameraden zurückzog. Sie gaben an, dass die Schwangerschaft normal verlaufen sei. Die Geburt war termingerecht, aufgrund einer Schwangerschaftsvergiftung wurde sie mittels Kaiserschnitt durchgeführt. Edi zeigte im ersten Lebensjahr kaum Schwierigkeiten, er wurde acht Monate lang gestillt, sei gekrabbelt und ab dem 11. Monat gelaufen. Er war aber, so bezeichnete es die Mutter, teilweise ein Schreikind, er habe viel geweint, und das über Stunden hinweg.
Die Kindergarteneingewöhnung mit anderthalb Jahren erwies sich als sehr schwierig*

und dauerte ein halbes Jahr. Als er zwei Jahre alt war, musste die Mutter wieder arbeiten gehen. Trennungen bereiten Edi bis heute Probleme, selbst bei den Großeltern möchte er nicht bleiben. Edis Eltern sind beide in leitenden Positionen tätig. Der Vater ist häufig im Ausland, wo Edi dann im Ehebett schläft. Edis Mutter wirkte sehr angestrengt; sie war stolz auf Edis frühe Gehversuche und schien stets um gutes Benehmen bemüht. Der Vater war etwas salopper; er erzählte, er sei als Kind ähnlich schüchtern wie Edi gewesen und habe sich von Gleichaltrigen zurückgezogen. Edi müsse lernen, sich durchzusetzen.

Ich vereinbarte mit den Eltern eine ergotherapeutische und psychoanalytische Untersuchung. Als Edi mit seiner Mutter zu mir kam, wirkte er abweisend und verängstigt. Er versteckte sich hinter dem Körper seiner Mutter und vermied den Blickkontakt. Seine Mutter versuchte beim Begrüßen und Verabschieden, Edi durch motorisches Führen seines Körpers zu einer höflichen Kontaktaufnahme zu bringen. Da er nicht bereit war, seine Mutter loszulassen, kamen beide ins Therapiezimmer. Ich bat die Mutter, für Edi und mich zu erzählen, warum sie und ihr Mann wollten, dass er zu mir kommen solle. Edi stand dabei neben seiner Mutter und verkroch sich in ihrer Achsel. Während die Mutter erzählte, begann er mit den Augen den Raum zu erkunden. Ich ließ ihn eine Zeitlang gewähren. Schließlich sprach ich ihn direkt an und sagte, dass es um die Ecke noch mehr zu entdecken gäbe. Edi blickte daraufhin in den Nebenraum, entdeckte die Schaumstoffwürfel und begann sofort mit ihnen zu bauen. Dabei erzählte er mir, dass sie im Kindergarten auch so eine Wippe hätten. Seine Sprache war sehr undeutlich und ich verstand nur mit größter Anstrengung einen Teil davon. Edi baute eine Höhle und verkroch sich darin. Schließlich begann ich ihn zu rufen und klopfte nach einiger Zeit an den Schaumstoffwürfel, den er hinter sich zugeschoben hatte. Edi kam dann auf der Rückseite der Höhle hervor und lachte herzlich, weil er mich ausgetrickst hatte. Nach einer Wiederholung dieses Spiels ging die Mutter ohne Protest ihres Sohnes in den Wartenraum, und nach einigen weiteren Wiederholungen entdeckte Edi eine Schaukel, die ich für ihn aufhängte. Nach einigen misslungenen Versuchen, die Schaukel im Sitzen zum Schwingen zu bringen, machte ich einen Spielvorschlag. Auf der Schaukel in Bauchlage liegend, sollte er Tiere, die rund um die Schaukel am Boden lagen, mit den Händen ergreifen und in einen Käfig werfen. Edi nahm diesen Vorschlag an und obwohl die Bauchlage für ihn sehr anstrengend war, wiederholte er dieses Spiel mit Lust. Schließlich hatte er so viel Vertrauen, dass ich noch einige gezielte Untersuchungen machen konnte. Mit diesem direktiven Eingreifen, das ich nur in den Beobachtungsstunden mache, konnte ich weitere ergotherapeutische Hinweise bezüglich Koordination, Überwindung der Schwerkraft und motorischem Handlungsplan bekommen. Nach dieser ersten Begegnung war die Mutter überrascht, wie fröhlich Edi zu ihr zurückkam.

Diagnostische Überlegungen

Der ergotherapeutische Befund ergab neben der deutlichen Sprachbehinderung eine sensorische Integrationsstörung mit einer eingeschränkten Verarbeitung der Tiefensensibilität und des Gleichgewichtsinns. Ein niedriger Muskeltonus des gesamten Körpers erschwerte die Haltekontrolle des Rumpfes und führte bei isolierten Bewegungsabläufen zu rascher Ermüdung. Die Überwindung der Schwerkraft in Bauch- und in Rückenlage gelang nicht gut und es wurden bei diesen Versuchen frühkindliche Reflexmuster sichtbar. Aufbauend auf dieser verringerten Basis der Körperseele hatte Edi Probleme bei der grob- und feinmotorischen Koordination. Das integrierte Zusammenspiel von rechter und linker Körperseite, die das Überkreuzen der Körpermittellinie erlaubt, war noch nicht erreicht. Im grafomotorischen Bereich konnte er den Stift nur mit Mühe halten, seine Linienführung war holprig und kantig, gebogene Linien bereiteten ihm besondere Schwierigkeiten. Beim Ergänzen einer Zeichnung suchte er das Bild sprunghaft ab und übersah viele Dinge. Ein weiterer Hinweis auf ein mangelhaft ausgebildetes Körperschema war Edis Männchenzeichnung, die vereinfacht und undifferenziert dargestellt war.

Unter dem psychotherapeutischen Gesichtspunkt wurden in dieser Stunde seine Trennungsängste und eine Fixierung auf frühe orale Strebungen sichtbar. Die Höhle verstand ich als mütterlichen Körper, in den er hineinkriechen wollte. In der ersten Stunde wurden aber auch anale Strebungen deutlich: das Kontrollieren und Austricksen der Erwachsenen – so war seine Aggression erlaubt. Mein Spielangebot war am Übergang von oraler und analer Handlung angesiedelt: Das Ergreifen mit der Hand löst das Zupacken des Mundes ab. Edi gab in dieser Stunde an, die Tiere zu fangen, um sie schließlich zu essen. In späteren Stunden, in denen er dieses Spiel manchmal auf eigenen Wunsch wiederholte, standen das Kontrollieren und Trennen in gute und böse Tiere im Vordergrund.

Mich beschäftigten nach der ersten und in einigen darauf folgenden Stunden meine Gegenübertragungsgefühle. Ich bemerkte, dass ich sehr vorsichtig auf ihn reagierte und ihn wie ein rohes Ei behandelte. In den folgenden Stunden wurde dies noch deutlicher. Ich war immer wieder in Versuchung, sofort etwas für ihn zu tun, wenn er an einem Vorhaben scheiterte. Ich wollte die Welt für ihn gut machen. Schließlich passierte es mir, dass ich tatsächlich etwas für ihn zurechtrückte, worauf er einen heftigen und für mich völlig unvorhersehbaren Wutanfall bekam und mich anbrüllte. Ich erschrak sehr und stieß auf diese Weise schließlich auf seinen Schrecken und seine Angst, die ihn bei Misserfolgen immer wieder überkamen. Außerdem reagierte ich ähnlich wie Edis Mutter, die ihrem Sohn oft sofort zu Hilfe eilte, ihn tröstete und damit versuchte, seine Behinderungen und die daraus entstandenen Versagensängste zu leugnen.

Eine gesicherte Trennung zwischen Mutter und Kind war bei Edi noch nicht erreicht. In diesem Zusammenhang bestand eine große Gefahr für ihn: Ich verstand, dass ich in der Übertragung für ihn auch zu jemandem wurde, bei dem nicht gesichert war, ob er hier einen eigenen Platz bekommen könnte. Edi benötigt einen sicheren Raum, in dem er sich mit seinen Schwierigkeiten und der damit verbundenen Wut und Trauer auseinandersetzen und einen eigenen Umgang damit finden kann. Erst als ich meine Gegenübertragungsgefühle analysierte und verstand, konnte ich ihm eine Deutung geben, sein Gefühl für ihn benennen. Ich sagte ihm: „Jetzt verstehe ich etwas! Du, ganz allein, willst es machen!“ Damit gibt man auch dem Bemächtigungstrieb des Kindes einen Raum. Piaget (1972) schrieb, dass wir jedes Mal, wenn wir für ein Kind etwas tun, es daran hindern, es selbst zu entdecken.

Mit diesem Bewusstsein konnte ich ihm gelassen bei diversen Tätigkeiten zusehen, sie verstehen und seine Wut und Ängste bei einem Misslingen halten, ohne die Situation beschönigen zu müssen. Indem sie zusätzlich einer Deutung, das heißt der Sprache zugänglich wurden, konnte Edi seine Schwierigkeiten besser einordnen und trotz großer Frustrationen um Erfolg kämpfen.

Das Körperbild bei Dolto

Dolto (1987) formulierte eine Theorie zur Entstehung des Körperbildes, die ich für meine Arbeit sehr hilfreich finde. Anhand ihres Modells werde ich versuchen, Edis Schwierigkeiten einzuordnen. Dolto unterscheidet Körper und Körperbild. Körper bedeutet bei ihr das körperlich gesunde oder behinderte Soma. Das Körperbild ist vom Begehren der Eltern abhängig. Das Kind kann behindert sein und trotzdem ein intaktes Körperbild von sich entwickeln. Dies ist abhängig davon, wie sehr die Eltern ihr Begehren in die Sprache bringen können. Wenn also Eltern z.B. mit ihrem gehbehinderten Kind über das Laufen und Springen sprechen und ihm dabei auch klar machen können, dass es das nicht kann, so kann dieses Kind eine Vorstellung vom Laufen entwickeln und in sein Körperbild einbauen.

Edis Behinderung ist für seine Umgebung und für ihn selbst nicht so klar zu erfassen. Wahrnehmungsstörungen sind diffus und werden infolge von Kompensations- oder Ablenkungsversuchen oft erst beim Schuleintritt deutlich. Damit kommen diese Schwierigkeiten und die Trauer darüber nicht genügend in Sprache. Die Symbolisierung ist daher in bestimmten Bereichen nicht ausreichend, wodurch es zu Entwicklungsverzögerungen, Fixierungen und Regressionen kommen kann. Je nach Alter kann das Kind die Welt dem aktuellen Körperbild entsprechend wahrnehmen. In der oralen Phase steht das Aufnehmen und Zupacken des Mundes in dem Vordergrund. Ein Kind,

das auf das orale Stadium seines Körperbildes regrediert, versteht Worte über die Lust des Mundes und des Getragenwerdens. Diese haben Bedeutung für die orale Erotik des Körpers. In der analen Phase steht das Nehmen, Handeln und Machen im Vordergrund und die Hände übernehmen das Zupacken und explorieren der Umwelt.

Edi verblieb in vielen Bereichen auf der oralen Stufe seiner Lustgewinnung, da sie ihm erfolgsversprechender und damit sicherer schien, als die anal-motorische Funktionslust. Das anfängliche Erkunden mit den Händen wirkt zerstörerisch und wenig kreativ. Die Hände werden nach der Entwöhnung zum greifenden Mund, die Finger graben sich wie Zähne in weiche Objekte, zerkratzen und zerlegen sie, schätzen ihre Form ab. Das Begehren begnügt sich nie mit einer taktilen Erforschung. Erst nach einer gewissen Zeit des scheinbar zerstörerischen Manipulierens wird die manuelle Tätigkeit konstruktiv und aufbauend. Mich beschäftigte in diesem Zusammenhang, ob Edis Mutter eventuell Schwierigkeiten gehabt hatte, dieses anfänglich zerstörerische Alles-berühren-Wollen in seinem Handeln zu tolerieren. Es wäre aber auch möglich, dass Edi das Unbehagen der Mutter bei diesen Erforschungen fühlte und schließlich darauf verzichtete.

Bei Edi war die anale Erotik des Machens eingeschränkt; er hatte die orale Stufe noch nicht völlig überwunden. Mein Spielvorschlag auf der Schaukel war genau am Übergang der oralen zur analen Erotik angesiedelt; er sollte mit der Hand Tiere ergreifen. Auf meine Frage, was mit den Tieren geschehen solle, wählte er in der ersten Stunde noch die Einverleibung.

Infolge der eingangs beschriebenen Interaktion mit den Bezugspersonen entwickelt das Kind in den ersten drei Jahren allmählich eine Kommunikation auf Distanz und verzichtet so schrittweise auf das „Körper-an-Körper-Sein“ (Dolto, 1984) mit seiner Umgebung. Davor kann jede Unterbrechung in der Beziehung zur Mutter einschneidende Auswirkungen haben. Wenn eine Mutter – etwa nach einer Unterbrechung der Beziehung aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes – zu ihrem Kleinkind zurückkehrt, erwartet das Baby die Mutter so, wie sie es verlassen hat. Nach dieser Zeit findet es jedoch weder in seiner Mutter die gleiche Mutter wieder, noch ist es dasselbe Kind geblieben. Auch ein älteres Kind erwartet, wenn es durch Worte weiß, dass ein kleines Geschwister geboren worden ist, die Mutter mit einem Kind in seinem Alter zurück. Das Phantasma, das es von dem hat, was es erwartet, entspricht nicht der Realität. Mit diesen Unstimmigkeiten zwischen Imaginärem und Wirklichkeit muss ein Kind zu-recht-kommen. Diese andauernde Anpassung der Phantasmen des Kindes an die Welt begleitet das Wachsen des Körpers.

Es gibt in Edis Anamnese keine Berichte über lange Trennungen von der Mutter, wohl aber die frühe Kindertageeinweisung. Den wenigsten Kindern ist es mit 18 Monaten möglich, die vielfältigen Eindrücke, die diese Einrichtung bietet, zu bewältigen. Edi hatte aufgrund seiner mangelnden Integration der Körpersinne mit großer Wahrscheinlichkeit bereits damals Schwierigkeiten in der Welt zurechtzukommen und er hätte den engen mütterlichen Körperkontakt und ihre unterstützenden Hilfs-Ich Funktionen verlängert benötigt. Dadurch gestalteten sich die täglichen Trennungen so traumatisierend für ihn.

Edi war von Beginn an ein Kind gewesen, das mehr Halt benötigte, was sich durch sein häufiges Schreien zeigte. Mit dieser Not traf er auf seine Mutter, die unter hohem Druck stand. Das Phantasma von Edis Mutter, einen erfolgreichen, tüchtigen Sohn zu haben, der ihre früheren Kränkungen ungeschehen machen sollte, wurde immer wieder enttäuscht. Sie versuchte den Defekt zu ignorieren, unter anderem, indem sie bei Edi mittels körperlicher Führung eine Anpassung zu erreichen versuchte. Der Vater konnte Edis Schwierigkeiten mit den Problemen, die er gehabt hatte, als er selbst noch ein Kind gewesen war, vergleichen und vertrat einen Zugang, der ihm damals selbst geholfen hatte: „Edi muss lernen, damit zurechtzukommen; er muss sich wehren.“

Auch Edi musste mit der Differenz fertigwerden, mit seinem Antrieb, etwas so gut wie oder besser als seine Freunde zu können, und der kränkenden Realität. Zusätzlich enttäuschte er immer wieder den Anspruch der Mutter. Aus ihrem leuchtenden Blick wurde immer wieder ein ängstlich-trauriger. Die narzisstische Kränkung, so ein Kind zu haben, und die damit verbundenen Aggressionen, die sich in großen Schuldgefühlen äußerten, verfestigten den Teufelskreis aus hohen Ansprüchen, Versagensängsten und geringem Selbstvertrauen, unter denen schließlich sie und Edi litten. Für beide war es ein ständiges Erleben von Insuffizienz. Aufgrund seiner Schwierigkeiten schwankte Edi in seinem Verhalten zwischen Hemmungen, die sich in Leistungsverweigerungen ausdrückten und dem Gefühl der Großartigkeit, das er im Spiel u.a. in einer Rolle als Chef der Weltsoldaten darstellte. Er war somit selten er selbst. Damit konnte er lange Zeit kein realistisches Selbstwertgefühl aufbauen, das ihm im Umgang mit anderen Kindern und den Anforderungen der Umwelt Unterstützung hätte bieten können. Auf diese Weise blieb er lange Zeit alleine mit seinen Ängsten, bis diese schließlich nicht mehr übersehen werden konnten und seine Eltern Hilfe suchten.

Modifizierte Behandlungstechnik bei Kindern mit einer sensorischen Integrationsstörung

Ich möchte nun noch einige Überlegungen zu meiner modifizierten psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, die eine sensorische Integrationsstörung haben, anstellen. Abgesehen von den ersten Beobachtungsstunden arbeite ich mit dem Kind in einem psychotherapeutischen Setting. In den ersten Stunden gebe ich, wie oben beschrieben, auch Bewegungsvorgaben zur Befunderhebung. Damit konfrontiere ich das Kind mit seinen Schwächen. Seine Schwierigkeiten werden in der Diagnostik sichtbarer, im Alltag kompensiert das Kind sie rasch und sie fallen der Umgebung oft nicht so auf. Mit dem Verdeutlichen der Probleme beschäme und frustriere ich das Kind. Diese ungünstige Anfangssituation verdeutlicht mir aber neben den ergotherapeutischen Befunden auch den Umgang mit der Beschämung, unter der das Kind bereits jahrelang gelitten hat. Edi verweigerte zuerst jeden Kontakt zu mir, danach war der Rückzug sichtbar, und schließlich verleugnete er die narzisstische Kränkung. Bei einem anderen Kind wurde ich zum Verfolger; ich war der Polizist, der vom „Stehler“ getötet wurde. Bei diesem Kind wurde deutlich, dass es sich mit seiner Behinderung als böses Kind einschätzte, dass seinen Eltern Kummer bereitete.

Ein weiteres Problem in der Anfangssituation ist, dass die Übertragung zu mir nicht deutlich wird. Das Kind reagiert auf meine Anforderungen und zeigt, wie es damit umgehen kann. Das ergotherapeutische Setting ermöglicht Fantasien, es ist jedoch schwierig, die Übertragung zu deuten, weil ich durch die Vorschläge Unbewusstes aktiviere. Eventuell ist dies mit einer Probedeutung beim psychotherapeutischen Erstgespräch vergleichbar, mit der ich herauszufinden versuche, welche Abwehr der Patient zeigt. Die Übertragung wird erst in den folgenden Stunden deutlich, in denen das Kind ins freie Spiel kommt.

Mit Kindern, die auch eine ergotherapeutische Behandlung benötigen, wie es bei Edi der Fall war, arbeite ich anfänglich in einer spezifischen Art und Weise (meist sind es 10 bis 20 Stunden). Ziel ist die basale Förderung der körpernahen Sinne, um eine darauf aufbauende Entwicklung zu ermöglichen. Ich setze dazu in diesen Stunden ein Angebot. Meist ist es ein Therapiegerät, wie z.B. eine bestimmte Schaukel oder ein Trampolin, das ich vor der Stunde vorbereite und das eine bestimmte Stimulation im taktilen, propriozeptiven und vestibulären Bereich gewährleistet. Wie und ob das Kind darauf reagiert, ob es diese Anregung aufnimmt oder sofort verändert, ist dann Teil der Beobachtung und Therapie. Meist wissen Kinder nach zwei bis drei Stunden genau, was sie machen möchten und verlangen von mir, dass ich für die nächste Stunde ein bestimmtes Gerät aufstelle. Kinder erleben das oft wie ein Geschenk und als Beweis,

dass ich die Woche hindurch an sie denke. In der Anfangszeit lernen sie mit dieser Vorgangsweise alle Geräte kennen, und ich überlasse ihnen zunehmend den Raum, um zu sehen, welche Geräte sie wählen. Damit verändere ich sukzessiv das Setting und ich kann sehen, ob das betreffende Kind diesen Übergang gut mitmachen kann oder ob es auf dem vorbereiteten Raum beharrt.

Auffallend ist, dass sich Kinder im Alltag rasch verbessern. Ich denke, die Ursache liegt darin, dass sich ihr Umgang mit dem Defizit ändert. Einerseits gehen die Eltern anders mit den Schwierigkeiten um: Sie trösten das Kind nicht mehr so viel oder verleugnen die Probleme nicht mehr so sehr, sondern können gemeinsam mit dem Kind ein Stück weit betrauern, dass es nicht so geschickt ist wie andere. Zugleich erfährt das Kind eine Erleichterung. Mit der Erkenntnis: „Ich kann etwas Bestimmtes nicht“- statt der früheren diffusen Bedrohung, wo es alles zu vermeiden suchte, weil es nicht wissen konnte, wo es versagen würde, kann es auch Wagnisse eingehen und Dinge in Angriff nehmen, die es nicht oder noch nicht so gut kann.

Ergotherapie versus Psychotherapie

Zum Abschluss möchte ich zur Diskussion einladen, ob die sensorische Integrationsstörung nicht ausschließlich als psychisches Symptom verstanden werden könnte. Also anders ausgedrückt: Ist die anfängliche ergotherapeutische Behandlung überhaupt nötig? Dazu kurz meine Überlegungen:

Ich meine, dass bei dieser Störung früheste Leib–Seele–Vorgänge beeinträchtigt sind, die sowohl durch konstitutionelle als auch durch psychische Störungen hervorgerufen werden können. In der Theorie der sensorischen Integration gibt es keine Regression. Einmal erworbene Fähigkeiten auf der sensomotorischen Stufe können nach dieser Theorie nicht mehr verloren gehen. Wenn Eltern in den Erstgesprächen von Regressionen berichten, plädiere ich für eine sofortige Psychotherapie.

Anders ist es bei Entwicklungsverzögerungen, bei denen ich bei der Befunderhebung zusätzlich eine Beeinträchtigung der körpernahen Sinne diagnostiziere. Hier sollte die Frage nicht zu einer Entweder-oder-Entscheidung werden. Kinder brauchen in diesem Falle meiner Meinung nach die ergotherapeutische „Starthilfe“. Natürlich werden Identifizierungsvorgänge vom Interesse des Subjekts geleitet und sind in den Narzissmus des Kindes eingebunden. Was ein Kind wahrnimmt, hängt von seinem Begehren ab, das heißt, es hat Motive, etwas wahrzunehmen oder eben auch nicht. Leidet das Kind jedoch unter einer nicht gut verstandenen körperlichen Beeinträchtigung, so kann es zu Verhaltensauffälligkeiten kommen, die sein Leid noch verstärken. Rückzugstendenzen oder aggressives Verhalten können auch Folgeerscheinungen einer unerkannten

organischen Beeinträchtigung sein. Wenn ich dieses Verhalten ausschließlich als neurotisches Symptom verstehe, besteht die Gefahr das Kind mit seinen Schwierigkeiten alleine zu lassen.

Brigitte Jakubowics

Ergotherapeutin, Psychoanalytikerin, Dynamische Gruppenpsychotherapeutin

www.jakubowics-therapie.at

Literatur:

.....
Ayres, A.J. (1979): Lernstörungen. Sensorisch-integrative Dysfunktionen. Berlin: Springer.

.....
Ayres, A.J. (1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin: Springer.

.....
Dolto, F. (1984): Das unbewusste Bild des Körpers. Berlin: Quadriga, 1987.

.....
Fisher, A.G./Murray, E.A. (1998): Einführung in die Theorie der Sensorischen Integration. In: Fisher, A.G./Murray, E.A./Bundy, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis. Berlin: Springer, 3-42.

.....
Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Studienausgabe, V. Frankfurt/Main: Fischer, 1972, 37-145.

.....
Freud, S. (1915): Triebe und Tribschicksale. Studienausgabe, III. Frankfurt/Main: Fischer, 1972, 75-102.

.....
Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. Studienausgabe, III. Frankfurt/Main: Fischer, 1972, 213-272.

.....
Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. Studienausgabe, III. Frankfurt/Main: Fischer, 1972, 273-330.

.....
Hoffer, W. (1949): Mouth, Hand and Ego-Integration I. Psychoanalytic Study of the Child 3. 49-56.

.....
Jakubowics, B. (2011): Wie soll ich das Kind schaukeln? Körperbild und Sensorische Integration. In: Kinderanalyse, Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in der Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Hg: M. Günter, Kai von Klitzing. Stuttgart: Klett-Cotta, 2. April 2011

.....
Klein, M. (1927): Frühstadien des Ödipuskonfliktes. In: Frühstadien des Ödipuskomplexes. Frühe Schriften 1928-1945. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch, 1985, 7-21.

.....
Klein, M. (1962): Über das Seelenleben des Kleinkindes. In: Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, 1994, 187-224.

.....
Nacke, A. (2005): Ergotherapie bei Kindern mit Wahrnehmungsstörungen. Bern: Hans Huber, 2005.

.....
Piaget, J. (1972): Die Psychologie des Kindes. Stuttgart: Klett-Cotta, 1991.

.....
Spitz, R.A. (1965): Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett, 1969.

Assoziationen einer Jugendlichenpsychotherapeutin im interpersonalen Raum

Judith Noske

Anstelle eines Abstracts

In der heutigen Forschung gilt die konkrete zwischenmenschliche Beziehung als eines der wichtigsten Therapievariablen. Aber was ist Beziehung wirklich und was hat sie mit uns zu tun? Oder besser: Wie haben wir in ihr mit uns und unseren Patienten zu tun? Ist es – wie Widlöcher schreibt, „wichtiger, wer wir sind, als was wir tun“?

Wer sind wir also? Und wenn wir uns das schon nicht gut beantworten können, dann müssen wir uns angesichts dessen, was uns begegnet und wie wir uns erleben, Fragen stellen. Es sind Fragen, die mit Wünschen und Sehnsüchten, die mit dem Verletzten und Wunden, dem Widersprüchlichen und dem Unklaren, dem Möglichen zu tun haben. Sie haben fast immer auch mit Angst und Stolz zu tun. Es sind ganz persönliche Fragen, Fragen, die auch nach uns selbst fragen. Hier müssen wir uns eine Wichtigkeit geben und hier müssen wir uns bescheiden.

Wir arbeiten in einem Beziehungsraum. Wir gestalten den therapeutischen Raum mit und sind in ihm mit unserem Patienten/unserer Patientin, sind hier durch unsere fachliche Kompetenz, durch unseren Arbeitsstil, mit unseren beruflichen Erfahrungen wirksam, aber auch durch unsere ganz persönliche subjektive Realität, einschließlich aller persönlichen Eigentümlichkeiten und Launen. Solange wir mit uns arbeiten, können wir uns nicht überwinden. Das sollen wir auch nicht. Aber es ist gut, ein Bewusstsein zu entwickeln für Austauschprozesse und Grenzverletzungen, bzw für alles was sich an der Grenze zwischen uns und dem Anderen zeigt. Hier wiederholt sich vieles, aber es entstehen auch neue Erfahrungen und neue Möglichkeiten.

Einleitendes

Dieser Beitrag wird ein persönlicher sein, er ist gezeichnet vom Ringen um ein Selbstverständnis innerhalb meines therapeutischen Wirkens. Es ist der Versuch einer Abstimmung zwischen mir und meinen Patienten. Unsere Arbeit hat mit der Notwendigkeit zu tun, auf das, was uns in der Begegnung mit unseren Patienten anspricht, zu antworten, uns zu verantworten. Hier muss ich Fragen stellen. Es sind Fragen an das

Schwierige, an das vielleicht Heilbare, an das Ungewisse. Ich stelle sie während meiner Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die ich auf ihren Wegen begleiten darf, und ich finde mich selbst in diesen Fragen. In dem Text wird es um die Subjektivität des Therapeuten gehen. Das ist kein ungefährliches Thema. Wenn ich hier das sage, was ich sagen will, werde ich mich zeigen müssen. Kann man – so eine Frage – mit dem Patienten gemeinsam in einem Bade sitzen und gleichzeitig verhindern, dass er zu viel von der eigenen Nacktheit mitbekommt? – Ja, kann man schon! Man kann ins Bad steigen und etwas anlassen. Aber nass wird man wohl werden.

Ich helfe mir. Ich werde schon von einem „Ich“ ausgehen. Aber dieses ICH wird primär nicht nur mich meinen und besteht nicht nur aus meinen Beobachtungen, Meinungen und Erfahrungen. Ich habe darin Aussagen von anderen verpackt. Es sind Aussagen, die ich in Büchern, Arbeiten, Fallberichten und Gesprächen gefunden habe. Sie sind geeignet, um mich zwischen ihnen zu verstecken, aber auch geeignet, um von mehr als nur von mir zu reden. Es sind also subjektive Aussagen und keine objektiven Wahrheiten, es sind Gedanken und Assoziationen einzelner Menschen in Bezug auf sich und ihre Arbeit. Ich werde zitieren, um etwas direkt wiederzugeben. Wo ich etwas in meine Gedanken eingearbeitet oder als Anregung übernommen habe, wo ich also nicht mehr so gut unterscheiden kann, was zum Anderen gehört und was daraus in mir entstanden ist, werde ich es nicht tun. Die Begegnung und »Vermischung« zwischen dem einen und dem anderen im interpersonalen Raum und was dabei herauskommt werden ohnehin Thema dieser Arbeit sein.

Wenn wir eine Therapie beginnen, lassen wir uns in einen, für uns und unseren Patienten noch unbekanntem, Beziehungsraum ein. Wir erschaffen ihn und entdecken ihn in einem gemeinsamen Prozess. Wir sehen das Kind/den Jugendlichen in seinem System, orientieren uns an theoretischen Konzepten, an unserer Erfahrung. Wir schauen in uns hinein, reflektieren, wir suchen und versuchen und wissen nicht, was dabei herauskommen wird. Was wir aber wissen, ist das: Sollte die Therapie gelingen, werden wir bedeutsam sein. Wir werden in dem Maße wie wir unserem Patienten Bedeutung geben und uns gemeinsam, aber auch jeder für sich getrennt, in dieser Bedeutsamkeit verstehen können, wirksam sein. Wir werden mit unserem Fachwissen und unserem Arbeitsstil da sein, aber auch in unserer Subjektivität, mit unseren Eigentümlichkeiten und Launen, durch unsere Anwesenheit – paradoxer Weise auch durch unser Fehlen. In der heutigen Psychotherapieforschung gilt die therapeutische Beziehung als einer der wichtigsten Wirkfaktoren. Beziehung ist in diesem Kontext fast schon zu einem Modewort geworden, in das wir flüchten, um in dem sonst so objektivierbaren und verallgemeinerungsnotwendigen wissenschaftlichen Zugang noch ein Stückchen

Individualität zu finden, in das wir uns mit unseren Patienten zurückziehen dürfen. Aber was ist Beziehung wirklich und was hat sie mit uns zu tun? Oder anders: Wie haben wir in ihr mit uns und unseren Patienten zu tun? Ist es – wie Widlöcher schreibt – „wichtiger, wer wir sind, als was wir tun?“ (Widlöcher, zit. n. Junker 2005, S 117).

Wer sind wir also?

In meiner Arbeit als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin kann ich beobachten, wie schonungslos uns unsere jungen Patienten als Person ansprechen und uns in unterschiedlichen Rollen gebrauchen. Wir sind ständig gefordert, uns von Bildern zu lösen, die wir uns von ihnen, aber auch von uns selbst machen. Oft weiß ich über lange Strecken nicht, was ich wissen kann, was ich tun soll und was ich hoffen darf. Es ist immer etwas Neues.

Versuch über ein Selbstverständnis

1. Wer bist Du?

Man fragt mich, wer ich sei. Ich bin Kinder- und Jugendlichentherapeutin, Psychiaterin. Man fragt weiter – manche tun das, weniger die Kinder als die Eltern – warum ich diesen Beruf gewählt habe. Es fällt mir nicht leicht zu antworten. Es ist eine zu persönliche, eine ernste und für mich anstrengende Frage. Meist weiche ich aus und sage knapp: „Ich habe meine Arbeit gerne, sie passt zu mir.“ Da fragt dann selten einer weiter.

Meine Arbeit wirkt in mein Leben, wie auch mein Leben meine Arbeit mitbestimmt. Ich bin in meinem Bewusstsein für Begegnung und für die Grenze gefordert, im Beruflichen wie im Privaten. Es gibt bei jedem Menschen „eine Tendenz mit sich zu sein, sich abzuschließen und die gegenläufige Tendenz, sich zum anderen hin zu öffnen, auszutauschen.“ (Lichtenstein 2004, S 982). Ich kenne beides gut. Es braucht die Abstimmung zwischen dem einen und dem anderen. Mit sich und gleichzeitig mit anderen zu sein ist nicht selbstverständlich. Es ist das Ergebnis eines hoch komplexen Entwicklungsprozesses. Die Grenze ist der Ort, wo Berührung und Trennung zusammen kommen, wo Entwicklung und Bewusstsein, aber auch Verletzung und Vernichtung passieren. Man könnte Symptome als einen aktiven Versuch der Seele verstehen ein Gleichgewicht an der Grenze zwischen innen und außen herzustellen. An dieser Grenze arbeiten wir.

Wir müssen uns immer beides vergegenwärtigen, die möglichen Entwicklungs- und Heilungswege und die möglichen Wege des Scheiterns. Wenn wir uns als Person

unseren Patienten zur Verfügung stellen, uns von ihnen gebrauchen lassen, kann sich die Begegnung mit uns als hilfreich, aber auch als gefährlich erweisen. (Huber 2003, S 92). Umgekehrt ist es auch so, dass wir uns an unseren Patienten entwickeln können, aber auch, dass sie, in der Art wie sie in uns eindringen, weh tun. Jedes Beziehungsangebot und jede Beziehungsabgrenzung lösen Gefühle, Sehnsüchte, Enttäuschungen, Kränkungen und Erinnerungen aus. Das ist im Alltag wie auch im therapeutischen Prozess so.

Ich denke über meine Patienten nach, leide unter ihnen, freue mich über sie, bin stolz oder auch enttäuscht. Es sind zwischenmenschliche Selbstverständlichkeiten. Aus meiner Erfahrung halten sich aber Menschen, die früh in Beziehungen verletzt wurden – also viele meiner Patienten – nicht immer an diese sich selbst verstehenden Umgangsformen. Ich fühle mich dann in einer bestimmten Situation von ihnen nicht nur berührt, sondern gezwungen, missbraucht, funktionalisiert, bisweilen auch idealisiert und existenziell notwendig. In dieser Weise angesprochen, sollte ich darauf anders antworten als selbstverständlich. Aber ich finde keine Worte. Mein Denken ist angegriffen. Und so handle ich, verwickle mich, spiele in vielfältigen Inszenierungen eine Rolle und tue das, was ich eigentlich nicht tun wollte. Ich frage: Was inszeniert sich gerade? Oder besser: „Was hat sich zwischen uns eingestellt?“ (Sachsse 2008, S 133). Wer bin ich, und wer bist Du? Wer sind wir?

2. Gedanken über den interpersonellen Raum (das Selbst, der Andere, das Dritte)

a) Die Frage nach dem Selbst

Es gibt ein Gefühl eines selbstverständlichen stillen Vertrautseins mit der Tatsache des eigenen Daseins. Aber beschreiben kann man das nicht. Es ist etwas Ungewisses, schwer Beschreibbares, das in der Frage und in jeder möglichen Antwort liegt. Wenn das Nicht-Fassen-können nicht mit meinem begrenzten Erkenntnisvermögen zu tun hätte, sondern mit dem Selbst selbst, was für ein Selbst müsste das sein? „Das Selbst ist die Offenheit, in der es erscheint“, meint Lesmeister (2006, S 242). Das Selbst als ein Aufgebrochensein, manchmal auch als ein Bruch. Es bleibt ohne Kennzeichnung und ohne Festlegung. Ein Selbst, das auch zerrissen und widersprüchlich sein dürfte, indem auch schwer zu Vereinbarendes Platz finden könnte würde besser der Subjektivität meiner jungen Patienten (und wohl auch von mir) dienen als ein Begriff der Einheitlichkeit meint. In dem, wie ich mein Selbst erfahre, liegen ein Staunen und eine Angst und auch ein Glück, gerade dort, wo die Grenze zum Nichts, zum Nichtsein hereinbricht. Und wenn mir die Arbeit mit meinen Patienten immer wieder dramatisch vor Augen führt, dass das, was ist, auch nicht sein

könnte, oder das, was sein hätte können, nicht ist, und dass es ganz und gar nicht gleich ist, was ist und was nicht ist, dann werde ich ernst. Ich möchte mit meinen Patienten zum Wünschen und zum Trauern kommen.

Viel schwerwiegender als das Problem, dass etwas kommt, das man nicht gewollt hat, ist es, wenn man sich nichts zu wollen getraut hat. Was ist, wenn wir nicht besetzen können? Über die „zärtliche Gleichgültigkeit der Welt“ schreibt Camus in *Der Fremde* (Camus 1949, 2013). Hier denke ich an Schicksal und an Wille und frage nach der Freiheit: „Schicksal heißt gegenüber sein und nichts als das und immer gegenüber.“ (Rilke 1912–1922, 1974, S 35). Wenn Jugendliche um ihre Identität ringen, versuchen sie in dem, was sie in sich vorfinden, und dem, was ihnen begegnet, ihr Dasein zu bewältigen, sich zwischen Entscheidungen und Möglickeitsräumen einzurichten. Sie wollen konkret werden. Konkret sein aber heißt „weder endlich noch unendlich sein“ (Kierkegaard 1849, S 26). Als Kind hatte ich an meiner unschuldigen Maßlosigkeit eine spontane Freude. Als Jugendliche litt ich daran, entweder zu groß zu sein oder zu klein. Jetzt, „mittelalterlich“, frage ich: „Wenn es so ist, dass wir nur einen kleinen Teil von dem leben, was in uns ist, was geschieht mit dem Rest?“ (vgl. Mercier 2004). Ich tröste mich: Es geht darum, das gelebte Leben zum Eigenen zu machen und darin präsent zu sein. Mein jugendlicher Patient würde es anders sehen: „Worin ich präsent sein will, danach lebe ich“.

In der Therapie frage ich lieber nicht nach, wie es mit den tiefen Wünschen ist. Die Frage müsste ich an die innere Stimme richten. Über Träume und Sehnsüchte aber reden meine jungen Patienten nicht viel mit mir. Hier bleiben sie in ihrem Ausdruck unsicher. Hier liegt etwas verborgen das nicht kommuniziert werden kann, ohne verraten zu werden. Wir müssen von diesem Selbstbereich wissen, ohne in ihn einzudringen. Wie kann dieser persönlichste Bereich unausgesprochen und oft nicht einmal gedacht bleiben dürfen, ohne abgesondert zu sein? Wie kann ich verstehen, ohne zu finden? Ich muss das Nichtverstehen akzeptieren. Darin liegt das Bedrohliche, das Gefährliche der Analyse, dass nämlich der Mensch anscheinend verstanden wird.

b) Die Frage nach dem Anderen

Es gibt Patienten, die verstehe ich nicht. Ich finde in mir nichts, auf das ich zurückgreifen kann, nichts das den realen Anderen in mir vertreten könnte. Wenn ich sage – und das tue ich oft – „Ich weiß, was Du denkst...“, oder „Ich sehe es schon kommen...“, dann ist das mein Bedürfnis, das Unvorhersehbare einer Begegnung zu vermeiden.

Das Andere des Anderen ist etwas grundlegend anderes als der Andere in mir. „Das absolut Andere ist der Andere.“ (Levinas, zit. n. Lesmeister 2012, S 18). Dieser Andere ist nicht nur anders. Er ist mir fremd, entzieht sich meinem Zugriff. Ich benenne ihn zwar, finde Namen, Diagnosen, Fachworte für das Fremde, aber wie oft bleibt er, mein Patient, auch nur Gegenstand eines fachlichen Diskurses? Das Fremde als fremd anzunehmen, es nicht zu handhaben sondern mit ihm als etwas Unbekanntem umgehen, das müsste man – ihm – Sinn geben.

Es gibt neurotische Symptome, die sind mir vertraut. Und auch im Psychotischen finde ich mich zurecht. Aber dann gibt es eine Art von sinnlos verzweifelter Wut die nur zerstört. Und Hass! Ja Hass, dieser kalte Hass, dem ich nichts entgegenstellen kann, gegen den ich immer noch hoffnungslos anlieben will, bis ich mich selbst zu hassen beginne, mit dem kann ich nicht nur nicht umgehen. Ich kann ihm weder Sinn noch Bedeutung geben. Was wenn „der Andere in einem Kontext von Negativität, Destruktion und Trauma auftaucht und Bedeutungen zerfallen und durchlebte Ereignisse sich auf ein nacktes Dass, ein wortloses So-sein reduzieren, das nur noch ist, aber nichts mehr mitteilt?“ (Lesmeister 2012, S 11).

Dort, wo der Eros fehlt, breiten sich Destruktivität und Zerstörung aus, fast wie von alleine. Es muss da gar keine bösen Absichten geben. Man muss gar nichts tun. Die schreckliche Wirkung von Sinnlosigkeit macht mir am meisten zu schaffen. Ich verstehe vieles nicht. Manches kann ich nicht verstehen, anderes will ich nicht verstehen. Vieles bleibt fremd. Das Fremde kann auch etwas Gutes sein.

c) *Über das Dritte*

Seelisches Leben wird in die Welt übertragen und umgekehrt. Das sich entwickelnde Kind ist neugierig auf die Welt eingestellt. Es sucht – und versucht das Entdeckte zu ertragen, zu tragen und zu integrieren, damit es ein Teil von ihm selbst wird. Es gibt der Welt Bedeutung, indem sie ihm auch Bedeutung gibt. Die Welt wird im Kind wie auch das Kind in der Welt wird. Beide sind bis in die Tiefe miteinander verwoben.

Es gibt Innenwelten und Außenwelten. Wir leben in beiden und sind ständig damit beschäftigt, diese in einem Gleichgewicht, aufeinander bezogen und doch voneinander abgegrenzt, zu halten. Das ist von großer Bedeutung für das Schaffen eines gemeinsamen Verständnisses von Wirklichkeit. Das Ich ist immer in einem Verhältnis. Beziehung ist Möglichkeit, vielleicht auch Veränderung. Der Andere kann zum Schicksal werden. Musil schreibt wunderbar im Mann ohne Eigenschaften über

das Mit-Sein „den anderen nicht in sich hineinholen, sondern diesen in sich aus sich herausholen.“ Das gefällt mir. Ich bin mit meinen Patienten, wir sehen uns an, man kann dazu viel sagen oder sich denken. Das Wesentliche passiert aber einfach so, plötzlich und unerwartet. Es sind besondere Momente, in denen sich etwas ereignet, zum Ereignis, uns eigen wird. Es ist ein Geschenk.

Die Intersubjektivisten beschreiben den analytischen Prozess als eine Begegnung, in die sich zwei Menschen mit ihrer Subjektivität einlassen, der sie sich unterwerfen, die sie durchdringen, innerhalb derer sie sich mischen, anerkennen und von der sie sich mit neu geschaffenen Selbstaspekten wieder trennen können. Es entsteht ein Drittes, das neue Möglichkeiten trägt. Man kann sich in die unterschiedlichen Konzepte einlesen. Mit dem Kopf geht das gut. Die zugehörigen Affekte zu benennen, fällt mir aber schwer. Kitschig und theatralisch, nicht in die analytische Situation passend und zu persönlich scheint das, vielleicht auch abgedroschen. Und doch ist es das, was wirkt.

Leise und scheu möchte ich dennoch sagen: Es gibt so etwas wie Liebe in meiner Arbeit. Plötzlich ist sie da, und es ist nichts Verbotenes. Auch gibt es die Gewalt, die Verzweiflung und Trauer, auch den Jubel und das Staunen gibt es. Es heißt, man soll den anderen in sich leben lassen. Vielleicht wird etwas gut.

3. Assoziationen im therapeutischen Raum

a) über Chaos und über Entwicklung

Wenn ich arbeite, bin ich in Bewegung. Es ist ein Hinterherrennen und ein Vorlaufen, ein Hin und ein Her. Vieles wäre einfacher, wenn alles eindeutig wäre, isoliert oder komplex, wahr oder eingebildet, gut oder schlecht, gesund oder krank. Was wir in der Seele und zugleich mit der Seele wahrnehmen können, folgt aber anderen Gesetzen.

»Es gibt viele Widersprüchlichkeiten, die uns angeboten werden und unterschiedliche Gefühle für unterschiedliche Bewegungen. Das gilt es anzunehmen und damit zu tun. Nur sollten wir uns entscheiden, „entweder den Vorwärts- oder den Rückwärtsgang einzulegen.“ (D. Bürgin, mündliche Mitteilung).

Entwicklung ist immer mit Ambivalenz verbunden. Progression gibt es nicht ohne Regression. Autonomie schließt immer auch die Akzeptanz von Abhängigkeit ein. Halten kann man nur dort, wo etwas begrenzt ist. So die Theorie. Aber in der Praxis

verträgt sich das Widersprüchliche in mir dann doch nicht immer so gut. Dann sind mir z. B. Mitleid oder Härte angesichts einer sich selbst verletzenden Patientin erträglicher als der innere Zwiespalt, in den ich komme, wenn ich mir das Vorhandensein beider Tendenzen in mir klar mache. Ambivalenzen überwinde ich für gewöhnlich durch das Treffen von Entscheidungen oder, wenn ich analytisch sein will, deute ich. Noch schwieriger als das Verstehen, ist das Nichtverstehen auszuhalten. Ob ich nicht viel zu oft und schnell den „Dingen“ einen Namen gebe? Eine offene, aktiv hinzuhörende und zugleich abwartende Haltung (Boven-Siepen 2013, Seminar in Wien) ist aber leider nur die eine Seite. Ich sollte hier flexibel, anpassungsfähig, spontan und tolerant sein, sollte aber auch dem sich rasch Verändernden des Jugendlichen Klarheit, Kontinuität und Ordnung entgegenstellen. Es braucht wohl beides, das Offene und das Eindeutige, das Verlässliche und die Ausnahme, Struktur und Neugier. Ach, unsere Neurosen! Sie vertragen sich nicht gut mit der geforderten Ambivalenztoleranz.

In dieser Ambivalenz sollten wir auf das setzen „what has survived of creativity despite of our neurosis“ (Greenacre, zit. n. Junker 2005, S 9), „sollten auf das achten, was sich am lebendigsten anfühlt.“ (Ogden 2004, S 23). Bewegung braucht einen Rahmen, damit daraus Entwicklung wird. Entwicklung ist abhängig von zwei Prinzipien: Bindung und Exploration. Bindung bindet nach rückwärts und Exploration orientiert sich nach vorne. An der Seite halte ich mich an. Es geht auch um die Bindungssicherheit des Therapeuten. Oder anders ausgedrückt: Es ist gut, wenn wir hoffen können.

b) Über Schuld, Narzissmus und Sicherheit

Ich sage mir: Es ist nicht möglich, sich nicht schuldig zu machen, egal, was wir tun oder wie wir die Dinge sehen. Ob man es sich so einfach machen darf, die Frage nach der Schuld? Generalisierende Schuldbekennnisse erinnern an religiöse Über-Ich-Pathologien. Man kann mit ihnen nichts anfangen. Also „mea culpa, mea culpa...“. Schuldzuweisende Erklärungen fixieren auf das Gewesene und leisten auch nicht mehr. Sie sind gefährlich: „Er ist schuld, weil ...“. Ob ein gütiges, kritisch fragendes Sich-Verantworten stattdessen gelänge?

Die Scham und die Selbstdarstellung, die Sicherheit und die Unsicherheit, der Mangel und das Hoffen, all das dringt in den therapeutischen Raum ein und wirkt, oft ohne Unterscheidung, zu wem es gehört. Hier wird entschieden, wie viel durch Kontrolle beruhigt oder durch Anpassung beschwichtigt werden muss, was versteckt, verstellt oder angegriffen wird, auch was einfach nur sein darf. Unser Narzissmus

bestimmt die Behandlung entschieden mit. Aber auch umgekehrt: Unsere beruflichen Fähigkeiten stabilisieren uns in unserem Narzissmus.

„Ich habe lange gebraucht, um zu akzeptieren, dass sowohl meine weisen Überlegungen als auch meine Beziehungsangebote unzureichend sind und die Symptomatik nicht erübrigen können. Mein menschliches Engagement wirkt nie so sicher wie ein Symptom.“ (Sachsse 2008, S 35).

Das kränkt mich. Mein Chef tröstet mich und dabei ein bisschen sich wohl auch: Es wird immer zu wenig sein, was wir geben. Wenn wir arbeiten, werden wir immer auch verzweifelt sein. Wir werden es spüren.

c) *Über Abstinenz und Selbstenthüllung*

Für mich ist der Umgang mit meinen Affekten und Impulsen über die Jahre hin die größte Schwierigkeit. Drängenden Affekten bin ich nicht gut gewachsen. Es gibt kleinere aggressive Ausrutscher oder Gefühle von intimer Nähe, die mir unheimlich sind. Ich arbeite wacker dagegen mit dem Konzept der Anonymität und der Abstinenz. Anonymität heißt Namenlosigkeit; Abstinenz meint Enthaltensamkeit (Lesmeister 2006, Vortrag Bad Malente-Gremsmühlen). Also: Bitte kein Zeigen persönlicher Eigenschaften und keine Wunscherfüllung. Diese Konzepte schützen uns vor den Gefühlen der Patienten. Und sie schützen die Patienten vor unseren Gefühlen. Aber diese Langeweile technischer Korrektheit! Sie lässt dann plötzlich den Wunsch in mir auftauchen, mich selbst zeigen zu dürfen... jenseits von Abstinenz, jenseits von Technik und Zweck, sondern ganz einfach, weil es ein normaler Wunsch in einer Beziehung ist, und sei es auch eine Beziehung unter besonderen Umständen. Dieses Argument für die Selbstenthüllung des Therapeuten ist natürlich nicht zulässig. Aber vielleicht kann man sie damit rechtfertigen, dass die Sehnsucht nach Authentizität, nach der eigenen wie nach der des Therapeuten, beim jungen Menschen auf das Engste mit der Suche nach der eigenen Identität verbunden ist, dass die Notwendigkeit eines lebendigen inneren Objekts mit dem Bedürfnis nach einem authentischen Menschen im Außen verbunden ist. Meine Offenheit lege ich so weit fest, dass ich nur soviel von mir sage, wie ich es selbst ertragen kann und wie mich mein Patient ertragen kann, und dass ich nur die Dinge sage, die ich auch öffentlich sagen würde. Nein, ich sage nicht alles von mir, aber ich verstelle mich nicht. Ich bin gewöhnt, mich vor meinen Patienten ohnehin nicht verstellen zu können. Auch habe ich mir angewöhnt, jeden Angriff, jeden Vorwurf und jeden Eindruck meiner Patienten in Bezug auf meine Person zu überprüfen, ob da nicht etwas dran sein könnte. Fast immer ist etwas dran. Was ich

übertrieben finde, davon distanzieren ich mich, manchmal streiten wir auch. Ich finde es so, die Patientin findet es anders, und es bleibt dabei. Man kann Dinge so oder so sehen.

Nicht nur ich spiegle den Patienten, der Patient spiegelt auch mich. Nicht nur ich beobachte den Patienten, sondern der Patient beobachtet oft sehr genau, wie ich mich ihm gegenüber verhalte. Er wird bemerken, wie ich mich von ihm und seinem Leid angesprochen fühle, was ich verurteile, was ich wünsche. Der Patient spiegelt mich manchmal als Träger seiner Hoffnungen, manchmal als eine einzige Enttäuschung, manchmal auch so, wie ich bin. Ich weiß nicht, was mich mehr kränkt, die projektive, verzerrte Wahrnehmung oder eine angemessene, auch in meiner Wahrnehmung berechnete Enttäuschung an meiner Person?

d) Über unterschiedliche Beziehungen

Wir sprechen mit dem Patienten in unserer beruflichen Funktion. Wir handeln mit ihm in der Übertragung, die uns in etwas hineinzwingt. Und wir erleben mit ihm reale Beziehung. Die eine Beziehungsebene kann uns in eine andere hineinführen. Man kann aber auch die eine mit der anderen abwehren. Das Modell der Übertragung ist unbedingt notwendig, um die Mitteilungen des Patienten im Kontext seines Werdens zu verstehen. Man kann damit aber auch den Part der eigenen Betroffenheit wegerklären, kann eigenes Handeln durch nicht Eigenes rechtfertigen. Vor der projektiven Identifizierung sind auch wir nicht gefeit.

„Gegenübertragung hat man immer, eine Beziehung, die den Namen verdient, keineswegs“ sagt Lesmeister (2005, S 42).

Aber kann ich zu jedem Patienten eine Beziehung haben, die den Namen Beziehung verdient? Freud ist hier realistisch „Man sucht dem Kranken etwas zu leisten, soweit der Umfang der eigenen Persönlichkeit und das Maß an Sympathie, das man für den betreffenden Fall aufbringen kann, dies gestatten.“ (Freud, 1892-1899/2000, S 285). Erwische ich mich nicht manchmal dabei, meinen jungen Patienten zum »Teufel« zu wünschen? Oder vielleicht weniger heftig: Bin ich nicht eigentlich ganz froh, wenn der nicht verlässliche Jugendliche schon wieder einmal nicht kommt? Spiegeln meine Gefühle die Aggression des Jugendlichen, die er braucht, um sich Abstand zu verschaffen? Oder steigt aus meiner Jugend zum Thema Unabhängigkeit etwas hoch, das ich nicht erinnern will? Oder habe ich einfach gerade zu viel Eigenes im Kopf und bin erleichtert, durch die Absage etwas mehr Zeit für mich zu haben? Man müsste sich auch im Konflikt mit einer agierenden Borderlinepatientin fragen, ob die Wut, die im Raum ist, zur Patientin gehört, die sich wieder einmal nicht verstanden fühlt, oder ob es mein Ärger ist, weil ich gerade nichts verstehe und ich

mich immer, wenn ich nichts verstehe, ärgere? Es ist ja nicht nur so, dass wir in der Weise reagieren, in die uns unsere Patienten zwingen, sondern wir reagieren auch so, wie wir immer schon reagiert haben, also wie wir es gewohnt sind.

Es würde den Dialog brauchen um zu klären, was zu dem einen und was zu dem anderen gehört. Aber ich kenne den Widerstand, meinen und den des Patienten, die therapeutische Beziehung zum Thema zu machen. Der Widerstand dient dem Schutz von etwas, das in der Therapie zu einem der verletzlichsten Dinge gehört. Vor diesem Widerstand stehen wir dann, der Patient und ich, zwischen dem Mitteilbaren, dem Nicht-Sagbaren, dem Nicht-Denkbaaren und dem Geheimnis, das in jeder Beziehung liegt.

e) Fragen zur Wahrheit und Wirklichkeit 1

„[...] dass wir nicht zuhause sind in der gedeuteten Welt“ (Rilke, 1912–1922, 1974, S 11). Wir erleben und erkennen, und wir handeln danach, aber wir sind nicht objektiv. „Unser Schatten fällt auf das, was wir beobachten.“ (Ferro 2003, S 40).

Ich vermeide die Auseinandersetzung über das, was wahr ist in der Therapie mit Jugendlichen nicht. Oft ringen wir miteinander, was wirklich ist. Aber bei der Frage nach der Wahrheit darf es nicht um die Wahrheit selber gehen. Ich muss hier flexibel sein. Gebe ich z.B. meiner Sicht der Dinge einen absoluten Charakter, hat der Jugendliche nur die Möglichkeit der radikalen Ablehnung, oder er muss sich meiner suggestiblen Wirkung unterordnen. Das Selbst bleibt in beiden Fällen leer.

Wenn jemand etwas ganz klar und sicher braucht, bspw. bei großer Angst, dann frage ich besser nicht nach Wahrheit und Realität, sondern rette das, was irgendwie, und sei es durch Abwehr und Verzerrung, noch in Sicherheit zu bringen ist. Ich frage das missbrauchte Mädchen nicht weiter, was wahr war, obwohl ich es so gerne wissen würde. Den Psychotiker frage ich lieber nicht nach seinem Wahn, um diesem die Wahrheit entgegenzusetzen, sondern suche nach einem gemeinsamen Punkt, der ihn mit mir und dem Problem verbinden könnte. Und wahrlich spät bemerke ich bei der ungeliebten Julia, dass sie ein Bett braucht, und frage nach der Sozialarbeiterin.

f) Fragen zur Wahrheit und Wirklichkeit 2

Den anderen wahrnehmen und empfinden und gleichzeitig nicht handeln können, das mag ich nicht. „Es ist schon eine Kunst, das, was anwesend ist, zum Erscheinen kommen zu lassen, so zu denken und zu handeln – auch nicht zu handeln, dass sich zeigen kann, was ist.“ (Heidegger).

In der Fähigkeit, einen Raum bereitzustellen, indem noch nicht Gedachtes gedacht werden kann, indem Geschichten erzählt werden können, also innezuhalten und hinzuhören, darin muss ich mich üben. Ich bin in Vielem viel zu schnell, sagt man mir. Abends müde vom Tag und ruhiger mit mir, stoße ich auf ein Zitat von Ilse Aichinger: „Betrachtung ist ein schönes Wort, ist, als ließe man die Stille zwischen sich und den Gegenstand fallen, und der stumme Lärm, der gewöhnlich im Raum ist vergeht.“ Es braucht Zeit, um eine Sprache für innere Angelegenheiten zu finden, Zeit, um Räume und Bedeutungen zu öffnen. Wie stellen wir uns innere Räume vor, die es konkret ja nicht gibt? Wie können wir beschreiben, dass eine Tür aufgegangen ist? Wie kann es gelingen, Unbenennbares in Benennbares, Benennbares in Erzählbares, Erzählbares in Mitteilbares zu bringen, um dieses zu transformieren? Das Wesentliche können wir nicht am Patienten beschreiben. Wir können es in uns selbst nur ahnen.

Wir erzählen Geschichten. Wenn es mir gelungen ist, die Geschichte einer Patientin zu erzählen, sodass sie in mir zu einem Bild wird, das ich gegen die Erfahrung einer zusammenhangslosen Zeit stellen kann, möchte ich meinen Blick auf dieses Bild richten als wäre es eine Landschaft still und für mich. Es könnte aber auch sein, dass ich diese Patientin frage: »Wenn Du dazu eine Geschichte machen würdest, wie würde sie sein?«

Abschließendes

Wir haben mit Dingen zu tun, die sind nicht gut. Sie werden uns von unseren Kindern vorgeworfen. Es ist ein Vorwurf, damit wir etwas damit tun. Wir werden angesprochen in dem Anspruch, dass etwas besser, heiler, weiter werden könnte oder auch weniger einsam. Viele Geschichten unserer Patienten sind verletzte, stumme, schwere Geschichten, Geschichten, die Halt suchen und doch schwer auszuhalten sind.

Ich lese bei Huber die Warnung, das menschliche Leben nicht nihilisierend in eine grandiose Unerträglichkeit hineinzureden. Wir sollten uns aber auch nicht harmonisierend von aggressionsentkleideter Sinnsuche reiten lassen. „Es wird alles wieder gut, sagen wir oft zu unseren Kindern, und dies ist auch das machtvollste, innerlich stiller gewordene Hoffnungsbild von uns Erwachsenen.“ (Huber 2003, S 92). Ich weiß, dass nicht immer alles gut wird. Aber...

Und... wir haben mit Dingen zu tun, die gut sind. Wir haben mit Kindern zu tun, die stark sind, weil das Leben-Wollen stark ist, das Lieben-Wollen und Genießen-Wollen und das Schaffen-Wollen, auch das Leiden können. Wir lernen Kindern kennen, die

eine Beziehung zu uns suchen, weil sie spüren, dass das helfen könnte; Kindern, die mit wilder Kraft ihre Eigenständigkeit gegen uns setzen, um ihres zu verteidigen. Und ich meine, dass das auch gut ist. Ob der Erfolg einer Therapie nicht auch wesentlich von der Fähigkeit des Kindes abhängt, das beim Anderen zu initiieren was es braucht: uns so zu gebrauchen, dass es für das Kind gut ist?

Kinder haben einen Drang, sich zu entwickeln, in Bewegung und in Veränderung zu sein. Sie bewegen sich auf uns zu, und sie grenzen sich von uns ab. Sie wollen in Beziehung zu uns sie selbst sein dürfen. Dazu braucht es den Anderen in der Hoffnung, dass er wichtig werden könnte. Wir müssen uns damit auseinandersetzen, welche Bedeutung wir für unsere Patienten haben, wie wir mit dem Kind und wie wir mit uns selber sind, wir als Person.

Wer sind wir also? Wenn wir das schon nicht gut beantworten können, dann müssen wir uns angesichts dessen, was uns begegnet und wie wir es erleben, Fragen stellen. Es sind Fragen, die mit Wünschen und Sehnsüchten, die mit dem Verletzten und Wunden, dem Widersprüchlichen und Unklaren und dem Möglichen zu tun haben. Sie haben fast immer auch mit Angst und Stolz zu tun. Es sind ganz persönliche Fragen, Fragen, die auch nach uns selbst fragen. Hier müssen wir uns eine Wichtigkeit geben, aber wir müssen uns auch bescheiden. Überwinden können wir uns hier nicht. Das sollen wir auch nicht, wenn wir mit unserer Person als ein Instrument arbeiten. Hier müssen wir ein Bewusstsein für Austauschprozesse und Grenzverletzungen entwickeln, für all das, was sich an der Grenze zwischen uns und dem Anderen zeigt. Entlang dieser Grenze gestaltet sich der therapeutische Raum. Hier wiederholt sich Vieles, aber es entstehen auch andere Erfahrungen und neue Möglichkeiten. Hier gibt es Entwicklung.

Dr.ⁱⁿ Judith Noske

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärztin für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapeutin, OÄ und Leiterin der Jugendlichenstation der KJPP Hinterbrühl

E-mail: judith.noske@moedling.lknoe.at

Literatur

Bright, G. (2004). Das Verstehen und das Sich-Unterscheiden in der Beziehung zwischen Analytiker und Patient. *Analytische Psychologie*, 135, S.9–28.

Camus, A. (1949/2013). *Der Fremde*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Djuric, M. (1985). *Nietzsche und die Metaphysik*. Oldenbourg: De Gruyter.

Ferro, A. (2003). *Das bipersonale Feld*. Gießen: Psychosozial.

Freud, S. (1892–1899/2000). *Gesammelte Werke Bd. I*. Frankfurt a. M.: Fischer.

Huber, R. (2003). Das Sein auf der Grenze – wo Berührung und Trennung zusammenkommen. *Analytische Psychologie*, 34, S.83–94.

Jung, C. G. (1929/1957). *Die Probleme der modernen Psychotherapie*. *Gesammelte Werke Bd. 16*. Düsseldorf: Walter 1995.

Junker, H. (2005). *Beziehungsweisen*. Tübingen: edition diskord.

Kierkegaard, S. (1849). *Die Krankheit zum Tode*. *Gesammelte Werke Bd. 8*. Harvard: E. Diederichs, digitalisiert 3. April 2008.

Lesmeister, R. (2005). Technik und Beziehung. In: L. Otscheret & C. Braun (Hrsg.): *Im Dialog mit dem Anderen*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel, S.29-56.

Lesmeister, R. (2006a). *Intersubjektivität und Analytische Haltung*. Vortrag. Bad Malente-Gremsmühlen.

Lesmeister, R. (2006b). Die Idee vom wahren Selbst. *Analytische Psychologie*, 145, S. 240–262.

Lesmeister, R. (2012). Der Andere im Selbst. *Analytische Psychologie*, 167, S. 8–27.

Lichtenstein, D. (2004). Das Andere in den Anschlägen vom 11. September. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 9/10, 58. Jg., Sonderheft, S. 890–990.

Mercier, P. (2004). *Nachtzug nach Lissabon*. München: Hanser.

Münch, V. (2012). Die Vielfalt der Analytischen Psychologie und die persönliche Gleichung. *Analytische Psychologie*, 169, S. 350–366.

Ogden, T. (2004). *Gespräche im Zwischenreich des Träumens*. Gießen: Psychosozial.

Rilke, R. M. (1912–1922/1974). *Duineser Elegien*. Die Sonette an Orpheus. Frankfurt a. M.: Insel.

Sachsse, U. (2008). *Selbstverletzendes Verhalten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Neue Mitglieder im ÖAGG

Axmann Cornelia Mag.^a Mag.^a PhD; *Klosterneuburg*
Baumann Susanne Mag.^a MA; *Wien*
Baumer Christian; *Ternitz*
Bolzano Sophia Dr.ⁱⁿ; *Mödling*
Brandl Johanna MA; *Wien*
Braun Gabriele Mag.^a; *Linz*
Brunner Sarah Mag.^a (FH); *Wien*
Chung My-Lan Mag.^a; *Garsten*
Coreth Theresa E.; *Wien*
Dengg Christoph MA; *Innsbruck*
Dennstedt Jutta MA; *Baden*
Dergovics Elke Mag.^a; *Wien*
Ebner Sarah Mag.^a; *Wien*
Eckert Georg Dr.; *Wien*
Fellinger Robert Dr.; *Salzburg*
Freiler Christine DSA; *Wien*
Fuchs Ulrike Mag.^a; *Wien*
Granata Valentina; *Salzburg*
Grießebner Katharina BA; *Salzburg*
Grill Isabell Mag.^a; *Wien*
Grillmeier Franziska; *Wien*
Hackl Maria; *Unken*
Haider Maria Mag.^a; *Graz*
Haslinger Anna; *Seewalchen*
Heinz Oliver MSc; *Wien*
Hemetsberger Julia; *Seewalchen*
Hess Rotem MA; *Wien*
Hofer Moritz; *Wien*
Höllerer Anita Mag.^a; *Salzburg*
Hudetz Maria Theresia Mag.^a (FH); *Wien*
Jany Anna Mag.^a; *Hörsching*
Kaiser Gottfrieda Maria MEd; *Oberwart*
Kiefel Gerald Dr.; *Marienwerder*
Krainer Christine Hermine; *Eibiswald*
Krutzler Johannes; *Neulengbach*
Kurz Daniela MA; *Linz, Donau*
Leitner Hannelore; *Klagenfurt*
Loidolt-Wadjura Brigitte; *Wien*
Luger Sandra Mag.^a; *Mödling*
Mitterhauser-Pöttinger Kerstin; *Eferding*
Moldaschl-Pree Karoline Mag.^a Dr.ⁱⁿ; *Sierning*
Moßhammer Carina Anna BA; *Oberndorf*
Mothwurf Christina; *Wien*
Neuhuber Stephanie BA; *Eferding*
Niederhofer-Tatzel Anna BA; *Innsbruck*
Nix Thomas Ing. MBA; *Aspang*
Nowak Erol; *Linz*
Ouschan Ariane MA; *Wien*
Priller-Haider Adelheid BA; *Wien*
Ruffer Angela; *Gmunden*
Ruzicka Sonja; *Wien*
Salatovic Kristina Mag.^a (FH); *Abtenau*
Santillan Ramos Paola Patricia Mag.^a; *Wien*
Schuster Oliver Mag.; *Wien*
Söllinger Luzia Mag.^a; *Neufelden*
Stolba Johannes; *Wien*
Strigl Gerlinde; *Sipbachzell*
Tekautz Florian Mag.; *Linz*
Till-Osmalcz Uta Dr.ⁱⁿ; *St. Pölten*
Weiss Wolfgang MSc MBA; *Gmunden*
Weißenböck Verena Mag.^a; *Wien*
Wenzl Katharina; *Berlin*
Werner Katharina Mag.^a; *Wien*
Worsch Michael Dr.; *Innsbruck*

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!

ANKÜNDIGUNG der Fachsektion Integrative Gestalttherapie

GESTALT TAGE 2017

20.-21.1. 2017 in SALZBURG

„LIEBEN IST ALLES“ – Variationen über ein unendliches Thema

ReferentInnen: Peter Osten, Bärbel Wardetzki, Thomas Harms, Hans und Bettina Jellouschek,

Thomas Kapitany, Barbara Stadler, Gertraud Diestler

Detailliertes Programm, Informationen zur Tagung und Anmeldung auf
www.gestalttherapie.at



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

AGGRESSION UND LEBENS-KRAFT

Selbsterfahrungsgruppen 2017

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 Müllheimern 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 bilden den ⇒ Seminarschwerpunkt ⇔, wobei die therapeutische Arbeit zu mehr Lebensenergie führt.

„Friedlich ist nur der Aggressive“ (Wolfgang Schmidbauer)

Termine 2017:	Donnerstag, 5. Jänner , bis Sonntag, 8. Jänner 2017 Freitag, 28. April , bis Montag, 1. Mai 2017 Donnerstag, 31. August , bis Sonntag, 3. September 2017
----------------------	--

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

Arbeitsmethoden: Integrative Gestalttherapie (Integrative Leib- und Bewegungstherapie, bioenergetische Übungen und KI-Arbeit)

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
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Sonja Maria Krutzler • Eva-Maria Hiebler • Dr. Stefan Muskatelz • DDr. Human Unterrainer

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

Für alle,

- die sich auf einen spannenden persönlichen Prozess einlassen wollen,
- die mit therapeutischer Begleitung und Austausch in der Gruppe mehr über sich erfahren und ihre Lebenspotentiale erweitern wollen,
- die mehr Kontakt- und Beziehungsfähigkeit entwickeln wollen.

Termine:

Termine Herbst 2016:

18./19. November, 16./17. Dezember 2016

Voraussichtliche Termine 2017:

13./14. Jänner, 10./11. Februar, 10./11. März, 7./8. April, 5./6. Mai

Abschluss:

15. bis 17. Juni* 2017

Arbeitszeiten:

Freitag abends ab 18.30 Uhr und

Samstag tagsüber von 10.00 bis ca. 19.00 Uhr

*Das Juni-Seminar dauert doppelt so lang (täglich von 10.00 – ca. 19.00 Uhr).

Freiwillige Zwischentermine (ein Abend zwischen den Gruppenterminen) werden in der Gruppe vereinbart.

Ort:

ImPuLS, Schillerstraße 6, 8010 Graz, Tel.: 0316/38 68 73

Leitung:

Dr. Günther Bitzer-Gavornik | Coleitung: Bernhard Pils

Kosten:

€ 150,00 pro Wochenende und TeilnehmerIn bzw. € 300,00 für das Blockseminar im Mai

MWSt.frei direkt beim Seminar zu bezahlen

Ermäßigung ist in begründeten Fällen möglich

Anmeldungen:

bitte schriftlich an Dr. Günther Bitzer-Gavornik

Schillerstraße 6, 8010 Graz / E-Mail: office@institut-impuls.at

Abmeldung:

ist nach der ersten Teilnahme möglich, danach gilt die Anmeldung für die ganze Jahresgruppe, d.h. dass auch bei Nichtteilnahme an einem Seminar der jeweilige TeilnehmerInnenbeitrag zu entrichten ist, sofern nicht zu Beginn der Teilnahme etwas anderes vereinbart wurde.

Nähere Informationen unter Tel.: 0316/38 68 73.

Paarweiterbildung für Einzel- und Paartherapie (Wien)
WS15/16

IG

Blocksupervision

11.11.2016 // 9.12.2016 // 20.1.2017 jeweils von 9.30–13.00 mit Mag.^a Barbara Stadler
www.barbarastadler.com

SS16

Paardynamische Konzepte „Du bist nicht so, wie ich Dich will ...“

Do 6.4.2017 16.00-20.00 Uhr, Fr 7.3. & Sa 8.3.2017, 9.30-17.00 Uhr (20 AE)

Leitung: Mag.^a Barbara Stadler www.barbarastadler.com

Kennenlernen grundlegender gestalttherapeutischer, lerntheoretischer und beziehungs-therapeutischer Konzepte, um sie für Gegenübertragungsphänomene und Behandlungserfolg nutzbar zu machen

Anmeldung: FSIG / ÖAGG (auch einzeln buchbar)

Tel.: 01 / 718 48 60, E-mail: gestalttherapie@oeagg.at

Workshop Integrative Gestalttherapie Selbsterfahrung in der Gruppe

„Gestalttherapie ist die Erlaubnis überzusprudeln, Freude zu haben, mit den reizvollsten Möglichkeiten für uns in unserem kurzen Leben zu spielen.... Sie steht für alles, was vor mir liegt, für alles, was die Vollständigkeit des Erlebens verspricht, für die kommenden Dinge, die erschreckend, traurig, bewegend, unvertraut, archetypisch sind und Wachsen bedeutet. Gestalttherapie bedeutet, das Leben ganz zu umfassen, all seine subtilen Geschmacksrichtungen zu kosten.“ J. Zinker

Der Workshop richtet sich an Frauen und Männer,

- die sich auf einen spannenden, persönlichen Selbsterfahrungsprozess in einer zweitägigen Gruppe einlassen wollen und dabei die kreativen und vielfältigen Angebote der Integrativen Gestalttherapie praktisch erfahren und reflektieren möchten.
- die auf lebendige Weise neue Erlebens- und Verhaltensweisen kennenlernen, ausprobieren und experimentieren und sich in ihrer Persönlichkeit weiter entwickeln wollen.
- die an der Methode und eventuell an der Ausbildung „Integrative Gestalttherapie“ (IG) interessiert sind, Erfahrungen sammeln und Informationen darüber erhalten möchten.

Im geschützten Rahmen der Gruppe können die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Methode Integrative Gestalttherapie für Gruppen-PartnerInnen- oder Einzelübungen kennenlernen und nutzen, um sich selbst und andere bewusster wahrzunehmen und um Ressourcen wieder zu aktivieren.

Die (Selbst-)Wahrnehmung und die (Kontakt-)Erfahrungen in der Gruppe stehen im Vordergrund. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben auch die Gelegenheit kreative Techniken sowie körperorientierte (Bewegungs-) Angebote und Imaginationsreisen kennenzulernen.

Leitung:

Dr.ⁱⁿ Diestler Gertraud: Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie), Lehrbeauftragte für IG im ÖAGG, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, in freier Praxis tätig

Mag. Christoph Lins: Psychotherapeut (Integrative Gestalttherapie), Lehrbeauftragter für IG im ÖAGG, Berater und Psychotherapeut in der Männerberatung und der Fachstelle für Gewaltarbeit, Psychotherapeut in freier Praxis

Termin / Dauer:

Fr. 5. Mai 2017 17.00 bis 20.00 Uhr
Sa. 6. Mai 2017 9.00 bis 19.30 Uhr
So. 7. Mai 2017 9.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Praxisgemeinschaft ISIT,
 Haydngasse 11, Graz 8010

Seminarbeitrag: € 260,- (Mwst. frei)

Die 20 Einheiten Selbsterfahrung sind nach vorheriger Absprache als Selbsterfahrung für das Propädeutikum, für die Fachsektion Integrative Gestalttherapie im ÖAGG und andere Ausbildungen anrechenbar.

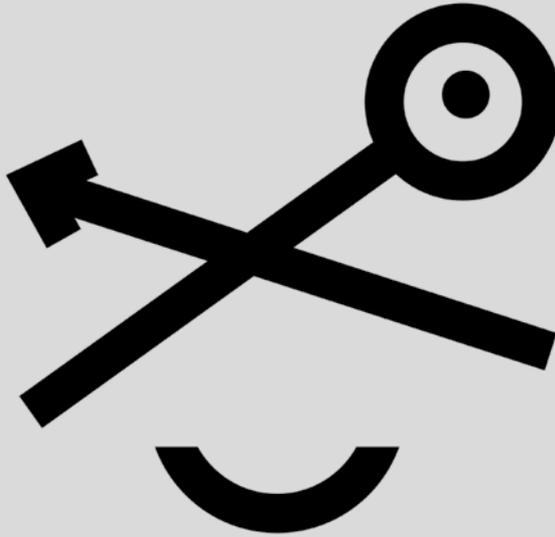
Anmeldung bis 18 April 2017 im Sekretariat FS Integrative Gestalttherapie bei Frau Draczynski, Mo. bis Fr. 9-12 Uhr, Tel.: +43-1-7184860.

Einzahlung vor dem 18. April 2017 auf das Konto der Fachsektion Integrative Gestalttherapie: BA-CA, BLZ 12000, IBAN: AT02 1200 0006 1142 1207, BIC: BKAUATWW.

Das Seminar findet ab einer TeilnehmerInnenanzahl von 6 Personen statt.

33. Gruppendynamiktage Gallneukirchen 13.–14.1.2017

„Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie“



Zum Forschungsstand in der Gruppendynamik Woher kommen wir? Wo stehen wir? Wohin gehen wir?

Wir wollen miteinander im Hier und Jetzt diese Fragen erforschen,
um soziale Prozesse zutreffender zu beschreiben und zu verstehen.

Es referieren u.a. Andreas Amann, Ursula Margreiter, Karl Schattenhofer,
Christina Spaller, Monika Stützle-Hebel, Andrea Tippe.

Anmeldung unter gallneukirchen@gddg.at

Teilnahmegebühr: 190,-/ Frühbucherbonus bis 30.11.2016: 160,-
IBAN AT48 1200 0006 1137 1006 BIC BKAUATWW
Empfänger: ÖAGG-GDDG, Verwendungszweck: „GD-Tage 2017“

Sekretariat: Sylvia Zentner, Lenaugasse 3/10, 1080 Wien, Tel. 01 255 99 88
psychodrama@oeagg.at – weitere Infos: www.psychodrama-austria.at; www.öaggg.at

**1. Ausbildung Psychotherapie (Fachspezifikum) in Kooperation mit der
Donau Universität Krems**

Abschluss mit Master of Science oder akademische PsychotherapeutIn –
in 7 Semestern berufsbegleitend (180 ECTS)

Teilnahmegebühr: € 31.400,- (Stand 2016)

Donau-Universität Krems Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale
Gesundheit

Ingeborg Kreibich, Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, 3500 Krems

Tel. 02732 893-2638, ingeborg.kreibich@donau-uni.ac.at

Lehrgänge 2017

- Lehrgang 21 Graz/Klagenfurt/Krems Start: 20.10.2017 Lehrgangsbetreuerinnen:
Graz: Monika Wicher, MSc; monika.wicher@aon.at, 0664/ 14 05 750
Klagenfurt: Mag.^a Gerda Trinkel MSc; gerdatrinkel@aon.at, 0664/ 51 55 449
- Lehrgang 22 Wien/Krems Start: 20.10.2017
Lehrgangsbetreuerin: Mag.^a Sabine Kern, MSc
- Lehrgang 23 Salzburg/Krems Start: 20.10.2017
Lehrgangsbetreuerin: Hannelore Houdek, MSc
- Die Lehrgänge sowie die Lehrtherapien werden zum Großteil regional angeboten
Ein – bis zweitägige Auswahlseminare werden regional angeboten – Infos über
die regionalen Lehrgangsbetreuerinnen

2. Weiterbildung für PsychotherapeutInnen:

- Lehrgang für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Start Lehrgang 3: 17.-19.03.2017
Start Lehrgang 4: 30.-31.03.2018
- Lehrgangsleitung: Gabriele Biegler Vitek, Msc; E-mail: g.biegler-vitek@aon.at,
Tel.: +43/664/460 24 78
- Lehrgang für Sexualtherapie – Wien Start : Mai 2017
Lehrgangsleitung: Wolfgang Hofer Msc; E-mail: praxis@hoferpsychotherapie.at,
Tel.: 0732/65 19 99, www.liebesexundtherapie.at

3. Ausbildungen im Beratungsbereich (B3) www.psychodrama-beratung.at

- Rollenspiel–LeiterIn – Wien Start: 26. Jänner 2017
Lehrgangleitung: Maria Stockinger Mag.^a, E-mail: mar.stockinger@gmx.at,
Tel.: 0699 / 1285 79 19,
Susanne Hackl, susannehackl@aon.at, 0664 / 20 28 144
- Erziehungs- und JugendberaterIn (Lebens- und SozialberaterIn)
Start: Februar 2017 in Klagenfurt;
Lehrgangleitung: Mag.^a Gerda Trinkl, Msc,
E-mail: gerdatrinkel@aon.at, Tel.: 0664 / 51 55 449
- Psychodramatische Organisationsaufstellung – Wien Start: November 2017
Lehrgangleitung: Roswitha Riepl, Msc; E-mail: office@roswitha-riepl.at,
Telö.: +43 / 676 / 32 84 400, www.roswitha-riepl.at

BEZAHLTE ANZEIGE

Sexualität ist ...

Sexuologische Basiskompetenz, Sexualpädagogik,
Sexualberatung und Sexualtherapie

Die ÖGS Sexualakademie bietet fundiertes sexuologisches Wissen
durch Fort- & Weiterbildung.
Information & Anmeldung unter: www.oegs.or.at

ÖGS Österreichische Gesellschaft
für Sexualwissenschaften
Austrian Society for Sexologies

SEXUAL AKADEMIE

Das aktuelle Themenheft 2/2016: „**Soziales Atom**“, Hrsg. Karsten Krauskopf und Falko von Ameln.

Aus dem Inhalt:

- K. Krauskopf, F.v.Ameln: Vorwort
- M. Schacht, C. Hutter: Mensch und soziokulturelles Atom. Haben und Sein
- S. Daniel: The Social Collective and the Social and Cultural Atom in the Age of the Social Network
- S. Weigl: Wirkung und Einsatzmöglichkeiten des sozialen Atoms in den unterschiedlichen Phasen des Therapieprozesses
- H.v.d. Lippe: Soziale Atome als Genosozioogramme. Lassen sich Soziogramm und Genogramm in Praxis und Forschung sinnvoll kombinieren?
- D. Mayrhofer: Soziokulturelle Atome im Wandel der Suchtdynamik. Eine Analyse der Veränderungsprozesse im soziokulturellen Atom im Laufe der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen
- T. Schwinger: Das „Soziale Atom“ in der Sozialen Arbeit: Begriff und Untersuchungsmethoden
- C. Buckel: Anwendung einer psychodramatischen Perspektive und insbesondere des sozialen Atoms auf die Beratung in großen Organisationen. Mehr (Perspektiven) - Vielfalt wagen
- H. Katzmaier: Soziale Netzwerkanalyse und das soziale Atom
- S. Franke: Tele aus neurobiologischer Sicht.
- Yaakov Navor: Die Bedeutung des Nicht-Wissens.
- J. Gershoni: Highlighting Sociometry in the Psychodramatic Process

Vorschau auf das Heft 1/2017: „**Kinder-Psychodrama**“, Hrsg. C. Stadler / K. Kirk
Sonderband 2017: „**Doing Gender. Konzepte für ein geschlechtersensibles Psychodrama**“,
Hrsg.innen S.Kern/S.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**

Ab dem Wintersemester 2016/17 bietet der ÖAGG eine neue berufsbegleitende Weiterbildung für PsychotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen, FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und MusiktherapeutInnen.

Mentalisieren ist die Fähigkeit, sich selbst "von außen" und andere "von innen" sehen und verstehen können, Motive und Verhalten von sich und anderen nachvollziehen und reflektieren können, sich in der Begegnung mit dem Anderen bewegen und anstecken lassen.

Menschen mit schweren psychischen Störungen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, chronische Angststörungen und Depressionen, Traumafolgestörungen, somatischen Belastungsstörungen, Essstörungen und psychotische Störungen), können jedoch häufig von einer Behandlung nicht ausreichend profitieren, da ihre Fähigkeit zu Mentalisieren stark schwankt oder chronisch eingeschränkt ist. Dies führt bei diesen PatientInnen häufig zu Fehlinterpretationen, Missverständnissen und in der Folge zu Therapieabbrüchen oder einer geringen Compliance in der Behandlung.

Die Weiterbildung MBT bietet eine Einführung und/oder Spezialisierung in diese wissenschaftlich gut beforschte und als sehr effizient erwiesene Behandlungsmethode, deren Interventionstechniken in die herkömmlichen Formen der Psychotherapie oder klinisch-psychologische Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen integriert werden können. Kliniker verschiedenster Orientierung können die mentalisierungsbasierte Haltung und ihre spezifischen Interventionstechniken in Theorie und Praxis kennenlernen und mit Hilfe von Rollenspielen üben.

Der Lehrgang umfasst 220 AE in 8 Seminarblöcken inklusive Gruppen-Supervision an je 2 Wochenenden pro Semester. Nach Maßgabe von freien Plätzen und auf Anfrage können einzelne Module belegt werden. Ein versäumter Termin kann zu einem späteren Termin beim nächsten Durchgang nachgeholt werden. Bei Absolvierung aller Curriculumseinheiten erhalten Sie ein Weiterbildungszertifikat des ÖAGG.

Detaillierte Information dazu finden Sie auf der ÖAGG Homepage: www.oeagg.at/mbt

Leiterin des ÖAGG-Weiterbildungscurriculum MBT:

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Helga Felsberger in Zusammenarbeit mit Ao. Univ. Prof.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Med. Gabriele Sachs und Prof. Dr. med. Ulrich Schultz-Venrath

KRISENINTERVENTION

KR

Schwerpunkte: Suizidpräventive und tiefenpsychologische Aspekte

Fort- und Weiterbildungscurriculum 2016/17

Veranstalter: ÖAGG und ÖGATAP

Zielgruppe: Angehörige aller Berufsgruppen, die im psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Bereich tätig sind.

Aufbau und Inhalte des Curriculums:

6 Wochenendseminare mit folgenden Themen:

Selbsterfahrung zu eigenen Krisen, Definition und Charakteristika psychosozialer Krisen, Gesprächsführung bei Krisenintervention, KI bei verschiedenen Arten von Krisen und in verschiedenen Settings, Notfallpsychiatrie, Übertragung/Gegenübertragung in der KI, KI bei Suizidalität, mit Angehörigen nach einem Suizid, bei Akuttraumatisierungen sowie mit Kindern und Jugendlichen

Leitung des Curriculums, Information, Anmeldung:

Dr. Claudius Stein, 0664 416 78 07, claudius.stein@kriseninterventionszentrum.at

DDr. Wolfgang Till, 01 54 55 127, wolfgang.till@kriseninterventionszentrum.at



Crossing Borders – Social, Cultural and Clinical Challenges
17th International Symposium of the Group Analytic Society

Berlin, 15 – 19 August 2017

Maritim Hotel

Call for Papers

We cordially invite participants of the Berlin Symposium 2017 to submit proposals for workshops (w), sub-plenaries (SP) and paper presentations (PP) for consideration by the Scientific Committee (SC).

It is important to link your proposal to the themes of the Symposium:

Wednesday – Inclusion and Exclusion: We and the Other

Thursday – Migration, Globalization and Transnationalism

Friday – The Praxis of Group Analysis: our clinical work

Saturday – One Group Analysis or Many

There are two different times for these each day.

From 2 – 3.30 pm or 4 – 5.30 pm: 90 mins each afternoon

The Different Formats for your Proposals are:

Sub-plenaries

oral presentations which may include audiovisual support. The presenters have 30 minutes to present their material and will be responded to (20 min) by a discussant nominated either by the SC or the presenters. The chair of the sub-plenary will have 10 minutes to summarize the main issues that arise and then open the discussion to the floor. Sub-plenaries may vary in length with the themes continuing over more than one day.

Paper Presentations

offer space for up to three contributions on similar themes. Each contributor, facilitated by the chair, can give a short presentation of 20 minutes. The chair will then coordinate a discussion between the contributors and their audience – 30 minutes. The panel of contributors may choose their own chairperson.

Workshops

are more experiential. They offer shorter theoretical material which will then be illustrated by discussion and, sometimes, exercises as well. The presenters are expected to encourage participants to share thoughts and experiences in a more informal way. Please choose a suitable format for your contribution. The SC may put together three contributions for a PP according to the number of rooms available and content of papers offered.

Please give a short abstract from 1.500 to 1.700 characters (200 words) maximum. Please add key words to help us link your proposal to the theme of the day. The SC may offer suggestions to clarify your text. If it is accepted, your submission will be added to the programme and to the website of the symposium.

Please note!

Our Berlin Symposium website will be online in August:

www.berlin-gasi-symposium2017.com

There you will be able to register for the event and also find everything you need to know. If you have other questions do please contact Mrs Birgitta Geber: geber@t-online.de

The Call For Papers starts 1 August. The final 'Call' is 30 November 2016. Please look under the heading 'Participation' to submit your abstract.

Hanna Reinhardt-Bork, Sue Einhorn (Chairs of the Scientific Committee)

Freitag 9. bis Sonntag 11. Dezember 2016

Ort: PTA – Psychotherapeutische Ambulanz ÖAGG, Marxergasse 25,
1030 Wien, Österreich

Freitag 9.12.2016

ab 16.30 Uhr Anmeldung und Registrierung der TeilnehmerInnen
17.00 Uhr Begrüßung und Vortrag Helga Felsberger
17.45 Vortrag Robi Friedman
18.45 Pause
19.00 Großgruppe Leitung Jutta Menschik-Bendele
20.30 Abschluss

Samstag 10.12.2016

09.30 Uhr Großgruppe Leitung Jutta Menschik-Bendele
11.00 Uhr Pause
11.30 Uhr Vortrag Catherine Schmidt-Löw-Beer
12.30 Uhr Mittagspause
14.00 Uhr Vortrag Ute Moini-Afchari
15.00 Uhr Pause
15.30 Uhr Großgruppe Leitung Jutta Menschik-Bendele
17.00 Uhr Pause
17.15 Uhr Sektempfang und Mitgliederehrung
18.30 Uhr Abschluss

Sonntag 6.12.2015

09.30 Uhr Vortrag Felix de Mendelssohn
11.00 Uhr Pause
11.30 Uhr Großgruppe Leitung Jutta Menschik-Bendele
13.00 Uhr Abschluss der Tagung

Veranstalter ist der ÖAGG – Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, 1080 Wien, Lenaugasse 3

Approbierte Fortbildungsveranstaltung für Psychiatrie und psychosomatische Medizin mit 15 DFP Punkten. 15 Fortbildungseinheiten für PsychotherapeutInnen und klinische PsychologInnen

Kongresskomitee:

Univ. Prof. Dr.ⁱⁿDr.ⁱⁿ Gabriele Sachs

Univ. Prof. Dr.ⁱⁿ Alice Pechriggl

Mag. Florian Fossel

Mag. Markus Grubinger

Mag. Dr. Günter Dietrich

Vortragende / Lehrpersonen:

Prof.ⁱⁿ Mag.^aDr.ⁱⁿ Helga Felsberger, Lehrgruppenpsychoanalytikerin (ÖAGG), Lehrgruppenanalytikerin (SGAZ), klinische Psychologin, Adjunct Professor Webster University Vienna

Dr. Robi Friedman, Lehrgruppenanalytiker, Klinischer Psychologe, Universitätslektor, Haifa

Univ. Prof.ⁱⁿ Mag.^aMag.^a Dr.ⁱⁿ Jutta Menschik-Bendele, Lehrgruppenpsychoanalytikerin (ÖAGG, IAG), Psychoanalytikerin, klinische Psychologin, Klagenfurt

Dr.ⁱⁿ Catherine Schmidt-Löw-Beer, Lehrgruppenpsychoanalytikerin, Lehrpsychoanalytikerin, FA für Psychiatrie, Wien

Dr.ⁱⁿ Ute Moini-Afchari, Lehrgruppenpsychoanalytikerin, Psychoanalytikerin, FA für Psychosomatische Medizin, Wesseling

Prof. Felix de Mendelssohn, Lehrgruppenpsychoanalytiker (ÖAGG), Lehrpsychoanalytiker, Honorarprofessor an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien



Bioenergetische Analyse für PsychotherapeutInnen

Weiterbildungscurriculum der bioenergetisch-analytischen Gesellschaft (DÖK)

Die bioenergetische Analyse (BA) geht davon aus, dass körperliche und psychische Prozesse sich wechselseitig beeinflussen. Jeder emotionalen Erfahrung entspricht ein körperliches Erleben und umgekehrt. Veränderungsprozesse werden daher auf beiden Ebenen initiiert, begleitet und unterstützt.

Aufbauend auf einem tiefenpsychologischen Widerstands- und Übertragungsmodell werden die körperlichen Phänomene des Widerstands wie Haltung, muskuläre (Ver-)Spannung, Gefühlsausdruck und Atmungsmuster nach ihrer Prägung in der Kindheit im Modell der Charakterstrukturen dargestellt. Dieses wurde von Alexander Lowen entwickelt, der ein Schüler von Wilhelm Reich war. In den letzten Jahren wurde die BA vor allem durch die Bezugnahme auf Bindungstheorie und Psychotraumatologie weiterentwickelt.

Die Methode bietet die Möglichkeit

- Impulse aus dem Körper stärker wahrzunehmen
- Verbindungen zwischen Körperwahrnehmungen, Emotionen und Gedanken herzustellen und zu nutzen
- verkörperte Erfahrungen durch Arbeit an den Blockierungen zugänglich zu machen
- fehlende und beeinträchtigte Strukturen (wieder) aufzubauen sowie verfestigte Strukturen zu lösen
- über Atmung, Haltung, Kontakt, Bewegung und begleitender Verbalisierung Nachreifungsprozesse zu initiieren, neue Erfahrungen zu machen und Muster auszuprobieren und zu etablieren, die der Erweiterung von Handlungsspielräumen und der Erreichung psychischer Gesundheit dienlich sind

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Weiterbildung in Bioenergetischer Analyse sind befähigt, spezifische körperliche und psychische Befindlichkeiten, funktionale Fähigkeiten und Einschränkungen von Personen und Gruppen im Einzel- und Gruppensetting diagnostisch zu erfassen und ein jeweils geeignetes Interventions- und Behandlungsinventar anzuwenden.

Zielgruppe: PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision

Dauer: 4 Jahre (Einzelselbsterfahrung, Jahresgruppe, Ausbildungstage, Seminare, eigene psychotherapeutische Tätigkeit, Co-Trainings, Supervision)

Start: jederzeit nach Aufnahmeverfahren (2 Aufnahmegespräche, 1 Seminar, positiver Bescheid des Aufnahmegremiums)

Kosten: ca. 6000 Euro inkl. 20% Ust. pro Jahr, Aufenthaltskosten sind nicht enthalten.

Kontakt & Informationen:

www.bioenergetische-analyse.org, Auskunft und das detaillierte Curriculum erhalten Sie beim Koordinator des Aufnahmegremiums Dietmar Dobretsberger, dididob@gmx.at (bis 6/2017) bzw. Klaus Angerer, kl_ang@yahoo.de (ab 7/2017)

Dieses Weiterbildungscurriculum ist vom ÖBVP als Weiterbildung für PsychotherapeutInnen gemäß der Fort- und Weiterbildungsrichtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit anerkannt.

BEZIEHUNG IN BEWEGUNG



Ein moderner Weg in der Beratung und Therapie von Paaren

Start: **27.1.2017**

Zertifizierte Weiterbildung für Klinische und GesundheitspsychologInnen sowie PsychotherapeutInnen aller Fachrichtungen zur umfassenden Behandlung von Paaren. Die Basis bildet eine fundierte, vom Bundesministerium **anerkannte körperorientierte, psychodynamische Methode** (KBT), ergänzt um **sexualtherapeutische und kommunikationswissenschaftliche** Elemente und **themenfokussiertes Tiefenwissen**.

Die Weiterbildung umfasst 7 Workshops:

- Beziehung (27.-29.1.2017, München)
- Interaktion und Identität (24.-26.3.2017, Salzburg)
- Strukturspezifische Paartherapie (22.-24.9.2017, Sbg.)
- Körper und Sprache 1 (1.-3.12.2017, München)
- Körper und Sprache 2 (2.-4.3.2018, Salzburg)
- Verbinden und Lösen (15.-17.6.2018, Salzburg)
- Vertiefen und Integrieren (30.11.-2.12.2018, Salzburg)

Informationen/Broschüre/Anmeldungen:

www.beziehunginbewegung.at

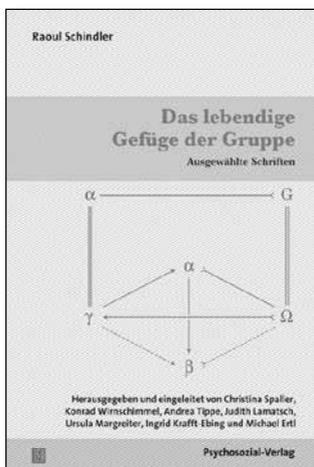
Weiterbildungsleitung: Susanne Kloser, MSc,
office@susannekloser.at, 0043(0)699 105 12 116

Die Weiterbildung wurde durch den BÖP anerkannt (168 +20 Punkte) und vom ÖBVP zertifiziert (345 AE).

Raoul Schindler
Das lebendige Gefüge der Gruppe
 Ausgewählte Schriften

»Regeln erleichtern die Funktion komplexer Gebilde und erweisen sich im Moment der Kreation als entspannend. Ihre Erstarrung (Fixierung) führt aber zur Institution und erweist sich rasch wieder als Zwang und Motiv zu neuer Innovation.«
Raoul Schindler, »Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe« (1957)

Wer heute nach Originaltexten zu Raoul Schindlers Rangdynamik sucht, wird kaum fündig, obwohl das Modell in der Forschungsliteratur häufig zitiert wird. Die HerausgeberInnen veröffentlichten erstmalig eine Auswahl von Texten Schindlers, die sie um eine Darstellung seiner Person und seines Wirkens sowie um eine Einbettung in den historischen Kontext der Gruppendynamik in Österreich ergänzen. So wird die Theorie der Rangdynamik in ihrer Differenziertheit nachvollziehbar und die LeserInnen werden zur Weiterentwicklung des Modells eingeladen.



ca. 350 Seiten • Broschur • € 39,90
 ISBN 978-3-8379-2514-2
 Erscheint im Oktober 2016

Schindler ist sowohl im Feld der Psychiatrie als auch der Gruppendynamik und -therapie international bekannt. Mit seiner Theorie der Rangdynamik ermöglichte er die dynamische Positionierung von Gruppenmitgliedern sowie die Aufdeckung kritischer Störfaktoren, die das Lebendig-Dynamische in Gruppen behindern und zu Ausgrenzung und Erstarrung führen. Die Erkenntnis, dass Gruppen auch negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Individuen haben und gesellschaftliche Prozesse beeinflussen, zeigt, wie unerlässlich eine entwicklungsfördernde Interventionspraxis für GruppenleiterInnen ist.

Psychotherapie mit Männern

Konrad Peter Grossmann

Carl-Auer (Heidelberg) 2016, 188 Seiten

ISBN 978-3-8497-0109-3



Das neue Buch von Konrad Grossmann ist in Dialogform (zwischen Konrad und Peter) geschrieben und von Beginn an ist man angeregt, sich selbst als LeserIn als 3. Person einzubringen, mitzudiskutieren und auch zu widersprechen. Die lebendige Art – der Wechsel zwischen psychotherapeutischer Theorie und Praxis, Literatur, soziokulturellem Wissen, Neurobiologie,... – lässt vergessen, dass man es „nur“ mit Wörtern auf Papier zu tun hat. Ziemlich am Beginn wird an Hand der Wandlungsgeschichte von Parzival die Frage erörtert, wie männliche Problemstellungen im soziokulturellen Kontext entstehen und aufrechterhalten werden könnten. In der Betrachtung des kanonischen Narrativs von Männlichkeit werden die männerspezifischen Stressfaktoren benannt und diskutiert, wie sie in der psychotherapeutischen Arbeit berücksichtigt werden müssten, damit Psychotherapie gelingen kann. Gleichzeitig, wenn auch nicht explizit, lädt der Autor ein, auch die Frauen mitzudenken und die eigenen Konstrukte über frauenspezifische Ansätze in der Psychotherapie zu hinterfragen.

Das Reizvolle an diesem Buch ist, dass die spezifische Aufmerksamkeit, die man in der Arbeit mit Männern im Focus haben sollte, benannt, aber daraus keine Zuschreibung wird, die auf der Ebene der Interventionen festlegt. Vielmehr werden männerspezifische Aspekte für die Psychotherapie ausgewählt, wie das respektvolle Begegnen auf Augenhöhe, das Nützen einer Sprache, die sich an Sachlichkeit und Strukturiertheit orientiert und das Verwenden von Interventionen, die es möglich machen neben dem Reden auch etwas „zu tun“. Auch bei den am Ende des Buches erörterten spezifischen Problemstellungen, die Männer besonders häufig in Therapie bringen, geht es mehr um ein Verstehen der Symptome im Zusammenhang mit der männlichen „inneren Welt“ als um Techniken. All das macht das Buch für PsychotherapeutInnen, vor allem für literaturbegeisterte, so lesenswert.

Margarete Mernyi

Psychodrama-Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Sonja Hintermeier

Facultas (Wien) 2016, 296 Seiten

ISBN: 978-3-7089-1345-2



Das vorliegende Fachbuch wird dem Anspruch an eine störungsspezifische Psychotherapie hervorragend gerecht. Es werden die Symptomatik, die Entwicklung und die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen aus der Sicht des Psychodramas beleuchtet. Sonja Hintermeier ist es gelungen, theoretische Überlegungen und praktische Erfahrungen zu einem Konzept störungsspezifischer Psychodramatherapie bei Persönlichkeitsstörungen zusammenzufassen, wobei sie sich auf den humanistischen Ansatz von Psychodrama bezieht, wie er in Österreich vom Gesundheitsministerium anerkannt ist. Es wird die Eigenständigkeit psychodramatischer psychotherapeutischer Arbeit mit Persönlichkeitsstörungen vorgestellt. Auch Literatur anderer Verfahren zu diesem sehr komplexen Themenbereich wird wertschätzend erwähnt. Durch seinen übersichtlichen Aufbau, die Klarheit der Ausführungen und die praktische Anschaulichkeit besitzt dieses Buch den Charakter eines Lehrbuches und kann allen PraktikerInnen, Studierenden und KollegInnen anderer Verfahren empfohlen werden. Die Qualität des Buches liegt darin, dass es zu den wesentlichsten Fragen bezüglich der Therapie von Persönlichkeitsstörungen detaillierte und fundierte Antworten gibt. Das Buch kann als Ganzes oder auch abschnittsweise wie ein Nachschlagewerk gelesen werden, da jedes Kapitel in sich gut abgeschlossen ist.

Das Kapitel 1 führt in die Thematik der Persönlichkeitsstörungen ein und gibt einen sehr guten Überblick über Definitionen, Klassifikationssysteme, Häufigkeit und Komorbidität dieses sehr speziellen Störungsbildes. Die einzelnen Typen von Persönlichkeitsstörungen werden erläutert und Basiswissen verständlich vermittelt.

Die nächsten beiden Kapitel geben PsychodramatikerInnen aber auch Nicht-PsychodramatikerInnen einen sehr aufschlussreichen Einblick in das Verfahren Psychodrama. Hier wird der Bogen von Morenos ursprünglicher Persönlichkeitstheorie bis zum modernen psychodramatischen Entwicklungsmodell von Schacht gespannt. Es werden die Instrumente des Psychodramas sehr verständlich beschrieben und auf die

Besonderheiten von Einzeltherapie und Gruppentherapie bei der Behandlung dieses Klientels wird speziell eingegangen. Ein Einblick in den psychodramatischen Methodenkoffer rundet dieses Kapitel ab.

Im Kapitel 4 gibt die Autorin einen interessanten und für PraktikerInnen sehr hilfreichen Überblick der Behandlungskonzepte. Hier wird deutlich, dass bei schweren Störungsbildern Modifikationen der Therapiemethode im Fokus stehen müssen und die Methode Psychodrama dies dank ihres großen Spektrums sehr wohl bieten kann. In den weiteren Kapiteln wird das individuelle Vorgehen bei der Therapie von Persönlichkeitsstörungen erläutert, welches sowohl die strukturellen Defizite als auch die perfekten Ziele des jeweiligen Menschen beachtet. Psychodramatisch betrachtet geht es um eine Ermutigung zur Rollenerweiterung, um ein „Gesundshrumpfen“ von rigiden Bewältigungsrollen (S. 159).

Im abschließenden 6. Kapitel wird vertiefend auf die möglichen Behandlungsstrategien bei den unterschiedlichen Störungsniveaus eingegangen. Es wird hervorgehoben, dass eine wesentliche Modifikation der psychodramatischen Vorgehensweise auf der Fokussierung der Begegnungsbühne liegt. Im Schutz der gelingenden Begegnung und Beziehung kann Rollenerweiterung gelingen und das Vertrauen wachsen, das „eigene Rollengefängnis zu verlassen“ (S.167).

Wir PsychodramatikerInnen können Sonja Hintermeier für dieses Buch sehr dankbar sein! Es ist beruhigend zu erfahren, dass die Methode Psychodrama für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, die generell behandlungstechnisch als schwierige Störungen gelten, sehr gut geeignet ist!

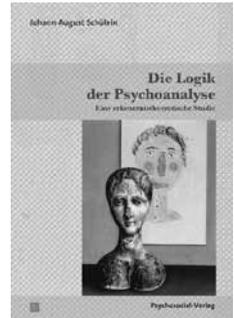
Mag.^a Gerda Trinkel, MSc

Die Logik der Psychoanalyse Eine erkenntnistheoretische Studie

Johann August Schülein

Psychosozial-Verlag, Gießen, 327 Seiten, 2016

ISBN-13: 978-3-8379-2557-9



In ihrer aktuellen Arbeit zur psychoanalytischen Forschung – im Untertitel „Methoden und Kontroversen in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität“ – charakterisiert Marianne Leuzinger-Bohleber (2015, S. 51) die heutige internationale Psychoanalyse durch „eine Vielzahl verschiedener Forschungsmethoden zur Erforschung des spezifischen Forschungsgegenstandes der Psychoanalyse, von unbewussten Phantasien und Konflikten“. Diese unbestreitbare Vielfalt bedeutet für die Psychoanalyse zwar ein hohes Potential an Forschungszugängen, erfordert aber ebenso eine kritisch hinterfragbare wissenschaftstheoretische Positionierung. In der Entwicklung und Professionalisierung der Psychoanalyse im Gefolge Freuds gab es dazu ein langes Ringen um einen adäquaten Standort zwischen Natur- und Geisteswissenschaftlichen und immer wieder auch bei bedeutenden AutorInnen ein fast erstaunlich anmutendes Ausblenden wissenschaftstheoretischer Fragen zum Selbstverständnis einer Disziplin, die sich zugleich die Selbstreflexivität in besonderer Weise an ihre Fahnen geheftet hatte.

An diesem Problemkreis setzt Johann August Schülein in seiner erkenntnistheoretischen Studie „Die Logik der Psychoanalyse“ an. Schülein, der seit vielen Jahren als Forscher der Wirtschaftsuniversität Wien verbunden ist, hat in seinem umfangreichen Werk besonders Themengebiete der Soziologie und Psychoanalyse bearbeitet. In dem vorliegenden Band, als Überarbeitung eines Buchs aus dem Jahr 1999 entstanden, zeigt sich der Autor auch als profunder Kenner der Wissenschaftsgeschichte der Psychoanalyse und ihrer wissenschaftstheoretischen Zugänge. In seiner Übersicht erscheint die Psychoanalyse auf den ersten Blick als eine bunte Sammlung von Variationen eines im Kern unscharfen Paradigmas. Schülein differenziert zwischen denotativen und konnotativen Theorien. Denotative Symbolsysteme bilden nomologische Realität ab, die Schülein als „eindeutig und identisch stabil bezeichnet [...], die für jeden Einzelfall kontextunabhängig gilt“ (S. 165). Im Gegensatz – oder besser im letztlich unscharfen Übergang dazu – setzt Schülein für die Sozialwissenschaften und auch für die Psychoanalyse an dem aus der Systemtheorie kommenden Begriff der Autopoiesis an, also am Modell der Produktion und Reproduktion

der Systeme aus sich selbst heraus. Für die Erfassung autopoietischer Realität ist ein konnotatives Symbolsystem erforderlich, dessen besondere Leistung darin besteht, dass es „aus den vielen Möglichkeiten der Verbindung von und zwischen Entitäten und Ebenen die für die jeweilige Wirklichkeitskonfigurationen passenden hervorhebt; dass sie untersucht, warum, warum diese und keine andere wirklich ist und welche zukünftigen Möglichkeiten sich aus dem (heterogenen, dynamischen) Status quo ergeben“ (S. 168f.).

Eine besondere Qualität dieses Werks liegt darin, dass der enthaltene, schlüssig dargestellte Abriss der „Psychoanalyse im Feld von Theorien“ die Problematik der Einordnung psychoanalytischer Theoriebildungen gut nachvollziehbar macht. So erscheint die erste Zuordnung als „Naturwissenschaft“ ebenso bruchstückhaft wie die spätere als „Hermeneutik“, wie folgende Beschreibungsversuche als „Sowohl-als-auch“ oder als „Weder-noch“. Schülein charakterisiert die Psychoanalyse als „Wissenschaft zwischen Wissenschaften“ (S. 237), die als konnotative Theorie mit weitgehend analogen Begriffen arbeiten. Hierbei handelt es sich um ein Strukturmerkmal, das durch den Gegenstand der Psychoanalyse bedingt ist.

Sprachverwirrung hat in der Psychoanalyse eine lange Tradition, sie geht bis auf die Anfänge der Disziplin bei der Gründerperson Freud zurück, der etwa den Begriff der Metatheorie statt auf die Theorie der Theoriebildung auf die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie angewendet hat. Schülein wirkt in meinem Verständnis mit diesem Werk in einer wertvollen, klärenden Weise. Er argumentiert, warum die Psychoanalyse keine einheitliche Theorie ist, sondern ein vieldeutiges Paradigma, das von verschiedenen Schulen unterschiedlich interpretiert und verwendet wird. Diese Vielfalt eröffnet zugleich Chancen und Risiken. Schülein legt offen, dass er im wissenschaftlichen Diskurs eine lebendige Psychoanalyse erhalten und Isolationsschäden der Psychoanalyse sowie einer wissenschaftlichen Marginalisierung der Psychoanalyse entgegenwirken möchte.

Insgesamt kann für dieses Werk eine klare Leseempfehlung für alle an psychoanalytischer Wissenschaftstheorie und psychoanalytischer Forschung Interessierten ausgesprochen werden.

Günter Dietrich

Literatur:

.....
Leuzinger-Bohleber, Marianne, Benecke, Cord, Hau, Stephan, 2015: Psychoanalytische Forschung. Methoden und Kontroversen in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität. Stuttgart: W. Kohlhammer

Bibliotheksöffnungszeiten

**Die Öffnungszeiten der ÖAGG-Bibliothek für Herbst/Winter 2016 und
Frühling 2017:**

Mittwoch von 17.30–20.00 Uhr:

9. November, 7. Dezember, 4. Jänner, 8. Februar, 8. März, 12. April

Freitag von 15.00–19.00 Uhr:

28. Oktober, 25. November, 16. Dezember, 27. Jänner, 24. Februar, 31. März, 28. April

Redaktionsschluss & Erscheinungstermine für die nächsten Ausgaben

Ausgabe	Redaktionsschluss	Erscheint
Feedback 1&2/17 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 2	29.2.2017 Fachbeiträge: 07.02.2017	Anfang April 2017
Feedback 3&4/17 Kunst als Medium	15.9.2017 Fachbeiträge: 25.08.2017	Anfang Okt. 2017
Feedback 1&2/18 Gruppen- und Organisationsdynamik	28.2.2018 Fachbeiträge: 07.02.2018	Anfang April 2018

ÖAGG Weiterbildungscurriculum Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche

SAVE THE DATE - Start des nächsten Lehrganges Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche mit März 2017

Kinder und Jugendliche stellen uns in der psychotherapeutischen Arbeit vor oft neue oder ungewohnte Situationen und Anforderungen. Die Grundidee der Weiterbildung liegt darin einen Schwerpunkt auf die Altersbezogenheit zu legen und Störungen im Rahmen der Altersentwicklung zu verstehen. Eine Besonderheit liegt in der Einbeziehung des interpersonalen Umfeldes und damit den Auswirkungen des Verhaltens im sozialen Umfeld. Konsequenterweise wird daher auch die Gruppentherapie in die Weiterbildung miteinbezogen, die eine wichtige Methode in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist. PsychotherapeutInnen aus unterschiedlichen Richtungen können in dieser methodenübergreifenden Weiterbildung lernen ihr, in der Psychotherapie mit Erwachsenen, erworbenes Wissen für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen weiter zu entwickeln.

Die Weiterbildung wurde mit Jänner 2016 vom Psychotherapiebeirat des österreichischen Bundesministerium für Gesundheit zertifiziert als "Weiterbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entsprechend der Richtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit 2014" und ist daher berechtigt Zertifizierungen einzelner Personen als Säuglings-, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen vorzunehmen.

Leitung: Prim. Dr. Rainer Fliedl, Mag. Wolfgang Martin Roth

Co Leitung und Organisation: Mag.^a Karin Zajec

Bei Interesse an einer Teilnahme am nächsten Lehrgang kontaktieren Sie uns bitte unter:
E-mail: kinder.jugendlichen.psth@oeagg.at oder Tel.: 0664 73103862

Nähere Infos unter: www.oeagg.at/site/akademie/ausundweiterbildungen/kinderundjugendliche

ÖAGG

Österreichischer Arbeitskreis
für Gruppentherapie und Gruppendynamik

P.b.b.

Erscheinungsort Wien | Verlagspostamt 1080 Wien
Aufgabepostamt 1010 Wien | Zulassungsnummer: 02Z032586 M
Laufende Nummer: 358 | 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, Mag.^a Maria-Anna Pleischl
Redaktion: feedback@oeagg.at
Produktion: flyeralarm | Auflage: 2250