DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Psychotherapie Aktuell

11. Jahrgang | Heft 2.2019

- LunchTalk: Macht Sprache Gewalt?
- Psychotherapie bei Autismus
- Arbeiten in der Suchthilfe

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

ALTE UND NEUE SÜCHTE – WIE NÜTZLICH IST PSYCHOTHERAPIE?

SYMPOSIUM 2019

Vorträge und Diskussion

Abhängigkeitserkrankungen sind in der deutschen Allgemeinbevölkerung weit verbreitet und stellen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie bestehende Therapiekonzepte immer wieder vor neue Herausforderungen.

In der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen stehen derzeit nicht mehr nur die stoffgebundenen Süchte wie z.B. Alkohol und Medikamente im Vordergrund. Hinzugekommen sind in den letzten Jahrzehnten u.a. stoffungebundene Süchte, wie beispielsweise der pathologische Internet- und Computerspielkonsum, die viele Fragen aufwerfen und neue Therapiekonzepte benötigen.

Wir wollen diese vorstellen und mit Ihnen diskutieren, welche Therapiekonzepte sich in der Praxis bewähren und wie die Versorgung der Patienten bedarfsgerecht(er) ausgestaltet werden kann.

Mit Akteurinnen und Vertretern aus unterschiedlichen Institutionen des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik erörtern wir in unserer Podiumsdiskussion, welche Hürden bei der ambulanten Psychotherapie von Abhängigkeitserkrankungen bestehen. Zudem gehen wir der Frage nach, wie sich Kooperationen mit dem Suchthilfesystem verbessern und die ambulante psychotherapeutische Suchtbehandlung stärken lassen.

Wir freuen uns über Ihr Interesse und auf ein spannendes Symposium 2019.

Weitere Informationen auf www.dptv.de

Anmeldung

Der Besuch der Veranstaltung ist kostenfrei. Eine schriftliche Anmeldung wird erbeten bis zum **22. Mai 2019** über unser Online-Formular auf www.dptv.de, per E-Mail an bgst@dptv.de oder per Fax an 030 235009-44.

Zertifizierung

Für diese Veranstaltung sind Fortbildungspunkte beantragt.

Weitere Informationen auf **www.dptv.de**

5. JUNI 2019, 14.00-19.30 UHR

Tagungswerk
Lindenstraße 85
10969 Berlin

„Sie haben noch nie Widerspruch gegen den Quartalsbescheid eingelegt?“

Diese Frage stellte ich erstaunt einer Kollegin, als ich ihr die frohe Botschaft überbringen wollte, dass unser jahrelanges gemeinsames Kämpfen im Bewertungsausschuss erfolgreich war und für die vergangenen Quartale ab dem 1. Quartal 2009 eine Nachvergütung zu erwarten ist. Da kann einiges zusammenkommen. Und damit, liebe Kolleginnen und Kollegen, ein herzliches Willkommen zur neuen Ausgabe der Psychotherapie Aktuell.

Unsere Honorarnachzahlungen sind juristisch jedoch nur dann gegeben, wenn gegen die entsprechenden Bescheide der Quartalsabrechnungen Widerspruch eingelegt wurde. Die Kollegin hatte dies leider versäumt. Da bereits die aktuell erbrachten Leistungen im 1. Quartal 2019 nach dem Beschluss um etwa 10 % angehoben wurden, sollten Sie spätestens jetzt die kommenden Honorarbescheide durch Widerspruch für Nachzahlungen offenhalten. Die Widerspruchsformulierungen erhalten Sie über Ihre Landesgruppe und über den Mitgliederbereich unserer Homepage. Dort haben wir für Mitglieder, die gerne mit Zahlen hantieren, auch einen Nachvergütungsrechner bereitgestellt. Unser Dank geht insbesondere an die Kolleg*innen, die sich in den Gremien der Selbstverwaltung für die Nachvergütung eingesetzt haben! Wichtig bleibt: Unbedingt für jeden Bescheid zur Quartalsabrechnung Widerspruch einlegen! Denn die Berechnung unserer Honorare erfolgt nach unserer Ansicht immer noch nicht rechtskonform – nur durch die Widersprüche können wir die rechtliche Klärung fortsetzen. Wir engagieren uns weiter für angemessene Honorare. Wir brauchen die Honorare, um unsere Praxen professionell führen zu können.

Ein weiteres bestimmendes Thema ist nach wie vor das Für und Wider des Anschlusses der psychotherapeutischen Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI). Viele von Ihnen fragten in den vergangenen Monaten, wie die DPtV dazu stehe. Nun, die Antwort ist nicht unbedingt schnell zu geben:

Aufwand und Kosten für den TI-Anschluss sind immens. Das Dilemma bleibt: Wir befinden uns in einer zunehmend digitalisierten Welt, die wir mitzugestalten haben. Die Digitalisierung bringt hilfreichen Fortschritt, auch zum Teil für das Gesundheitswesen, birgt jedoch auch Gefahren und wirft ethische Fragen auf. Die TI hat zum Ziel, einen komfortableren Informationsaustausch und verbesserten Datenschutz bei der Kommunikation mit anderen Leistungserbringern und mit Patient*innen einzuführen. Das Ziel einer sicheren Übertragung elektronisch vorliegender Gesundheitsdaten teilen wir. Eine technisch bessere Lösung als die TI ist uns im Moment nicht bekannt. Wir machen dabei einen Unterschied zwischen der Einrichtung des Datenübertragungswegs (= der TI) und den weiteren Anwendungen. Die DPtV hat immer abgelehnt, dass der Abgleich der Versichertenstammdaten (VSDM) über die TI auf die Schultern der Behandler*innen abgewälzt wird. Es ist Aufgabe der Krankenkassen, ihre Stammdatenpflege mit ihren Versicherten direkt zu regeln. Das hat sich leider trotz jahrelanger Proteste, gemeinsam mit der Ärzteschaft, nicht durchsetzen lassen. Es ist aber wichtig zu wissen, dass darüber KEIN weiterer Zugriff der Krankenkassen auf die Patient*innendaten möglich ist und auch nicht rechtlich zulässig wäre. Elektronisch sicher zu übermittelnde Befunde („e-Arztbrief“), ein elektronisch verfügbarer Medikationsplan und ein elektronisch vorliegender Notfalldatensatz erscheinen uns für Patient*innen, die Ärzteschaft und Psychotherapeut*innen sinnvolle Anwendungen.

Sehr kritisch sehen wir allerdings die geplante Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA), die den gesetzlich Versicherten zur freiwilligen Nutzung ab 1. Januar 2021 zur Verfügung gestellt werden soll. Wir beharren dabei intensiv auf der bisherigen gesetzlichen Regelung, dass die ePA ein für Patient*innen uneingeschränkt freiwilliges Angebot bleiben muss. Bei der freiwilligen Nutzung muss dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Patient*innen umfassend und kompromisslos Rechnung getragen werden. Die Schweigepflicht gilt weiterhin. Patient*innen müssen – wie auch jetzt – im Einzelnen selbst entscheiden können, ob sie Daten in die ePA einstellen wollen, welche Daten sie einstellen wollen, wer auf welche Daten Zugriff bekommt. Einer verpflichtenden Sammlung von Gesundheitsdaten in einer ePA erteilen wir ganz klar eine Absage!

Zu guter Letzt begleiten wir engmaschig die letzten Schritte der Ausbildungsreform, die aller Planung nach noch im Herbst diesen Jahres abgeschlossen werden soll. Auch wenn einige Aspekte gegebenenfalls bis dahin noch ungeklärt bleiben, ist die Reform ein ganz wesentlicher Schritt, um den Berufsstand noch besser aufzustellen. Wir bitten alle Kolleg*innen, die letzten Schritte gemeinsam zu unterstützen.
Nun wünsche ich Ihnen eine gute Lektüre mit vielen Erkenntnissen und eine sonnige, erfolgreiche Zeit.

Mit den besten Grüßen, auch im Namen des gesamten DPtV-Vorstands

Ihre

Sabine Schäfer

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV

Jetzt noch besser: Berufshaftpflicht für Psychotherapeuten/innen

Wirtschaftsdienst DPtV
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Umfassender Haftpflichtschutz für Ihre berufliche Tätigkeit mit Sonderkonditionen für Verbandsmitglieder der DPtV.
Die Berufshaftpflicht schützt Sie vor Schadensersatzansprüchen Dritter.

AUF EINEN BLICK

Kosten
70,01 € * / Deckungssumme 3 Mio. €
77,54 € * / Deckungssumme 5 Mio. €
85,06 € * / Deckungssumme 10 Mio. €

Jetzt neu
- Versicherungssumme von 5 Mio. € wählbar
- Nachhaftung bei Wagniswegfall von bisher 5 Jahren auf 10 Jahre verlängert
- Abhandenkommen von Praxisschlüsseln ohne Summenbegrenzung
- Versicherungssumme für Mietsachschäden von bisher 250.000 € auf 1 Mio. € erhöht
- Auch überwiegende Gutachtertätigkeit (keine forensischen Gutachten) versichert
- Einschluss der Cyber-Deckung möglich
- Günstige Konditionen bei mehr als 3 Mitarbeitern

Sie haben die Möglichkeit, günstig eine Privat- oder Tierhalterhaftpflicht mit einzuschließen.

* Jahresbeitrag inkl. 19 % Versicherungssteuer

Weitere Informationen finden Sie wie üblich auf unserer Homepage: **www.plus-wert.de**
#weareplus wert #keinstressmitversicherungen

PLUSWERT-VORTEILE

- ✓ Spezialprodukte und Spezialpreise für Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in Ausbildung
- ✓ Kostenlose und unabhängige Beratung

SO ERREICHEN SIE UNS

Pluswert Wirtschaftsdienst
GmbH & Co. KG
Sonnenstraße 57
48143 Münster

www.plus-wert.de
post@plus-wert.de
0251 27 05 - 134

GESUNDHEITSPOLITIK

6 **Kerstin Sude**
Ausbildungsreform. Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

LunchTalk

10 **Simone Hübner**
„Macht Sprache Gewalt?"

13 **Thomas Fydrich**
Die Verrohung der Sprache

Fachbeiträge

19 **Christine Preißmann**
Psychotherapie bei Autismus-Spektrum-Störungen

23 **Jennifer Wagner, Anton-Rupert Laireiter**
Unterbrechung und Abwesenheit in der Psychotherapie

AUS DER PRAXIS

26 **Kerstin Sude im Gespräch mit Nanette Toillié**
Arbeiten in der Suchthilfe

31 **Christian Stiglmayr**
DBT bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

35 **Achim Bulander**
Die Sprechstundenhilfe als Minijobber*in

VERANSTALTUNGEN

38 **Veranstaltungskalender**
August bis September 2019

REZENSIONEN

39 Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung

Exposition und Konfrontation, Reihe: Standards der Psychotherapie

Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung

Handbuch Psychotherapie-Antrag

Kommunikation ist ein riesiger Regenschirm … der alles umfasst, was unter Menschen vor sich geht

Spielfilme in der Psychotherapie

VERBANDSINTERN

44 **Adressen DPtV**
Impressum

ANZEIGEN

45 **Kleinanzeigen**

Kerstin Sude

Ausbildungsreform
Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

Es dauerte gefühlt eine Ewigkeit, bis endlich Bewegung in den Gesetzgebungsprozess der Ausbildungsreform kam. Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) protestierten seit circa 2004 Jahr um Jahr, unser Verband, die DPtV wie auch die Psychotherapeutenkammern und Fach- und Berufsverbände, sie alle wurden nicht müde, mit ihren Statements, gebündelt auf dem Deutschen Psychotherapeutentag, den Gesundheitspolitiker*innen eine Notwendigkeit und die inhaltlichen Vorstellungen zur Ausbildungsreform aus der Profession heraus zu vermitteln. Und nachdem dieser Prozess in der letzten Regierungslegislatur noch einmal „stockte", die PiA-Proteste erneut an Fahrt aufnahmen, hat jetzt offenbar Gesundheitsminister Jens Spahn den Zügel für die Reform in die Hand genommen und das „Tempolimit" (fast) aufgehoben: Anfang des Jahres begrüßte uns aus dem Gesundheitsministerium ein Referentenentwurf des kaum aussprechbaren PsychThGAusbRefG, sprich: Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes. Und kaum hatten wir es gelesen, „verstoffwechselt" und unser entsprechendes Pro-Contra-Statement abgegeben, beschloss bereits wenige Wochen später am 27. Februar 2019 das Bundeskabinett der Regierung den ersten Gesetzentwurf zur Reform der Psychotherapeut*innenausbildung, den sogenannten Kabinettsentwurf. Der Bundesvorstand wie auch die Jungen Psychotherapeut*innen des Verbands freuten sich, doch was hat dieser Kabinettsentwurf uns zu bieten? Gab es Änderungen im Vergleich zum Referentenentwurf? Schauen wir ihn deshalb genauer an:

In Zukunft soll es ein fünfsemestriges Masterstudium Psychotherapie geben, das zur Approbation führt und an das sich eine verfahrensorientierte und altersgruppenspezifische Weiterbildung (WB) zur (Fach-)Psychotherapeutin beziehungsweise zum (Fach-)Psychotherapeuten anschließt. Der Kabinettsentwurf ermöglicht, wie lange gefordert, eine breitere und noch umfassendere Qualifizierung für den ambulanten und (teil-)stationären Bereich, somit eine verbesserte psychotherapeutische Versorgung, die psychisch kranken Patient*innen zugutekommt. Auch werden bei Umsetzung seit 1999 neu hinzugekommene wichtige Tätigkeitsfelder für Psychotherapeut*innen erschlossen. Dies wird zu neuen Möglichkeiten im Beruf der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (PP/KJP) führen wie die Möglichkeit, eine Leitungsfunktion in einer „Psych."-Klink zu übernehmen. Wie bewerten wir insgesamt als Bundesvorstand den Kabinettsentwurf?

In unserer Stellungnahme, die auf der Website der DPtV zum Download zur Verfügung steht, unterstützen wir mit dem Verband grundsätzlich das eingeleitete Gesetzgebungsverfahren. Wir begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 20 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes konstatiert, dass sich die Schaffung der eigenständigen Heilberufe der Psychologischen Psychotherapeut*innen und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie deren Einbindung in das System der Kassenärztlichen Versorgung für die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen bewährt hat. Gleichzeitig stimmen wir damit überein, dass die strukturellen Veränderungen im hochschulischen Bildungssystem im Zuge des Bologna-Prozesses eine Reform des Psychotherapeutengesetzes unumgänglich machten.

Die Umsetzung der zu reformierenden Aspekte erscheint uns mit dem vorliegenden Regierungsentwurf auf einem guten Weg zu sein. Wir begrüßen vor allem, dass die grundlegende Struktur der „Direktausbildung" mit einem zur Approbation führenden Studium und anschließender Weiterbildung umgesetzt wurde. Besonders wichtig ist uns, dass die strukturelle Notwendigkeit der qualifizierten ambulanten Weiterbildung anerkannt wurde und die bewährten Ausbildungsinstitute auch in Zukunft als Weiterbildungsinstitute an Bord sind.

Gegenüber dem Referentenentwurf sieht der Kabinettsentwurf jedoch einige Änderungen vor, zu denen wir wie folgt Stellung nehmen: Die Streichung des Modellstudiengangs Psychopharmakologie erscheint aktuell aus fachlichen Gründen richtig, da der Ausbildungsschwerpunkt auf dem psychologisch-psychotherapeutischen Kompetenzerwerb und nicht auf dem Erwerb von somatisch-pharmakologischen Kenntnissen liegt. Als hilfreich erachtet die DPtV zudem die Klarstellung, dass sich auch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte „Psychotherapeut*in" nennen dürfen. Aus unserer Sicht ist es allerdings bedauerlich, dass die Überprüfung von Nutzen, Wirtschaftlichkeit und medizinischer Notwendigkeit wieder vollständig auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen wurde. Die Ansiedlung einer Nutzenprüfung beim Wissenschaftlichen Beirat könnte zu einer zeitlichen Verkürzung des Prüfverfahrens führen. Überrascht hat die DPtV die geplante Änderung des § 92 Abs. 6a SGB V, die im Referentenentwurf nicht vorgesehen war. Eine berufsgruppenübergreifende Kooperation geschieht grundsätzlich bereits heute, sie wird als sinnvoll erachtet und begrüßt. Erleichterungen sind hierfür wünschenswert. So sollte zum Beispiel der Auftrag an den G-BA zur Förderung der berufsgruppenübergreifenden Kooperation dringend um Punkte ergänzt werden, insbesondere um den Zusatz „bei Patientinnen und Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf". Im Sinne einer potenziellen Verbesserung der Versorgung begrüßt der Verband auch die geplante Förderung der Gruppentherapie. Wir lehnen jedoch den Vorschlag ab, wie im Kabinettsentwurf vorzufinden, in der Psychotherapie-Richtlinie „diagnoseorientiert und leitliniengerecht" den Behandlungsbedarf zu konkretisieren. Diese Formulierungen würden es möglich machen, die Psychotherapie-Richtlinie in Richtung indikationsbezogener Kontingente umzubilden, was jedoch der hochindividuellen Behandlung psychischer Erkrankungen in Gänze widerspricht und auch einer Flexibilisierung der Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen entgegensteht.

Nach wie vor sieht der Bundesvorstand der DPtV Nachbesserungsbedarf hinsichtlich der Legaldefinition bei der Ausübung heilkundlicher Psychotherapie sowie bei der Sicherung der Verfahrensvielfalt und der Studiendauer. Wir schlagen auch vor, die Pflicht zur somatischen Abklärung durch die Einführung des Überweisungsverfahrens zur Einbeziehung somatischer Befunde in die psychotherapeutische Arbeit zu ersetzen. Und Ergänzungsbedarf sehen wir zudem bei den angedachten Übergangs- beziehungsweise Härtefallregelungen für die derzeitigen Psychotherapeut*innen in Ausbildung, den PiA. Diese Gruppe setzt sich seit vielen Jahren für eine Verbesserung der Ausbildungsbedingungen und insbesondere die Vergütung der praktischen Tätigkeit ein, sodass es Erleichterungen für sie geben sollte. Insgesamt sehen wir auch die Notwendigkeit für die Gleichstellung der „alten" Berufsabschlüsse der PP/KJP mit dem dann neuen Beruf, vor allem gilt dies für eine Gleichstellung bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Zu guter Letzt schlagen wir DPtV-seitig vor, den Kabinettsentwurf durch deut-

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Partnerschaft von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten mbB
Notarin

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

Hohe Erfolgsquoten in allen Numerus clausus-Fächern, z.B. im Fach

Psychologie: 100% Erfolg

mit unserer Strategie – auch im Masterstudiengang!

Wir haben die Erfahrung.

Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

lich konkretisierende Regelungen zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung zu ergänzen.

Am 12. April 2019 tagte der Bundesrat. Dieser hat zu den Plänen der Bundesregierung (Kabinettsentwurf) ebenfalls dezidiert Stellung genommen. Und auch der Bundesrat sieht noch einiges an Änderungsbedarf, geäußert wurde sich unter anderem zu folgenden Punkten: a. Erhöhung der Praxisanteile, b. Übergangsregelung für PiA, c. Befugniserweiterung durch Krankmeldung ausstellen, d. Gegen Anpassungen beim Zugang zur Psychotherapie, e. Bund soll Kosten übernehmen, f. Inkrafttreten verschieben.

a. Der Bundesrat will, dies in Anlehnung an die ärztliche Approbation, im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen, ob der Praxisanteil durch ein Praktisches Jahr oder Praktisches Semester gestärkt werden kann.

b. Die Länder fordern eine Übergangsregelung für diejenigen Psychotherapeut*innen, die ihre Ausbildung noch nach den alten Regelungen aufgenommen haben. Denn diese erhalten weder eine Vergütung noch sind sie sozialrechtlich versichert. Für bestehende Angebote soll es laut der Länder zehn Jahre Bestandsschutz geben.

c. Aufgrund deutlicher Zunahmen psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, fordern die Länder, dass Psychotherapeut*innen das Recht bekommen sollen, zukünftig Krankmeldungen auszustellen.

d. Gegen die geplante Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gab es mächtig Widerstand, dass dieser den Zugang zur Psychotherapie neu steuern solle. Argumentiert wurde beispielsweise mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie. Hier wurde 2017 unter anderem der Erstkontakt zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in über die Psychotherapeutische Sprechstunde bereits geregelt. Positiv wurde gesehen, dass sich seitdem die Wartezeiten auf ein Erstgespräch deutlich verkürzt hätten. In jedem Fall möchte der Bundesrat vor gesetzlichen Eingriffen die weitere Evaluation dieser Neuregelungen abwarten.

e. Der Bund möge die Kosten für den Studiengang Psychotherapie vollständig übernehmen, so der Bundesrat. Denn in Folge knapper Haushaltsmittel der Hochschulen können die Länder keine Kapazitäten über die laufenden Mittel finanzieren. Oder aber es müssten Studienplätze anderer Studiengänge abgebaut werden.

f. Ein Inkrafttreten zum 1. September 2020 des neuen Gesetzes, das hielt der Bundesrat für zu früh. Man sei für eine Verschiebung um ein Jahr. Es gab die Befürchtung, dass sonst die Zeit nicht ausreiche, die neuen Studiengänge an Hochschulen einzurichten. So sei ein flächendeckendes Studienplatz-Angebot bis zum 1. September 2020 keinesfalls umsetzbar, dies sei jedoch wünschenswert.

Und wie geht es mit dem Gesetzesvorschlag zur Ausbildungsreform weiter?

Der Bundesrat gibt die umfassende Stellungnahme an die Bundesregierung weiter. Diese wird sich dann zu den Punkten äußern. Im Anschluss wird der Gesetzentwurf, einschließlich der Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenäußerung der Bundesregierung, an den Bundestag zur weiteren Beratung und Entscheidung geleitet. Es bleibt spannend.

Kerstin Sude

Psychologische Psychotherapeutin, seit 2012 niedergelassen in Hamburg, Zulassung für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Zuvor Wiss. Mitarbeiterin, Psychologin und Lehrende am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Poliklinik für Psychosomatik. Mitglied des DPtV-Landesvorstandes der LG Hamburg, seit 2013 stellv. Bundesvorstandsmitglied der DPtV.

Literaturverzeichnis

Die Stellungnahme der DPtV finden Sie im Internet unter dptv.de (bit.ly/2V5CLJt).
Die Stellungnahme des Bundesrats finden Sie im Internet unter bundesrat.de (bit.ly/2Gh8Xjv).

Prüfungsvorbereitung leicht gemacht: E-Learning

Überprüfen Sie Ihr Wissen auf piaportal.de

Original IMPP Prüfungs-fragen!

PiAPORTAL

Das Portal für Junge Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung

Simone Hübner

„Macht Sprache Gewalt?“

Mit der 2017 ins Leben gerufenen gesellschaftspolitischen Veranstaltungsreihe PSYCHE und GESELLSCHAFT möchten wir Wechselwirkungen zwischen psychischen Vorgängen und gesellschaftlichen Entwicklungen reflektieren und diskutieren, denn Psychotherapeut*innen tragen aus unserer Sicht nicht nur Verantwortung für das Geschehen innerhalb einer Psychotherapie, sondern darüber hinaus auch Verantwortung in der Gesellschaft.

Auf der Auftaktveranstaltung 2017 in der Bremer Landesvertretung in Berlin interessierten wir uns für die Frage, warum sich Menschen radikalisieren, obwohl es doch einem großen Teil der Bevölkerung relativ gut geht. 2018 widmeten wir uns beim LunchTalk der von uns wahrgenommenen „Verrohung“ in der Sprache und damit einhergehend in den Umgangsformen und im Miteinander.

Die Bundesvorsitzende der DPtV Barbara Lubisch führte durch die Veranstaltung und hieß alle Anwesenden sowie Podiumsgäste herzlich willkommen. Ulrike Hiller, Bremer Staatsrätin und Bevollmächtigte beim Bund für Europa und Entwicklungszusammenarbeit, die die Veranstaltung eröffnete, berichtete, dass sie in ihrer beruflichen Vergangenheit als Frauenbeauftragte die Auswirkungen von Sprache intensiv zu spüren bekommen habe. Amelie Thobaben, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Bremen und Vorsitzende der Landesgruppe Bremen der DPtV, erläuterte, warum das Thema Sprache aktuell gesellschaftlich relevant ist. An einem Beispiel einer Szene in einem Bremer Café zeigte sie auf, wie eine Gruppendynamik entstehen kann, die polarisiert und damit Wut und Hass fördert. So können enthemmte Kommunikationsformen zu Ausgrenzung und auch zu einer erhöhten Gewaltbereitschaft führen. Eine aktuelle „Enthemmung“ in der Kommunikation beobachten wir nicht nur im Alltag, sondern auch im politischen Weltgeschehen.

Psychotherapeut*innen bekommen Einblicke in die Lebenssituation vieler Menschen und erfahren häufig, wie sich gesellschaftlich-politische Prozesse auf das Leben dieser Personen auswirken. Der LunchTalk möchte einen Beitrag dazu leisten, gesellschaftliche Prozesse im gemeinsamen Diskurs besser zu begreifen, um daraus Handlungsoptionen ableiten zu können.

Prof. Dr. Rainer Richter, Psychoanalytiker und ehemaliger Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), erläuterte in seinem nachfolgenden Impulsvortrag, welche psychodynamischen Mechanismen die aktuell wahrgenommene „verrohte“ Kommunikation auslösen kann. Sprache beziehungsweise Kommunikation erzeuge immer sowohl positive als auch negative Emotionen. So wirke eine „verrohte“, aggressive Kommunikation spaltend. Die dadurch geweckten negativen Affekte, wie zum Beispiel Ärger und Wut, würden einem nur die Wahl lassen, entweder selber zur Täterin/zum Täter oder aber zum Opfer zu werden. Das gesprochene Wort übe somit Macht über einen aus. Man fühle sich gezwungen, bestimmte Dinge zu tun, auf eine bestimmte Art und Weise zu reagieren und zu handeln. Verrohte Sprache „mache“ daher tatsächlich Gewalt. Wie kann die Gesellschaft mit solchen Phänomenen umgehen? In einer psychoanalytischen Behandlung kann die Patient*in mit Unterstützung der Therapeut*in lernen, unangenehme polarisierende Affekte auszuhalten und sich weder als Täter*in noch als Opfer zu begreifen, indem sie oder er sich von innen heraus versteht. Es sei zu diskutieren, ob

Eine aktuelle „Enthemmung“ in der Kommunikation beobachten wir nicht nur im Alltag, sondern auch im politischen Weltgeschehen.

sich solch psychoanalytische beziehungsweise psychotherapeutische Techniken auf gesellschaftliche Phänomene übertragen lassen und anwendbar seien.

Auf dem Podium diskutierten anschließend neben Rainer Richter auch Prof. Dr. Thomas Fydrich, Leiter des Zentrums für Psychotherapie der Humboldt-Universität zu Berlin sowie in moderierender Funktion Barbara Lubisch. Thomas Fydrich erklärte sich vor der Veranstaltung spontan bereit, den kurzfristig verhinderten Journalisten Georg Diez zu vertreten und beglückwünschte die Gastgeberin zunächst zum gelungenen Titel der Veranstaltung. Der Titel beinhalte die aktuell am wichtigsten erscheinenden Aspekte bezüglich des Themas, nämlich Macht, Sprache und Gewalt, und verdeutliche, dass Sprache eine vermittelnde Funktion zwischen Macht und Gewalt habe.

Psychotherapeut*innen haben die Expertise, die Gesellschaft zu beraten und sollten es auch aktiv tun.

Eine Frage, die sogleich in der Diskussion zwischen den Podiumsgästen und den Teilnehmer*innen aufgegriffen wurde, war, wie man es schaffe, weder zur Täterin/zum Täter noch zum Opfer zu werden, sich also nicht instrumentalisieren zu lassen. Rainer Richter betonte, dass Selbstreflektion dabei ein wichtiges Werkzeug sein könne. Zunächst müsse man realisieren, was situativ und innerpsychisch vor sich gehe, also nicht gleich (re-)agieren, sondern einen Schritt zurücktreten und die Situation analysieren. Dies könne in der Folge zu einer bedachteren und entschärfenden Kommunikation führen. Eine weitere Teilnehmerin wies daraufhin, dass es aber auch Personen, insbesondere Politiker*innen, gäbe, die diese psychologischen Mechanismen bewusst für ihre Ziele ausnutzen und manipulativ kommunizieren würden. Thomas Fydrich betonte, dass es wichtig sei, das Machtmotiv der betreffenden Person zu verstehen, um dem begegnen zu können. Solche Personen kämen in keine Psychotherapie; die aggressive Rhetorik wäre in dem Fall ein bewusstes Mittel zum Zweck.

Medienvertreter*innen unter den Teilnehmer*innen der Veranstaltung berichteten von ihren beruflichen Erfahrungen und wiesen auf die Rolle der Medien bezüglich der Verrohung der Sprache hin. So sei es in der Medienbranche Alltag, dass nur derjenige mediale Aufmerksamkeit erhalte, der sich besonders roh äußere oder verhalte. Darüber hinaus würden soziale Medien in dem Prozess der Verrohung der Sprache eine bedeutsame Rolle spielen, da sie durch ihre hohe Bediengeschwindigkeit per se zu einer starken Emotionalisierung beitrügen. Weitere Aspekte der sozialen Medien seien eine verstärkte Selektion meinungskongruenter Inhalte aufgrund der Masse und Geschwindigkeit des ungefilterten Informationsflusses sowie die Anonymität der Nutzer*innen. Diese Aspekte könnten eine undifferenzierte Darstellung von Inhalten und eine „verrohte" Kommunikation befördern.

Die Teilnehmer*innen äußerten, dass sie es begrüßen, dass sich die Psychotherapeutenschaft in der Öffentlichkeit mehr zu gesellschaftlichen Themen einbringe. Genau dies sei die Intention des LunchTalks, betonte Barbara Lubisch. Thomas Fydrich unterstrich darüber hinaus, dass Psychotherapeut*innen klar Haltung zeigen sollten.

Ein Fazit der Veranstaltung war: Psychotherapeut*innen haben die Expertise, die Gesellschaft zu beraten und sollten es auch aktiv tun. „Wir sehen mit Sorge, wie sich die Atmosphäre und Sprache in unserer Gesellschaft zum Negativen verändert. Wir möchten und können dabei nicht tatenlos zusehen, sondern wollen uns mit unserer fachlichen Expertise aktiv an einer konstruktiven Diskussion über mögliche Hintergründe und Handlungsmöglichkeiten beteiligen", fasste Barbara Lubisch zusammen.

Simone Hübner

Diplom-Psychologin, wissenschaftliche Referentin in der Bundesgeschäftsstelle der DPtV mit dem Schwerpunkt Nachwuchsthemen/Junge Psychotherapeut*innen (Studierende, PiA, Neuapprobierte bis zu fünf Jahren nach Approbation).

Zahlreiche Teilnehmer*innen aus der Politik und Selbstverwaltung, Journalist*innen, interessierte Bürger*innen und Psychotherapeut*innen diskutierten intensiv das Thema „Macht Sprache Gewalt?".

DPtV Lunch Talk

DPtV Lunch Talk

Thomas Fydrich

Die **Verrohung** der Sprache

Die DPtV hat mit der Veranstaltung zum Thema „Macht Sprache Gewalt?"ein sehr aktuelles gesellschaftspolitisch hochrelevantes Thema aufgenommen und dabei die Aussage gemacht, dass insbesondere auch wir Psychotherapeut*innen mit unserer Expertise sowohl Wichtiges zu diesem Thema beitragen können, als auch als Menschen und (Mit-)Bürger*innen für dieses Thema Verantwortung haben und diese auch übernehmen müssen. Mit diesem Thema geht ein psychotherapeutischer Berufsverband an die Öffentlichkeit und bezieht neben Berufskolleg*innen vor allem auch Personen aus der Politik und dem Pressewesen in die Diskussion ein.

Eine Zunahme der Verrohung in der Sprache – national und international – ist zweifelsohne zu beobachten. Leider muss dabei auch festgestellt werden, dass die Verrohung auch bei hochrangigen Repräsentant*innen in der Politik „salonfähig" gemacht wird. Dabei sind rhetorische und psychologische Strategien erkennbar, die eindeutig das Ziel haben, mit vereinfachender, pauschalisierender und Macht ausdrückender Sprache den persönlichen oder politischen Einfluss zu erhöhen und im Effekt entsprechende Unterstützung in der wählenden Bevölkerung zu bekommen. Es ist ein Faktum, dass dabei sogar hochrangige Repräsentant*innen von demokratischen Gesellschaftssystemen die Grenzen der Legalität und die Grenzen des interpersonellen Respekts extrem ausreizen oder gar überschreiten.

Als Psychotherapeut*innen und als Psycholog*innen wird uns mit Recht die Frage gestellt, ob wir nicht unser Kow-how dafür einsetzen können, durch wissenschaftlich fundierte Analysen oder durch fachliches Handeln diesen Tendenzen Einhalt zu gebieten. Dabei sind wir natürlicherweise vor allem auch an das Medium Sprache gebunden und sollten dieses nutzen. Aber wie?

In diesem Essay möchte ich auf zwei Punkte eingehen, die für uns (auch im Sinne der Begegnung von sprachlicher Verrohung und Gewalt) bedeutsam sind. Ich gehe zumindest in Eckpunkten auf die Frage ein, was die Psychologie zu Ursachen und Funktion von (sprachlicher) Gewalt zu sagen weiß. Was kann „die Profession" zu diesem Thema beitragen? Zum zweiten möchte ich thematisieren, wie wir – im therapeutischen aber auch im gesellschaftlichen und privaten Kontext – auf gewalthafte Sprache und Inhalte reagieren können.

Der Titel des LunchTalks „Macht Sprache Gewalt?" ist als Frage formuliert, die dann eindeutig mit „ja" beantwortet werden muss, wenn die Sprache beziehungsweise

der Inhalt der Sprache verroht ist, wenn sie pauschalisiert Einzelne oder Gruppen von Menschen ablehnt oder rassistisch verunglimpft. Gewalt durch Sprache und Darstellung wird auch dann ausgeübt, wenn gezielt falsche Informationen in der Kommunikation eingesetzt werden und wenn dies getan wird, um den eigenen Einfluss und die eigene Macht zu erhalten oder zu erhöhen.

Bei der Analyse psychologischer Mechanismen, die Erklärungen einerseits für die Personen sein können, die (verrohende) sprachliche Gewalt ausüben und andererseits für die Personen gelten, die sich dadurch „einfangen" lassen, hat vor allem die sozialpsychologische Forschung zu wichtigen Erkenntnissen geführt. Sehr hilfreich sind dabei die Forschungsarbeiten von Professor Zick vom Institut für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung an der Universität Bielefeld. Auch die Emotionspsychologie gibt uns zur Erklärung von (sprachlichen) Gewaltprozessen wichtige Befunde. Das Ausüben (sprachlicher) Gewalt kann eine Form der Kompensation von Frustration sein, die sich durch ihren Einsatz zu einer Art Erfolgsstrategie entwickeln kann. Erleichtert werden sprachliche Gewaltäußerungen dann, wenn sie in Situationen von Gleich- oder Ähnlichgesinnten geäußert werden. Dem Einzelnen – sich vielleicht sonst als schwach oder einflusslos fühlenden – gelingt es, seinen Selbstwert zu erhöhen und sich stark zu fühlen. Die Zugehörigkeit zu ähnlich Denkenden (und Handelnden) ist geeignet, das Gefühl von Sicherheit, Stärke, Bedeutung und Wichtigkeit zu vermitteln.
In diesem Zusammenhang kann das gezielte „Schüren" beziehungsweise die Förderung von Gefühlen der Unterlegenheit und der (kollektiven) ungerechtfertigten Behandlung („die da oben") oder tendenziell kollektiven Benachteiligung durch eine Gruppe von Personen („den Migranten gibt man alles; wir werden nicht beachtet") ein „Erfolgsrezept" dafür gesehen werden, ein grundsätzliches Gefühl von Vernachlässigung oder Frustration zu erzielen und dadurch für subtil oder offene Argumente („das müssen wir uns nicht länger gefallen lassen"; „man wird doch wenigsten seine Meinung äußern können") empfänglich zu sein. Darin wird eine Chance gesehen und „gefühlt", einer eher mächtigen Gruppe zuzugehören und dadurch selbst mehr Macht, Stärke und Einfluss zu bekommen.

Sozialpsychologisch ebenfalls gut erklärbar ist, dass sowohl Anonymität als auch das (gewalthafte) Handeln aus einer Gruppe heraus wahrscheinlicher ist, als bei einer Face-to-Face-Konfrontation. In diesem Zusammenhang sind auch die Mechanismen zu sehen, mit denen durch anonyme und schnell und unmittelbar verbreitete Nachrichten einer Enthemmung sehr leicht Vorschub geleistet werden kann. Dabei spielen vor allem die neuen IT-basierten Medien und Techniken (vor allem Twitter, Facebook oder WhatsApp) eine bedeutsame Rolle. Die technischen Besonderheiten von elektronischen Nachrichtendiensten spielen insofern eine intensivierende Rolle, als durch die Nutzung bestimmter Informationsquellen und das Aufrufen ähnlicher Informationen entsprechende Inhalte automatisch häufiger angeboten werden. Man braucht nicht mehr recherchieren, um die Liste sich gegenseitig bestätigender Informationen und (eben auch Falsch-)Meldungen zunehmend schnell zu erweitern. Dadurch können sehr schnell und leicht ohne weitere Filterung gewalt- oder vorurteilsfördernde Inhalte exponentiell die eigene Meinung festigen. Persönlich erlebte Sicherheit und deren fortlaufende Stabilisierung des eigenen Standpunkts (im Sinne des Gedankens „so ist es richtig") bedarf damit nicht einmal einer aktiven Suche nach bestätigender Information. Dieses Gefühl der Sicherheit und der Bestätigung wird wie von alleine fortlaufend erneuert. Dadurch wird eine möglicherweise durch Diskussion und direkter Auseinandersetzung mit alternativen Meinungen drohende Selbstabwertung und das in Frage stellen eigener Standpunkte verhindert.

Es muss jedoch an dieser Stelle erwähnt werden, dass dieser psychologische und durch mediale Technik unterstützte Mechanismus auch für förderliche und positive Nachrichten und Informationen gilt.

Dieser Mechanismus wurde in einem im Herbst 2018 in der ARD gesendeten „Tatort" gut nachvoll-

Literaturverzeichnis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter dptv.de (bit.ly/2nbNbVu).

ziehbar im Spielfilm umgesetzt: Durch verschiedene an Selbstjustiz grenzende Aktionen von Personen einer Nachbarschaft wurde ein ausländischer Mitbürger für einen Mord vorverurteilt und parallel dazu die Polizei verunglimpft. Die Nachbarn stellten die ermittelnden Polizisten über WhatsApp- und Facebook-Nachrichten als naiv dar und warfen ihnen vor, den Falschen zu schützen. Fast unmittelbar wurden dadurch aggressive Aktionen gegen die Polizei ausgelöst und diese bei den Ermittlungen behindert; einzelne Polizeibeamte wurden persönlich bedroht.

Diesen Aspekt zusammenfassend wird deutlich, dass Anonymität, Schutz beziehungsweise Präsenz von Gleichgesinnten sowie fehlender Dialog mit anders Eingestellten Faktoren sind, die Gewalt und Verrohung – sowohl in der Sprache als auch in der Interaktion mit anderen – fördern.

Verrohung in der Sprache geschieht einerseits offen durch Ablehnung, Verteufelung oder Schuldzuschreibungen von Einzelnen an Anderen („Merkel muss weg") oder Gruppen gegenüber („die Ausländer", „die Islamisten"), andererseits auch durch Verharmlosung geschichtlicher oder aktueller Ereignisse oder durch subtile Verschiebung von Wortbedeutungen. Professor Richter ist in diesem Zusammenhang in seinem Vortrag auf die Äußerung vom AfD-Abgeordneten Alexander Gauland in einer Rede eingegangen, der Hitler und die Zeit des Nationalsozialismus als „Vogelschiss" in 1.000 Jahren erfolgreicher deutscher Geschichte in unglaublich provokanter Weise bezeichnete. Diese Art der Provokation können als „kalkulierte Normbrüche" gesehen werden. Dies bedeutet, dass solche Be- und Abwertungen gezielt und bewusst eingesetzt werden, um Sympathien oder zumindest Zustimmung von Personen aus bestimmten Bevölkerungsgruppen zu erhalten.

Eine andere, etwas weniger offene aber ebenso problematische Sprachverrohung zeigt sich in der Bedeutungsverschiebung von eigentlich positiven Begriffen wie guter Mensch („Gutmensch") oder „political correctness". Beide Begriffe haben inhaltlich positive Bedeutung, werden aber zunehmend für Menschen oder Gruppen von Personen gebraucht, die sich in – so die gewollte Abwertung – naiver Weise um andere kümmern und sich für Weltoffenheit und Menschlichkeit einsetzen (vergleiche hierzu ZEITmagazin ONLINE).

Wie nun können wir persönlich auf derartige Formen (verbaler) Gewalt reagieren? Professor Richter schilderte auf der Basis psychodynamischer Theorien, dass solche Äußerungen (wie die von Gauland) nicht nur zu einer „Spaltung" in der Gesellschaft („endlich sagt dies mal jemand" versus „wie abscheulich"), sondern auch zu einer Spaltung im zuhörenden Individuum führen und dem Individuum eher kategorial die Entscheidung aufzwingt, (in der Fantasie) Opfer oder Täter*in zu sein. Ich bin nicht sicher, ob damit gemeint war, dass man als Täter*in den Aggressor (Gauland) angreifen müsste oder in der Rolle des Opfers diese Unverschämtheit machtlos über sich ergehen lassen muss. Ich bin nicht sicher, ob ich Professor Richter richtig verstanden habe (und ich hatte vor der Fertigstellung dieses Textes nicht mehr die Möglichkeit, dies mit dem Referenten zu klären). Aus meiner Sicht entspricht jedoch diese kategoriale Opfer-Täter-Alternative und die Idee der Spaltung nicht den tatsächlich möglichen Erlebens- und Verhaltensalternativen. Weder in therapeutischen noch in realen Situationen. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten auf (verbale) Aggression zu reagieren. Eine (innerpsychische) ist, die Motivation der Sprecherin oder des Sprechers hypothetisch zu analysieren und damit zu versuchen, eine Erklärung für diese Form der (verbalen) Gewalt zu finden. Bei (indirekter) Konfrontation mit sprachlicher Gewalt (zum Beispiel nach dem Erleben der gewaltrelativierenden und damit auch gewalttätigen Äußerung von Gauland) kann man den Urheber nicht direkt in einen Dialog zwingen. Bei direkter Konfrontation jedoch schlägt beispielsweise Zick in seinem Interview („Sie können lernen, den Hass zu lesen; ZEITmagazin ONLINE, 28.09.2017) drei Reaktionsmöglichkeiten vor: ignorieren, diskutieren oder die Person anzeigen. Es ergeben sich deutlich mehr Alternativen als die Pole „Unterwerfung" oder „(Gegen-)Aggression".

Ähnliches gilt, wenn wir in der Rolle der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten auf offene oder verdeckte Formen von (sprachlicher) Gewalt treffen. In diesem Kontext kommt auf uns ein berufsbedingter Konflikt zum Tragen. Es gehört zur unbedingten Ethik und zur Grundhaltung einer Therapeutin oder eines Therapeuten, Advokat ihrer/seiner Patient*innen zu sein. Was passiert jedoch, wenn wir in der Therapie einen Patienten haben, der beispielsweise ohne Distanz davon berichtet, wie aggressiv er mit seiner Frau und den weiteren Familienmitgliedern umgeht und in der Therapie Unterstützung dafür sucht, wie er seine Vorstellungen anderen gegenüber noch besser (und aggressiver) durchsetzen kann?

Alternativ sollten wir in der Therapeut*innenrolle das tun, was prinzipiell auch im sonstigen sozialen Interaktionen möglich und richtig ist, um mit vergleichbaren Situationen umzugehen. Zunächst einmal, sich und der Patientin beziehungsweise dem Patienten Fragen zu den geäußerten Aussagen oder Einstellungen zu stellen. Wir können auf der Grundlage unseres psychologischen Wissens Hypothesen über die Motivation der Patient*innen bilden und prüfen, welches die möglichen oder erkennbaren Motive sind, die das (verbale) Aggressionsverhalten erklären könnten. Ebenso wie bei der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sollten und können wir motivorientiert explorieren und gegebenenfalls mit kognitiven therapeutischen (sokratischen) Fragen intervenieren. Ziele könnten dabei sein, durch die Förderung von Selbstreflexion (bei der Patientin/dem Patienten) in eine Richtung zu arbeiten, die den Aufbau von Empathie und die Veränderung von Haltungen und Handlungen ermöglichen.

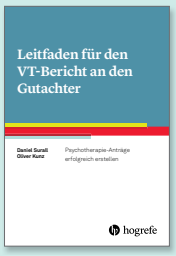
Dabei gibt es jedoch sicherlich Grenzen unserer therapeutischen Möglichkeiten und Kompetenzen. Gegebenenfalls müssen wir dann unsere Advokatenhaltung hinter uns lassen. In der Interaktion mit Patient*innen kann dies konkret heißen, diesen Rollenkonflikt anzusprechen und deutlich zu machen, dass man zentrale persönliche und berufsethische Werte und Grundhaltungen nicht verlassen kann und will. Unter Umständen bedeutet dies dann, dass wir Therapien beenden oder gar nicht in eine therapeutische Beziehung einsteigen.

Abschließend möchte ich jedoch noch auf einen wichtigen Punkt im Zusammenhang mit einem möglichen gesellschaftspolitischem Engagement hinweisen. Wir können die geschilderten Aspekte der (fortschreitenden?) Verrohung der Sprache als gesellschaftliches Problem nur in wenigen Einzelfällen in unserer Praxis angehen. Wir können jedoch Verantwortung in der Weise übernehmen, dass wir unseren Therapiesessel und unseren Praxisraum verlassen und an solchen sozialen und politischen Prozessen aktiv teilnehmen, die sich gegen jede Form von Gewalt – so eben auch gegen verbale Gewalt stellen. Wir können uns die Erkenntnisse der Psychologie zu Nutze machen und dabei fortwährend daran mitarbeiten, die gewaltfördernden Prozesse deutlich zu machen und uns dagegen zu stellen. Hierzu bedarf es (Zivil-)Courage und Engagement auch außerhalb der Praxis. Hilfreich sind dabei beispielsweise auch die Erkenntnisse der Friedenspsychologie und der Psychologie der Menschenrechte (zum Beispiel von Sommer & Stellmacher, 2009).

Prof. Dr. Thomas Fydrich

Psychologischer Psychotherapeut (VT), Professur für Psychotherapie und Somatopsychologie (bis 2018), Leiter des ZPHU – Zentrum für Psychotherapie an der Humboldt-Universität zu Berlin.

Unsere Buchtipps



Daniel Surall / Oliver Kunz
Leitfaden für den VT-Bericht an den Gutachter
Psychotherapie-Anträge erfolgreich erstellen

2019, 204 Seiten,
€ 24,95 / CHF 32.50
ISBN 978-3-8017-2947-9
Auch als eBook erhältlich

Evelin Fräntzel / Dieter Johannsen
80 Bildkarten für Coaching, Supervision, Training und Psychotherapie
Lern- und Veränderungsprozesse initiieren

2019, Kartenbox mit 80 Bildkarten und 40-seitigem Booklet,
€ 49,95 / CHF 65.00
ISBN 978-3-8017-2940-0

Lara de Bruin
365 Fragen für die lösungsorientierte Kommunikation in Psychotherapie und Coaching
Ein Fragenfächer für Therapeuten, Berater und Coaches

2019, 62 Seiten, Kleinformat,
€ 16,95 / CHF 21.90
ISBN 978-3-8017-2929-5
Auch als eBook erhältlich

Anja Görtz-Dorten / Manfred Döpfner
Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV)

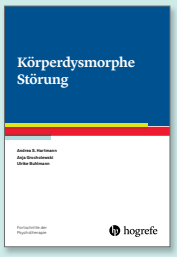
(Reihe: „Therapeutische Praxis“)
2., überarb. und erw. Auflage 2019,
281 Seiten, Großformat, inkl. CD-ROM,
€ 69,95 / CHF 89.00
ISBN 978-3-8017-2891-5
Auch als eBook erhältlich

Gunilla Wewetzer / Christoph Wewetzer
Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen
Ein Therapiemanual

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)
2., überarb. und erw. Auflage 2019,
137 Seiten, Großformat, inkl. CD-ROM,
€ 39,95 / CHF 48.50
ISBN 978-3-8017-2873-1
Auch als eBook erhältlich

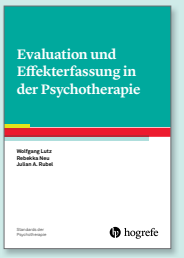
Stefan Brunhoeber
Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung
Ein Therapiemanual

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)
2., überarb. und erw. Auflage 2019,
181 Seiten, Großformat, inkl. CD-ROM,
€ 44,95 / CHF 55.90
ISBN 978-3-8017-2859-5
Auch als eBook erhältlich



Andrea S. Hartmann / Anja Grocholewski / Ulrike Buhlmann
Körperdysmorphe Störung

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 72). 2019, VI/73 Seiten,
€ 19,95 / CHF 26.90
(Im Reihenabonnement € 15,95 / CHF 21.50)
ISBN 978-3-8017-2669-0
Auch als eBook erhältlich



Wolfgang Lutz / Rebekka Neu / Julian A. Rubel
Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie

(Reihe: „Standards der Psychotherapie“, Band 5). 2019, VI/169 Seiten,
€ 24,95 / CHF 32.50
(Im Reihenabonnement € 19,95 / CHF 26.90)
ISBN 978-3-8017-2912-7
Auch als eBook erhältlich

70 Jahre
Hogrefe Verlag

hogrefe

Christine Preißmann

Psychotherapie bei **Autismus-Spektrum-Störungen**

Man geht derzeit von einer Häufigkeit von etwa einem Prozent für autistische Störungen aus und damit von mehreren Hunderttausend betroffenen Menschen in Deutschland. Eine Heilung ist derzeit nicht möglich, und medikamentöse Behandlungsversuche sind in erster Linie im Hinblick auf psychische Begleiterkrankungen (vor allem Ängste und Depressionen) sinnvoll, können die Grundproblematik aber nicht wesentlich beeinflussen. Psychotherapeutische Unterstützung für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen hat daher eine große Bedeutung.

Eine psychotherapeutische Behandlung hilft den Betroffenen dabei, die subjektiv belastende Symptomatik zu reduzieren, die oft starke Belastung der Familien zu lindern und neue Verhaltensweisen zu fördern, um in Schule, Beruf und Gesellschaft besser zurechtzukommen. Des Weiteren kann Psychotherapie dabei helfen, Menschen mit Autismus lebenspraktische Kompetenzen zu vermitteln, um eine größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen, die eigenen Besonderheiten akzeptieren zu lernen und sie in den eigenen Lebensentwurf zu integrieren und damit die eigene Lebensqualität und -zufriedenheit zu verbessern. Auch noch im Erwachsenenalter können viele Fortschritte erzielt werden.

Für mich selbst haben sich durch die lange therapeutische Unterstützung meine Selbstständigkeit und vor allem meine Lebensfreude ganz entscheidend verbessert. Die Möglichkeit, schwierige Situationen mit meiner Therapeutin zu besprechen, hilft mir sehr. Meist geht es dabei um Kontakte zu anderen Menschen, im beruflichen wie im privaten Bereich. Gerade in den letzten Jahren konnte ich durch die Therapie sehr vieles für mich verbessern.

Autismus – Allgemeines

Man spricht heute von einer Autismus-Spektrum-Störung, um zu verdeutlichen, dass es eine sehr große Bandbreite an Erscheinungsformen gibt und die Übergänge fließend sind. An einem Ende des Spektrums befindet sich das Asperger-Syndrom als hochfunktionale Form, am anderen der frühkindliche Autismus mit der oft schweren Mehrfachbehinderung. Sämtliche Zwischenformen sind denkbar. Die Kernsymptome bei Autismus-Spektrum-Störungen bestehen in Problemen bei Kommunikation und Interaktion, Wahrnehmungsbesonderheiten, auffälligen Interessen und Vorlieben, Veränderungsangst, Bedürfnis nach Struktur und Routinen und häufig weiteren Auffälligkeiten, die jedoch in jedem Einzelfall anders ausgeprägt sein können. Deshalb ist ein individuelles Vorgehen sehr wichtig.

Gründe für eine Psychotherapie

Die Gründe dafür, dass Menschen mit Autismus eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten aufsuchen, sind häufig psychische Begleiterkrankungen in Form von Ängsten oder Depressionen. Außerdem erhoffen sich die Betroffenen Hilfe beim Umgang mit Stress, bei der sozialen Interaktion (vor allem im Hinblick auf Freundschaft und Partnerschaft, aber auch am Arbeitsplatz) und eine Unterstützung dabei, mit den eigenen Besonderheiten (Schwierigkeiten wie Ressourcen) möglichst gut zurechtzukommen.

Jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut verfügen über die grundlegenden Fähigkeiten, um auch Menschen mit Autismus helfen zu können.

Autistische Störungen haben eine sehr große Bandbreite. Eine Therapie besteht daher aus einer Kombination aus verschiedenen Therapieansätzen.

Routinen, Rituale und Spezialinteressen bedeuten für Menschen mit Autismus Beruhigung und Erholung.

Das alles sind Bedürfnisse und Behandlungsziele, die Psychotherapeut*innen auch von anderen Patient*innen kennen – das ist ein ganz wichtiger Punkt. In der psychotherapeutischen Praxis sollte es keine besonderen Hürden oder Hemmnisse geben, Menschen mit autistischen Störungen zu behandeln. Denn durch ihre Ausbildung verfügen Psychotherapeut*innen über die grundlegenden Fähigkeiten, um auch Menschen mit Autismus helfen zu können. Wenn man darüber hinaus in der Lage ist, sich individuell auf seine Patient*innen einzulassen und sich über ein paar spezifische Aspekte bei Autismus-Spektrum-Störungen zu informieren, dann wird das gut funktionieren (Preißmann, 2018a).

Kontakt und Kommunikation

Menschen mit Autismus fühlen sich in allen Lebensbereichen ganz erheblichem Stress ausgesetzt. Vor allem der Kontakt zu anderen Menschen ist anstrengend, wenngleich die Betroffenen sich ein Zusammensein oft sehr wünschen. Viele sind verzweifelt, weil es ihnen nicht gelingt, Freunde zu finden (u.a. Preißmann, 2018b). Es bestehen Auffälligkeiten bei der nonverbalen Kommunikation (Mimik, Gestik, Körpersprache, Blickkontakt) ebenso wie verbal-kommunikative Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der Initiierung und Aufrechterhaltung von Beziehungen.
Manchmal kann es daher sinnvoll sein, vor allem zu Beginn der Therapie auch alternative Kommunikationsmöglichkeiten anzubieten (Brief, E-Mail). Vieles, was im direkten Austausch nicht ausgedrückt werden kann, lässt sich schriftlich sehr gut vermitteln. Und generell ist es notwendig, sich auf die Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten individuell einzustellen.

Wahrnehmungsauffälligkeiten

Im Hinblick auf die Wahrnehmung unterscheiden sich Menschen mit Autismus ganz grundlegend von anderen. Die Betroffenen sind meist überempfindlich für Sinnesreize aller Art, besonders problematisch ist oft das Hören.
Es gelingt Menschen mit Autismus nur schlecht, störende Reize wegzufiltern, sodass alle Reize gleichzeitig wahrgenommen werden, das Sprechen der Therapeutin/des Therapeuten genauso wie der Straßenlärm draußen, Geräusche von Telefon, Drucker oder Faxgerät oder der Wasserkocher in der Küche. Es kann dann zu einer sensorischen Überlastung und zur Reizüberflutung kommen mit Verhaltensauffälligkeiten wie Wutanfällen oder anderen Stresssymptomen, die man nicht immer richtig einschätzen kann und die zu Unverständnis führen, wenn man nicht um die Problematik weiß (vgl. Miller, 2013).
Es ist also sehr wichtig, nachzufragen, wenn man ein Verhalten nicht richtig einschätzen kann, aber auch mit dem betroffenen Menschen gemeinsam zu überlegen, wie man als unangenehm empfundene Reize soweit wie möglich reduzieren kann. Hier gibt es zahlreiche Möglichkeiten (vgl. Preißmann, 2017).

Bedürfnis nach Routinen, Ritualen und Struktur

Ihre ganz persönlichen Routinen, Rituale und Spezialinteressen, die auf Außenstehende stupide und unsinnig wirken mögen, bedeuten für Menschen mit Autismus Beruhigung und Erholung, weil Routinen viel weniger Energie verbrauchen und man auf diese Weise entspannen kann. Daher ist es wichtig, auch autistischen Menschen beizubringen, wie sie ihre Kräfte gut einteilen und Überforderungen vermeiden können.
Für die Therapie heißt das, dass die Betroffenen sehr profitieren, wenn möglichst vieles gleich bleibt und es nur wenige Veränderungen gibt. Unvermeidbare Veränderungen sollten frühzeitig mitgeteilt werden, damit man sich darauf einstellen kann und nicht so viel Angst verspürt (räumliche Veränderungen in der Praxis, Baumaßnahmen, Abwesenheit in Urlaubszeiten).

Weitere hilfreiche Maßnahmen sind:

- Feste Struktur, klare, eindeutige Kommunikation (Redewendungen oder Zweideutigkeiten können aufgrund des wörtlichen Sprachverständnisses oft nicht verstanden werden).
- Sitzungen an denselben Wochentagen, zur gleichen Uhrzeit, möglichst im gleichen Raum.
- Das penible Einhalten von Regeln und Plänen ist keine Schikane, sondern dient der Angstreduktion!
- Ein ruhiger Raum ohne zu starke sensorische Herausforderungen ist wichtig (möglichst kein grelles Licht, wenig Straßenlärm).

Autismus und Emotionen

Es stimmt keineswegs, dass Menschen mit Autismus keine Gefühle hätten. Oft brauchen sie aber Hilfe dabei, angemessen mit den Emotionen umzugehen. Es fällt ihnen nicht nur schwer, die Gefühle anderer zu erkennen, sie haben oft auch nur wenig Zugang zu ihrem eigenen Befinden. Manche Emotionen können generell nicht gut wahrgenommen werden, und es ist erschreckend, dass fast alle Betroffenen das Gefühl von Angst mit großem Abstand am häufigsten bei sich wahrnehmen.
Auch ich konnte meine Emotionen früher kaum beschreiben, sodass die Therapie anfangs sehr schwierig und mühsam war – für meine Therapeutin genauso wie für mich selbst. Aber das regelmäßige Üben war sehr wichtig für mich. Meine Therapeutin hat mir immer, wenn ich nicht weiter wusste, ein paar Möglichkeiten vorgeschlagen, wie man sich in verschiedenen Situationen fühlen und was man denken könnte. Das war sehr hilfreich.

Verschiedene therapeutische Ansätze

Autistische Störungen haben eine sehr große Bandbreite, die betroffenen Menschen unterscheiden sich in der Regel im Hinblick auf ihre Schwierigkeiten und Ressourcen, ihren Leidensdruck und hinsichtlich der Ziele und Wünsche für ihr Leben. Die Therapie besteht daher aus einer Kombination aus verschiedenen Therapieansätzen, die individuell zusammengestellt werden müssen:

- strukturierte, übungsbezogene therapeutische Maßnahmen
- Psychoedukation mit Aufklärung und Information über alles, was mit dem Autismus zusammenhängt, um gut damit leben zu können
- eventuell begleitende Ergotherapie (Hilfe im Hinblick auf Wahrnehmungsbesonderheiten, lebenspraktische Hilfen)
- familien- und umfeldbezogene Maßnahmen (Beratung von Eltern, Pädagog*innen, Ausbildern, Arbeitgeber*innen, Mitbewohner*innen)
- Selbsthilfearbeit (Selbsthilfegruppen bestehen sowohl für Betroffene als auch für Angehörige; Informationen über regionale Autismusverbände unter www.autismus.de)
- gegebenenfalls weitere Maßnahmen im jeweiligen Einzelfall entsprechend der Lebenssituation, Begleiterkrankungen et cetera

Weitere hilfreiche Maßnahmen in der Psychotherapie

Eine psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Autismus verlangt nach deutlich mehr konkreten Hilfestellungen bei organisatorischen Aufgaben und lebenspraktischen Anforderungen, als das üblicherweise im Rahmen einer therapeutischen Maßnahme der Fall ist. Bei Erklärungen muss man detaillierter vorgehen, viele unverstandene soziale Situationen müssen erläutert werden (Corman-Bergau & Saalfrank, 2015). Konkrete Ratschläge sind hilfreich. Menschen mit Autismus haben oft keine Möglichkeit, sich durch den Austausch mit Gleichaltrigen die Dinge anzueignen, die die anderen miteinander besprechen. Deshalb ist es wichtig, solche Dinge mit der Therapeutin oder dem Therapeuten bearbeiten zu können.

Man muss beide Bereiche beachten, Schwierigkeiten wie auch Ressourcen. Die bestehenden Einschränkungen müssen benannt und immer wieder auch „betrauert" werden, um schließlich möglichst gut damit umgehen zu können und Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Daneben ist es aber wichtig, auch die eigenen Stärken und Ressourcen zu erkennen, um sie weiterentwickeln und gezielt nutzen zu können (zum Beispiel in beruflicher Hinsicht).

STELLEN SIE SICH VOR – WIR HABEN EINEN JOB!

Wir suchen Wir suchen zum 01.09.2019 oder nach Absprache zur Verstärkung unseres interdisziplinären Schmerzteams in Voll- oder Teilzeit für unsere Klinik Schorndorf einen

Psychologischen Psychotherapeuten (m/w/i)

für unsere **spezielle Schmerztherapie**
Referenznummer: S-2-116-19

Unser Angebot

- Arbeitsplatz mit hochmoderner Ausstattung sowie die Mitarbeit in einem interdisziplinären engagierten Team mit verantwortungsvollem, abwechslungsreichem Aufgabengebiet
- Sehr gute und regelmäßige interne sowie externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Familienfreundliche Arbeitsbedingungen mit Kindertagesstätte am Klinikum Winnenden
- Arbeitszeitdokumentation über ein elektorinisches Zeitkonto
- Strukturiertes Einarbeitungskonzept und betriebliche Gesundheitsförderung
- Qualifikations- und aufgabenorientierte Vergütung nach TVöD-K (inklusive Jahressonderzahlung und zusätzlicher Altersversorgung)
- Zuschuss für die Nutzung des Öffentlichen Nahverkehrs (VVS-Firmenticket)

Für weitere Fragen steht Ihnen gerne Dr. med. Elke Wernecke, Leitende Oberärztin Sektion Schmerztherapie, unter der Telefonnummer 07181 - 67 1382 zur Verfügung.

Wir sind medizinischer Spitzenversorger für die Region
19 Fachkliniken
Über 50.000 Patienten/Jahr
Standorte in Winnenden und Schorndorf
Landkreis in reizvoller Lage mit hoher Lebensqualität
In öffentlicher Trägerschaft des Rems-Murr-Kreises
Volle Unterstützung durch den Landkreis
Moderne, familienfreundliche Arbeitsplätze
Rems-Murr-Klinikum Winnenden ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen

RMK Rems-Murr-Kliniken

Weitere Informationen finden Sie unter
www.rems-murr-kliniken.de/karriere/stellenangebote
Rems-Murr-Kliniken gGmbH | Personalabteilung
Am Jakobsweg 1 | 71364 Winnenden

Die Umgebung spielt eine wichtige Rolle, ob eher die Fähigkeiten zum Tragen kommen oder die bestehenden Schwierigkeiten. Es ist daher notwendig zu wissen, welche Umgebungsbedingungen für die Entfaltung der eigenen Potenziale hilfreich sind und welche eher hinderlich. Auch dies sollte in der Therapie erarbeitet werden.

Individualität und Klientenzentrierung

Insgesamt zeigt sich oft, dass eine als fruchtbar empfundene Psychotherapie mit autistischen Menschen unabhängig vom angewandten Therapieverfahren ist: „Tatsächlich hat sich ein störungsangepasstes, systemisch geprägtes Vorgehen mit einem tiefenpsychologisch geprägten Verständnis von Entwicklung und Erleben und einem jeweils bedarfsgerechten Angebot verhaltenstherapeutischer Interventionen sowie auch vielfältiger anderer psychotherapeutischer Methoden bewährt. Der Klientenzentrierung kommt dabei (…) eine besondere Bedeutung zu" (Wilczek, 2015, 128–129).

Dazu gehört es auch, die ganz persönlichen Anpassungsstrategien zu nutzen, die der betroffene Mensch für sich entwickelt hat, um sich vor Überforderung zu schützen. Der soziale Rückzug, der rigide Umgang mit Regeln, das Vermeiden von Veränderungen, bestehende zwanghafte Verhaltensweisen und die Versuche, soziale Situationen zu kontrollieren, sind so zu verstehen, als Ressourcen wertzuschätzen und lassen sich auch therapeutisch nutzen.

> Bestehende zwanghafte Verhaltensweisen und die Versuche, soziale Situationen zu kontrollieren, (…) lassen sich auch therapeutisch nutzen.

Ausblick und persönliche Situation

Insgesamt ist es wichtig, nicht aufzugeben. Im Laufe der Zeit sind mit Geduld viele Verbesserungen möglich, die ein schönes und glückliches Leben ermöglichen. Ich selbst konnte in den letzten Jahren die ruhigste und friedlichste Zeit meines Lebens verbringen. Mit der Unterstützung, die ich erhalte, komme ich inzwischen ganz gut zurecht und bin unendlich dankbar dafür. Mittlerweile arbeite ich in der Institutsambulanz unserer Klinik, wo ich Patient*innen mit Abhängigkeitserkrankungen betreue und seit wenigen Monaten auch eine Autismus-Sprechstunde anbieten darf, was mir viel Spaß macht. Ich habe dort meine persönliche Nische gefunden und die Arbeit im Suchtbereich sehr schätzen gelernt. Diese Menschen sind offen, sagen die Dinge so, wie sie sie meinen, und sie profitieren sehr von einer guten Tagesstruktur – genau wie ich selbst. Das passt also sehr gut und die Autismus-Sprechstunde ist eine schöne Ergänzung.

Aber natürlich gibt es auch Schwierigkeiten – Veränderungen etwa, Unerwartetes oder auch die Schwierigkeit, das Befinden der Patient*innen exakt einzuordnen. Es fällt mir schwer, genau zu erkennen, was meinem Gegenüber fehlt, etwa dann, wenn eine Patientin oder ein Patient berichtet, es gehe ihr oder ihm nicht gut. Ich habe gemerkt, dass ich in solchen Momenten nachfragen muss, weil ich das nicht intuitiv erkenne. Aber durch wenige Zusatzfragen komme ich so zum gleichen Ergebnis wie meine Kolleg*innen, denen dies besser gelingt. Und dann, wenn ich um die Emotion weiß, kann ich durchaus einschätzen, ob ich mir große Sorgen um die Patientin oder den Patienten machen muss oder ob sie/er weniger stark beeinträchtigt ist.

Bis hierher jedoch war es für mich ein weiter Weg mit viel therapeutischer Arbeit. Ohne die Möglichkeit einer kontinuierlichen psychotherapeutischen Behandlung wäre es mir niemals möglich gewesen, an diesen Punkt zu gelangen. Und so widme ich diesen Beitrag Frau Dipl.-Psych. Elke Sauerwein, meiner lieben Psychotherapeutin, die mir bereits seit vielen Jahren hilft, mein Leben so zu gestalten, wie es gut ist für mich und wie es zu mir passt.

Dr. Christine Preißmann

Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie und Asperger-Autistin, Öffentlichkeitsarbeit mit Referaten und Publikationen, unter anderem die Bücher „Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Asperger-Syndrom" und „Autismus und Gesundheit". www.preissmann.com

Literaturverzeichnis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter dptv.de (bit.ly/2nbNbVu).

Jennifer Wagner, Anton-Rupert Laireiter

Unterbrechung und Abwesenheit in der Psychotherapie

Längere Unterbrechungen und Abwesenheiten sind in der psychotherapeutischen Praxis eher die Regel als die Ausnahme. Aber wie häufig kommen sie tatsächlich vor und welche Auswirkungen haben sie auf die Klient*innen und den weiteren Therapieverlauf? Klar ist, dass zwar im Allgemeinen Klient*innen-, Therapeut*innen-, Beziehungs- und Prozessmerkmale als Moderatoren für deren Effekte festgemacht werden können, die Auswirkungen aber dennoch sehr komplex und vielschichtig sind und stark vom Einzelfall und den jeweiligen Wechselwirkungen abhängen.

Unerwünschte und unerwartete Prozessverläufe wurden in der Psychotherapieforschung bislang kaum thematisiert. Ein ganz konkretes Beispiel dafür stellen Psychotherapieunterbrechungen dar: Denn obwohl solche ein weit verbreitetes Phänomen sind und damit eine hohe praktische Relevanz besitzen, gibt es hierzu kaum Daten – weder über deren Verbreitung und Häufigkeit, noch über deren konkrete Auswirkungen. Die hierzu existierende Literatur ist überwiegend älter, befasst sich mit persönlichen Erfahrungsberichten einzelner Psychotherapeut*innen oder berücksichtigt nur spezifische Teilaspekte, weswegen wissenschaftliche Studien, die die Komplexität des Themas und das Zusammenspiel verschiedener Wirkfaktoren fokussieren, nicht existieren. Um diesen Wissensmangel zu schließen, wurde eine Mixed Methods Studie zu folgenden Fragestellungen durchgeführt (Wagner, 2018): Wie verbreitet sind längere Abwesenheiten (> 2 Wochen) von Psychotherapeut*innen und damit verbundene Therapieunterbrechungen? Welche Auswirkungen haben diese auf den Therapieprozess? Und durch welche Faktoren werden diese Effekte moderiert?
Das Vorgehen und die Ergebnisse dieser Studie werden hier in stark zusammengefasster Form wiedergegeben (für Details s. Wagner, 2018).

Methode, Operationalisierung und Stichprobe

Die Studie besteht aus zwei Teilen, einem quantitativen und einem qualitativen. Während im quantitativen Teil mittels Fragebogen geklärt wurde, wie verbreitet längere Abwesenheiten und Therapieunterbrechungen sind, wurde im zweiten Teil eine qualitative Her-

Bei 80,6 % der aktuellen Klient*innen kamen bislang Therapieunterbrechungen vor.

Der Therapiebeginn ist der problematischste Zeitpunkt für eine Unterbrechung der Therapie.

Abwesenheiten ab vier Wochen sind kritisch.

angehensweise mittels Interviews gewählt, um den übrigen explorativen Fragestellungen gerecht zu werden.

1) Quantitative Fragebogenstudie

Hierzu wurde ein Onlinefragebogen erstellt, den alle Psychotherapeut*innen für Erwachsene bearbeiten konnten – unabhängig davon, ob bereits eigene Erfahrungen mit längeren Abwesenheiten gemacht wurden oder nicht. Insgesamt beteiligten sich 476 Therapeut*innen aus Österreich und Deutschland an dieser Studie.

2) Qualitative Interviewstudie

Hierfür wurde zunächst deduktiv ein Kategorienschema erstellt, das für die Auswertung um ein induktives Vorgehen erweitert wurde. Mittels darauf aufbauendem Interviewleitfaden wurden insgesamt zwölf Psychotherapeut*innen, sieben Männer und fünf Frauen im Alter von durchschnittlich 55 Jahren (32 bis 76 Jahre), befragt. Die Interviewaufnahmen wurden transkribiert und auf Grundlage des erstellten Kategorienschemas, unter Berücksichtigung der Gütekriterien, anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und abschließend interpretiert.

Ergebnisse der Fragebogenstudie

Die längste Abwesenheit während einer laufenden Therapie betrug zwischen einer und 70 Wochen (M = 6.53; SD = 7.73). Die häufigsten Nennungen waren dabei drei und vier Wochen. In Bezug auf die Vertretungssituation gaben 12,4 % an, eine Vertretung zu haben, 31,5 % haben teilweise eine und die Mehrheit von 56,1 % hat keine. Bei 80,6 % der aktuellen Klient*innen kamen bislang Therapieunterbrechungen vor. Dabei waren diese Klient*innen allerdings insgesamt mehr von den Abwesenheiten der Psychotherapeut*innen betroffen (57,6 %), als von eigenen (32 %). Als Gründe für die längeren Abwesenheiten wurden sowohl bei den Therapeut*innen als auch bei den Klient*innen an erster Stelle „Urlaub" und an zweiter Stelle „Krankheit" angegeben. Aber auch „sonstige Gründe" wie „keine regelmäßigen Termine notwendig", „berufliche, familiäre oder finanzielle Gründe" sowie „Klinik" wurden genannt.

Auf einer Skala von „sehr selten" (1) bis „extrem häufig" (10) konnten die Befragten ihre Einschätzung abgeben, wie häufig längere Therapieunterbrechungen ihrer Meinung nach insgesamt vorkommen. Dabei ergab sich ein Mittelwert von M = 6.41 (SD = 2.29), während der Modalwert 8 betrug. Für das geschätzte Verhältnis von Abwesenheiten ergab sich 54 % (auf Psychotherapeut*innenseite) zu 46 % (auf Klient*innenseite), bei relativ hoher Varianz.

Die Effekte längerer Abwesenheiten wurden von den Befragten als abhängig von der Vorbereitung, Diagnose, Phase, Vorhandensein einer Vertretung beziehungsweise anderer Anlaufstellen und der therapeutischen Beziehung eingeschätzt. Mögliche „Gefühle", die entstehen könnten, seien sich alleine/zurückgestoßen/im Stich gelassen fühlen, Verunsicherung, Wut, diverse Ängste, Kränkungen, aber auch Stolz. Als die wichtigsten Effekte längerer Abwesenheiten wurden von den Psychotherapeut*innen sowohl negative (Rückfall in alte Muster, Symptomverschlechterung/Destabilisierung/Krise, Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung durch vorübergehende Anlaufschwierigkeiten, Verlangsamung/Stocken/Stagnation/Unterbrechung des Prozesses und Therapieabbrüche), wie auch positive (Erprobung/Transfer/Konsolidierung im Alltag, mehr Selbstständigkeit/Autonomie, erhöhtes Selbstwirksamkeitserleben, Anwendung erarbeiteter Ressourcen, Unabhängigkeit von der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten beziehungsweise der Therapie und Zeit zur Reflexion) genannt.

Ergebnisse der Interviewstudie

Die Auswirkungen von Abwesenheiten auf den Therapieprozess werden – wie in der quantitativen Studie – größtenteils sowohl positiv wie auch negativ gesehen, allerdings wird vor reinem Schwarz-Weiß-Denken ausdrücklich gewarnt: Einerseits komme es zu mehr Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, Selbstvertrauen/Selbstwert/Selbstwirksamkeit würden gesteigert, es entstehe ein Gefühl von Unabhängigkeit und neue Therapiemotivation, Lerneffekte oder Einsichten entwickelten sich. Andererseits komme es oft aber auch zu Verschlechterungen, Rückfällen, Klinikaufenthalten oder Therapieabbrüchen, Ängste würden aktiviert, Termine abgesagt oder es entstünden Gefühle von Neid und Eifersucht. Insgesamt werde durch eine Abwesenheit etwas Neues in den Prozess eingebracht und manchmal könnten sich anfänglich negative Auswirkungen im Nachhinein als sehr gewinnbringend herausstellen.

Im Hinblick auf mögliche Moderatoren beziehungsweise im Hinblick auf die Effekte der Abwesenheit/Unterbrechung, sah ein Großteil der Befragten den „Zeitpunkt der Abwesenheit", die „Integration in das bestehende Hilfesystem", die „zugrunde liegende Störung" und die „Dauer der Abwesenheit" als wichtig an.

Auch wenn der **Zeitpunkt** als eindeutige Einflussgröße gesehen wird, herrscht hier Uneinigkeit über die konkreten Auswirkungen.

Literaturverzeichnis

Wagner, J. (2018): Auswirkungen von längeren Abwesenheiten des/der PsychotherapeutIn auf den Therapieprozess. Unveröffentlichte Masterarbeit. Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg.

Der Großteil nannte den Therapiebeginn als problematischsten Zeitpunkt, da hier Vertrauen und Sicherheit noch nicht vorhanden seien und dies zu Irritationen, Therapiestopp oder gar Abbruch führen könne. Der Verlauf wurde überwiegend als unproblematisch beschrieben, sofern eine stabile therapeutische Beziehung und Vertrauen vorhanden seien und es keine aktuellen Krisenpunkte gebe. Zum Therapieende hin seien Unterbrechungen ebenfalls unproblematisch, da Klient*innen hier bereits auf eigenen Beinen stünden. Auch könnten Abwesenheiten und Unterbrechungen hier ein gutes Probetraining ermöglichen und den Ablöseprozess beschleunigen. Oftmals könne ganz generell durch längere Abwesenheiten das Setting gelockert werden, da Klient*innen feststellen würden, dass es auch ohne Therapie gut gehe.

Eine gute **Integration** in das bestehende Hilfesystem sei vorteilhaft, da hier mehrere Anlaufstellen vorhanden seien, womit mehr Absicherung entstünde und zur Überbrückung Unterstützung vorhanden sei. Ohne Integration müssten Klient*innen alleine zurechtkommen und die Gefahr, in ein Loch zu fallen, sei größer. Oftmals reiche aber auch schon ein Notfallplan beziehungsweise würden teilweise auch ganz eigene Ressourcen entwickelt werden. Insgesamt sei es aber ganz generell – speziell am Anfang der Therapie – sinnvoll, Zusatzangebote zu schaffen.

Die **zugrundeliegende Störung** wird als sehr einflussreich auf die Auswirkungen einer Abwesenheit gesehen. Je tiefgreifender/schwerer die Störung beziehungsweise je früher sie entstanden sei, desto breiter und tiefer seien die Auswirkungen, desto schwieriger sei die Abwesenheit und desto mehr Irritationen entstünden, zum Beispiel durch Wiederbelebung früherer Beziehungsabbrüche, Rückzug, Rückfälle, Krisen, Selbstverletzungen oder Suizidalität bis hin zum Therapieabbruch.

Was die **Dauer** angehe, seien kürzere Unterbrechungen weniger drastisch, da diese oftmals einem normalen Intervall entsprechen würden. Abwesenheiten ab vier Wochen hingegen seien kritisch, da diese teilweise als ein Verlassen der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten gesehen würden und Ängste beziehungsweise Gefühle der Zurückweisung aufkommen ließen. Ebenfalls würden Klient*innen hierbei an alte „Geschichten" erinnert. Die „Vorbereitung", das „Vorhandensein einer Vertretung" und das „Aufkommen neuer Therapiethemen" werden hingegen nur von wenigen Befragten als Einflussfaktoren für die Auswirkungen von Abwesenheiten gesehen.

Mit **Vorbereitung** sei die Situation planbar und eine Abwesenheit verlaufe positiver, während plötzliche Abwesenheiten zu Ungewissheit führten und Ängste hochkommen ließen. Wichtig für die Vorbereitung seien eine frühzeitige Ankündigung der Abwesenheit, eine rechtzeitige Vorbesprechung und gegebenenfalls das Erstellen eines Plans.

Eine **Vertretung** sei zwar von Vorteil – da man jemand habe, wo man hingehen könne, wenn es einem schlecht gehe und weil man in der Zeit dann weiterhin etwas tue – aber meist werde diese nicht angenommen. Dennoch sei es wichtig, ein Ersatzangebot (Krisenhotline, Psychiatrie, Notfallplan) zu schaffen, weil dieses stabilisiere, wenn es auch kein Ersatz für die Therapie sei.

Ob sich durch eine Abwesenheit **neue Themen** ergeben, wird von je drei Psychotherapeut*innen verneint beziehungsweise bejaht, während der Rest dies unabhängig von Abwesenheiten sieht. Als neue Themen werden Verlassenheitsthemen, Unabhängigkeit versus Abhängigkeit, Stärkung der eigenen Fähigkeiten oder Definition neuer Therapieziele genannt.

Fazit

Auch wenn sich aufgrund der Komplexität des Themas und der Herangehensweise als Kompromiss zwischen Offenheit und Standardisierung einige Schwierigkeiten bezüglich der Eindeutigkeit der Ergebnisse beziehungsweise deren Vergleichbarkeit ergeben haben, konnte doch gezeigt werden, dass das Thema Relevanz besitzt. Viele Faktoren, aber gerade auch deren Interaktion, haben einen Einfluss darauf, wie sich längere Therapieunterbrechungen auswirken. Hierzu ist jedoch noch viel weitere Forschung nötig, insbesondere auch die Sichtweise der Klient*innen. Auch können die Ergebnisse für dieses Thema sensibilisieren, vielleicht die eine oder andere Anregung für die Praxis bieten und dazu motivieren, den eigenen Umgang damit zu reflektieren und diesen mit den hier berichteten Erfahrungen anderer zu vergleichen. Ebenfalls könnte gezielt mit den Klient*innen über das Thema reflektiert werden, um die Auswirkungen der eigenen Abwesenheiten für diese gemeinsam positiver zu gestalten. Denn eine Abwesenheit und Unterbrechung kann – und das wurde in der Studie immer wieder auch so thematisiert – durchaus auch als Chance gesehen werden.

Eine Vertretung sei zwar von Vorteil, werde aber meist nicht angenommen.

Jennifer Wagner
Sozialpädagogin im betreuten Einzelwohnen und stellvertretende Fachbereichsleitung einer Kontakt- und Begegnungsstätte für abhängige Menschen. Seit Einführung des Krisendienstes Psychiatrie Oberbayern Mitglied des Einsatzteams. Psychologin im Mutter-Kind-Wohnen, Schwerpunkt klinische Psychologie.

Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter
Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg und Fakultät für Psychologie, Universität Wien. Berufliche Tätigkeit: Leitung Universitätsambulanz für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Gesundheitspsychologie, Universität Salzburg; Wien: Professur für Klinisch-psychologische Interventionsforschung. Psychotherapieforschung, Prozessforschung, gemischte Gruppentherapien, Positive Psychologie

Kerstin Sude im Gespräch mit Nanette Toillié

Arbeiten in der **Suchthilfe**

Nanette Toillié ist Psychologische Psychotherapeutin in der Suchtberatung und -behandlung und seit 2009 in einer Privatpraxis tätig. Sie absolvierte Ausbildungen in Verhaltenstherapie, methodenübergreifender Traumatherapie und Psychodramatherapie.

Kerstin Sude: Frau Toillié, wo arbeiten Sie im Suchthilfesystem als angestellte Psychologische Psychotherapeutin?
Nanette Toillié: Ich arbeite seit gut 20 Jahren im Viva Wandsbek, das ist eine suchtmittelübergreifende Beratungs- und Behandlungsstelle des Trägers Jugendhilfe e.V. in Hamburg-Wandsbek (www.jugendhilfe.de/vivawandsbek.de).

Welche Zielgruppe kommt ins VIVA Wandsbek?
Zu uns kommen abhängigkeitserkrankte Menschen und ihre Angehörigen, um sich kostenlos beraten zu lassen. Bei uns kann man unbürokratisch und schnell einen Termin bekommen. Außer der Beratung bieten wir auch Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation mit therapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen an, die Möglichkeit zum ambulanten Entzug sowie andere Interventionen, wie zum Beispiel Suchtakupunktur. Die Auslöser, sich an unsere Beratungsstelle zu wenden, sind vielfältig. Einige Klient*innen gehen diesen Schritt beispielsweise, weil ihre Ärzt*innen ihnen dazu geraten haben, einige bekommen den Anstoß von ihren Angehörigen, Freunden oder Familien, andere haben Auflagen vom Arbeitgeber oder ihrer Krankenkasse. Viele merken selbst, dass es so nicht weitergehen kann oder suchen zunächst einmal Unterstützung, weil sie merken, dass bisherige Abstinenzversuche nach ein paar Wochen oder Monaten in Rückfällen mündeten.

Und wie sehen die Tätigkeiten vor Ort genau aus, wie lässt sich das beschreiben?
Eine wichtige Rolle in der Beratung und auch in der Therapie spielt das Motivational Interviewing, eine Methode, die den Veränderungsimpuls unterstützt, indem Informationen vermittelt werden und die Klient*innen darin unterstützt werden, ihre (Lebens-) Ziele zu formulieren und zu verfolgen. Die Suchtmittelabhängigkeit steht in der Regel in Dissonanz zu diesen Zielen. Das gilt es bewusst zu machen, damit der Veränderungsprozess angestoßen wird. Wenn im Beratungsprozess geklärt ist, dass eine ambulante Rehabilitation in Frage kommt oder jemand sich dazu im ambulanten Entzug entscheidet, müssen die Klient*innen sechs Wochen Abstinenz nachweisen. Dies ist vom Kostenträger (in der Regel die Rentenversicherung, seltener die Krankenversicherung) vorgeschrieben. Hintergrund ist, dass nur Menschen, die in Bezug auf den Suchtmittelkonsum relativ stabil sind und ein sie tragendes soziales Umfeld haben, überhaupt zugetraut wird, eine so tiefgreifende Verhaltensänderung im ambulanten Setting durchzuhalten.
Wir Mitarbeiter*innen aus der ambulanten Rehabilitation, zwei Psychologische Psychotherapeut*innen und eine Suchttherapeutin, arbeiten eng zusammen mit den Sozialpädagog*innen aus der Beratungsstelle und dem ambulanten akupunkturgestützten Entzug. Die Kolleg*innen vermitteln uns die Klient*innen, unterstützen sie bei Bedarf in sozialen Fragen und wir stehen in kollegialem Austausch bei den Fallbesprechungen. Der Arzt der Einrichtung untersucht die Klient*innen körperlich und führt ausführliche Gespräche mit ihnen zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit oder weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen, wie zum Beispiel Schmerzbehandlungen, anstehende allgemein- und zahnmedizinische Behandlungen und so weiter.
Ich arbeite also mit Klient*innen, die bereits abstinent zur ambulanten Rehabilitation kommen. Wir haben es mit ganz unterschiedlichen erwachsenen Menschen aus allen sozialen Schichten und Altersgruppen zu tun. Ich hatte schon Teilnehmer*innen, die Mitte 20 waren und zum Beispiel mit einer Cannabis-Abhängigkeit kamen, manchmal auch zur Verhinderung einer Haftstrafe, also nicht ganz freiwillig. Meine älteste Klientin war 82 Jahre alt und hat ihr Leben nach einer langjährigen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit noch einmal gründlich umgekrempelt und viel Lebensqualität für

Eine wichtige Rolle in der Beratung und auch in der Therapie spielt das Motivational Interviewing.

Eine Klientin bezeichnete den Besuch der Selbsthilfegruppe einmal als „ihr Rendezvous mit der Sucht".

sich gewonnen. Anstoß gab ihre Tochter, die sich große Sorgen um sie gemacht hatte. Nach der Therapie konnte sie sich wieder um ihre Enkelin kümmern. Die starken Kopfschmerzen, die sie jahrelang mit Schmerztabletten bekämpft hatte, waren weg, nachdem sie die Tabletten abgesetzt hatte und keinen Alkohol mehr trank.
Zu uns kommen Menschen aus allen möglichen Bereichen: Techniker, Büroangestellte, Handwerker, Menschen aus sozialen Berufen, Hausfrauen und -männer aber auch Arbeitslose oder Rentner*innen.

Wie lange dauern denn durchschnittlich die Behandlungen in der ambulanten Rehabilitation?
Wir haben mindestens 40 Einzel- und Gruppenstunden sowie vier Angehörigengespräche innerhalb von sechs bis neun Monaten Zeit zur Verfügung. Die Therapie kann bei entsprechender Indikation auf bis zu maximal 120 Einzel- und Gruppenstunden und zwölf Angehörigengesprächen verlängert werden. Einige Klient*innen kommen auch aus der stationären Therapie zu uns und machen eine ambulante Weiterbehandlung, weil abzusehen ist, dass sie für eine Aufrechterhaltung der Abstinenz noch eine weitergehende Stabilisierung benötigen. Die ersten Wochen bis zu drei Monate nach der stationären Behandlung sind, das zeigen Forschungen, der Zeitraum, in dem die meisten Rückfälle passieren. Insbesondere wer es schafft, im ersten Jahr abstinent zu bleiben, hat gute Chancen, auch weiterhin abstinent zu sein, da neue Gewohnheiten aufgebaut werden konnten, Veränderungen möglich wurden und Belastungen anders begegnet werden kann. Dies gilt insbesondere bei dem Besuch einer Selbsthilfegruppe während beziehungsweise nach der Rehabilitation. Eine Klientin bezeichnete den Besuch der Selbsthilfegruppe einmal als „ihr Rendezvous mit der Sucht", das ihr hilft, achtsam zu bleiben, sich Rückhalt zu holen und die negativen Folgen der Abhängigkeit zu vergegenwärtigen. Das zu fördern, ist uns ein wichtiges Anliegen im VIVA Wandsbek. Wir stellen unsere Räume daher abends vier eigenständigen Selbsthilfegruppen zur Verfügung, zwei mit Schwerpunkt Alkoholabhängigkeit, eine suchtmittelübergreifende Gruppe und eine Elterngruppe.

Wie sieht die Durchführung der Therapie aus?
Im Einzelsetting geht es zunächst einmal um das Verstehen und Akzeptieren der Erkrankung. Dazu gebe ich den Klient*innen Informationen über Suchtmittelabhängigkeit und führe verschiedene diagnostische Tests durch.
Psychologische Tests, die ich zur Diagnosestellung und Behandlungsplanung benutze, sind beispielsweise abhängigkeitsbezogene Tests wie der AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, ein Selbsttest der eigenen Trinkgewohnheiten) oder den MALT-S und -F (Selbst- und Fremdeinschätzung), doch auch das BDI zur Abfrage depressiver Symptome, den SCL-90, das Würzburger Screening zur Erwerbsprognose oder die IDCL (Internationale Diagnostik Checklisten für ICD-10) bei Verdacht auf spezifische begleitende Störungen. Bei Verdacht auf einen traumatischen Hintergrund benutze ich den ACE-D (Adverse Childhood Experiences Questionnaire) zu frühen belastenden Erfahrungen, das ETI/ERI (Essener Trauma- beziehungsweise Ressourcen-Inventar) oder das PTSS-10 zur Erfassung von PTBS-Symptomen.
Anhand der Ergebnisse der Tests, der Biografie und des Suchtverlaufs erstelle ich zusammen mit der Klientin oder dem Klienten ein individuelles Störungsmodell. Dabei wird bei vielen deutlich, welche Funktion und Folgen der oft langjährige Suchtmittelkonsum hatte, beispielsweise sich nach unverarbeiteten Belastungen in der Biografie zu regulieren. Dazu gehören neben Brüchen in der Biografie Bindungstraumata wie Vernachlässigung, Parentifizierung oder Gewalt in jeder Form. Grundlegend ist daher, ob es gelingt, eine gute therapeutische Beziehung und ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen, das neue Beziehungserfahrungen möglich macht. Außerdem geht es darum, mit Methoden aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie von Marsha Linehan oder mit dem Training emotionaler Kompetenzen von Berking Kompetenzen zur Gefühls- und Impulsregulierung zu erlernen. Starke Gefühle, die nicht verarbeitet werden können oder mit Suchtmittelkonsum assoziiert sind, stellen den Hauptrückfallauslöser dar. Gegebenenfalls wende ich Verfahren aus der Traumatherapie an, um Ressourcen zu fördern und bei der Verarbeitung von Belastungen/Traumata zu unterstützen. Ein wichtiger Aspekt in der Arbeit mit den Klient*innen abseits von spezifischen Methoden liegt für mich darin, den Veränderungsimpuls und die Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken, die die Menschen in Therapie gebracht haben. Dieser Impuls der Selbstfürsorge kann leitend sein, den Partner/die Partnerin oder die Arbeit nicht zu verlieren, wieder mehr am Leben teilzuhaben, Selbstachtung (wieder) zu erlangen. Dem gebe ich Raum, indem ich zuhöre, die Grenzen der Klient*innen akzeptiere, aber auch ermutige, sich auf neue Erfahrungen einzulassen, Werte und Ziele für das eigene Leben zu definieren. Sich auf Augenhöhe zu begegnen und zu merken, dass Vertrauen und Zuversicht wachsen, gerade auch durch die Begegnung und den Austausch mit anderen, ist immer wieder eine schöne Erfahrung.
In den Gruppen geben wir in der Regel keine Behandlungsmodule vor, sondern orientieren uns an den für die Teilnehmer*innen aktuell relevanten Themen. Zu Beginn jeder Gruppenstunde machen wir eine Achtsamkeitsübung, die dazu dienen soll, bei sich anzukommen sowie achtsames Verhalten zur Rückfallprophylaxe auch im Alltag einzubauen beziehungsweise aus Automatismen auszusteigen. Das fällt vielen Teilnehmer*innen zunächst schwer. Doch wenn es uns gelingt, den Sinn dahinter zu vermitteln

und erfahrbar zu machen und die Klient*innen bereit sind, sich darauf einzulassen, wird es nach einiger Übung auch im Alltag als hilfreich empfunden. Grundsätzlich geht es in der Gruppentherapie um die Aneignung sozialer Fähigkeiten und Überwindung negativer Glaubenssätze und Zuschreibungen und darum, sich zum Beispiel anderen gegenüber (wieder) zu öffnen, sich Raum zu nehmen, einmal im Mittelpunkt zu stehen oder auch sich zurücknehmen zu können, ferner Rückmeldungen zu geben oder von anderen zu bekommen. Wichtig sind dabei der Austausch und die Wertschätzung untereinander. Viele berichten, dass der Zusammenhalt in der Gruppe sie in schwierigen und konflikthaften Situationen, in denen sie sonst möglicherweise Suchtmittel konsumiert hätten, in ihrer Abstinenz bestärkt. Die Wiedererlangung beziehungsweise der Ausbau der sozialen Fertigkeiten ist auch ein wichtiger Baustein zum Erhalt oder der Wiederherstellung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe.

Vermutlich haben die Hilfesuchenden auch noch Folgeprobleme oder hinzugekommene Erkrankungen?
Zweidrittel aller Klient*innen in der Reha haben neben der Sucht noch weitere Diagnosen, hauptsächlich Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen. Aber auch soziale oder spezifische Ängste oder Zwänge, psychotische Symptome oder eine ADHS-Diagnose können vorhanden sein. Dazu kommen noch die Achse-II-Störungen, hier besonders emotional instabile, narzisstische oder auch anankastische Persönlichkeitsstile. Daher ist es unerlässlich, mit den behandelnden Fachärzt*innen, vor allem Psychiater*innen, zusammenzuarbeiten oder auch mit den psychiatrischen Abteilungen der umliegenden Krankenhäuser, falls zum Beispiel eine stationäre Depressionsbehandlung erforderlich wird. Wir verweisen die Klient*innen auch an Spezialambulanzen, zum Beispiel die ADHS-Ambulanz in der Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll für die Diagnostik und medikamentöse Behandlung. Wenn die Suchtbehandlung nicht mehr im Vordergrund steht, aber zum Beispiel noch Angst- oder Zwangssymptome vorhanden sind, versuchen wir, die Klient*innen im Anschluss an die Rehabilitation in eine ambulante Therapie zu vermitteln. Die langen Wartezeiten bei der Suche nach einem Therapieplatz tragen in solchen Fällen oft nicht dazu bei, eine eigentlich indizierte Behandlung auch wirklich umzusetzen.

Was macht diese Arbeit für Sie als Psychologische Psychotherapeutin attraktiv?
Die Arbeit mit der vielschichtigen Klientel, die vielen positiven Verläufe und das Gefühl, immer

Im Einzelsetting geht es zunächst einmal um das Verstehen und Akzeptieren der Erkrankung.

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg
www.ivs-nuernberg.de

I V S

Institut für Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin und Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2015

16. Fachtagung des IVS: ***„Hinschauen! Probleme von Kindern und deren Verdrängung“ - 30 Jahre nach Verabschiedung der UN-Kinderrechtskonvention -***
Samstag, 23. November 2019
Universität-Erlangen (AudiMax)

Fort- und Weiterbildungen (mit Fortbildungspunkten d. PtK-BY bzw. BLÄK)

Laufend neue Termine

- **Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r**
  Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-,Zivil - u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine: **Dr. DP Sandra Loohs** „Auftreten des Sachverständigen vor Gericht“ 13./14. Juli 2019 (Module Grundlagen, Glaubhaftigkeit, Strafrecht), **Dr. Henry Eckhardt** „Die psychologische Begutachtung im familiengerichtlichen Verfahren“ 12./13. Okt. 2019 (Mod. Grundlagen, Familienrecht), **Dr. Thomas Lorz** „Begutachtung im Sozial- und Betreuungsrecht, Beurteilung der Testier- und Geschäftsfähigkeit“ 19./20. Oktober 2019 (Modul SZV)
- **EMDR-Zusatzqualifikation**: „EMDR Grundkurs“ 21./22. Juni 2019 **DP Gertrud Skoupy**
  „Trainingsseminar zur Praxis des EMDR“ 21. September 2019 **Dr. DP Georg Pieper**
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (134 FE in 8 Blöcken) - Nächste Termine:
  DP Claudia Schwarze „Therapie v. sexuellen Präferenzstörungen“ 6. Juli 19, **DP Klaus Weth** „Sexuelle Funktionsstörungen“ 7. Juli 19
- **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern u. Jugendlichen** 200 WE, Curriculum mit zum Teil individuell wählbaren Seminarthemen und -terminen zum Erwerb der Fachkunde für die Abrechnung verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie

  Neu !
- **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken)
  Nächster Termin: **Dr. PP Wolfram Dorrmann** „B5 Nutzung von Trancephänomenen II“ 6./7. Juli 2019
  C-Seminar: **Dr. DP Cornelie Schweizer** „C-Seminar: 66 mal Trance pur" 19./20. Juli 2019
  Nächstes Einführungsseminar**: Dr. DP Burkhard Peter** „B1 (KE) Einführung in die Ericksonsche Hypnose u. Therapie“ 6./7. Dez. 2019

Termine für weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen finden Sie auf der IVS-Homepage.

Kontakt und Infos: Psychotherapeutische Ambulanz II des IVS, Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth, Tel.: 0911-950991-13
Fax: 0911-950991-23 • Homepage/**Online-Anmeldung:** www.ivs-nuernberg.de

Politisch fände ich es sinnvoll, Werbung für Alkohol zu unterbinden und den Verkauf wie in Skandinavien auf spezialisierte Geschäfte zu beschränken.

noch dazuzulernen und nicht in Routine zu verfallen, tragen zu meiner Arbeitszufriedenheit bei. Ich empfinde großen Respekt vor Menschen, die einen so tiefgreifenden Veränderungsprozess wagen. Auch meine Arbeitsbedingungen als angestellte Psychotherapeutin sind insgesamt gut. Ich arbeite eng mit meiner Kollegin zusammen, die Sozialpädagogin und Suchttherapeutin ist. Wir leiten die Gruppen gemeinsam, tauschen uns aus, haben regelmäßig Supervision und viel Gestaltungsfreiraum. Mein Arbeitgeber, Jugendhilfe e.V., hat mich bei der Weiterbildung und mit flexiblen Arbeitszeitmodellen unterstützt, als ich Kinder bekommen habe, sodass ich Beruf und Kinder jederzeit gut vereinbaren konnte und kann.

Was sind Ihre Wünsche an das übergreifende Versorgungssystem beziehungsweise an die Politik?

Viele Ärzt*innen sprechen ihre Klient*innen gezielt auf den Suchtmittelkonsum an und den Zusammenhang zu möglicherweise vorhandenen Folgeschädigungen, das berichten uns Klient*innen, die dankbar sind, den Anstoß bekommen zu haben. Aber es gibt doch immer noch die Scheu, das Thema anzusprechen und auch mal nachzuhaken, zumindest dann, wenn es Hinweise auf Alkoholfolgeerkrankungen gibt. Wie das gelingen kann, dazu gibt es gute Broschüren. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet mit der Broschüre „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen" einen Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis an. Für Arbeitgeber informiert die Broschüre „Alkohol am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Führungskräfte" von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. und der BARMER GEK. Eltern können sich wiederum im Ratgeber „Alkohol – reden wir drüber!" erste Infos und Tipps holen. Zudem sind auf der Website www.kenn-dein-limit.de viele Informationen zum Thema für die erwachsene Allgemeinbevölkerung zu finden. Hier gibt es zudem Selbsttests, einen Promillerechner und konkrete Empfehlungen für einen risikoarmen Konsum sowie praktische Hilfestellungen für eine Reduzierung des Alkoholkonsums.

Für die Versorgung der Klient*innen würde ich mir für diejenigen, bei denen die psychischen Begleiterkrankungen der Sucht nach Ende der Rehabilitation noch relevant sind, einen leichteren Übergang in die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung wünschen – mit weniger Wartezeiten und dadurch zermürbender, oftmals entmutigender Suche nach einem Therapieplatz. Dieser Übergang in ein neues therapeutisches Verhältnis ist ein fragiler Punkt. Die Klient*innen haben eine Therapie hinter sich und sind eher zögerlich, gleich das nächste Thema anzugehen, auch wenn es notwendig wäre. Die schwierige Suche trägt dann nicht unbedingt dazu bei, die notwendige Behandlung anzugehen. Seitdem große Krankenkassen wie zum Beispiel die TK bei langen Wartezeiten den Zugang zu den privaten Praxen durch Einschränkung des Kostenerstattungsverfahrens erschweren, gilt dies noch einmal mehr.

Außerdem wäre es gut, wenn es für psychisch stark belastete aber abstinent lebende Menschen bei akuter Rückfallgefährdung Möglichkeiten gäbe, sich für einen begrenzten Zeitraum in einen geschützten Rahmen zurückziehen, wie dies schon in der „integrierten Versorgung" bei anderen psychisch Erkrankten zur Vorbeugung von langen stationären Aufenthalten in Krisen der Fall ist.

Politisch fände ich es sinnvoll, Werbung für Alkohol zu unterbinden und den Verkauf wie in Skandinavien auf spezialisierte Geschäfte zu beschränken, sodass Alkohol nicht jederzeit überall frei verfügbar ist. Das wäre meiner Meinung nach angemessen bei der toxischen Konzentration und dem Suchtpotenzial, den der Stoff enthält. Dies ist ablesbar an dem Verbreitungsgrad der Erkrankung (1,77 Millionen Menschen zwischen 16 und 64 Jahren in Deutschland gelten als abhängig, Jahrbuch Sucht 2018) und den Kosten für die Betroffenen und die Gesellschaft insgesamt. Hier denke ich besonders an die Kinder, die nicht die Wahl haben, ob sie in einem von der Erkrankung überschatteten Familiensystem bleiben oder nicht, und die mit den Folgen für ihr Leben und ihre Gesundheit zu kämpfen haben.

Ein großer Wunsch ist außerdem, dass die gesellschaftliche Stigmatisierung der Abhängigkeitserkrankung als Willensschwäche überwunden wird und chronische Erkrankungen dieser Art ebenso ernst genommen werden wie zum Beispiel Diabetes. Da wartet man mit Informationen und Interventionen auch nicht bis die Chronifizierung eintritt, sondern versucht die Patient*innen möglichst frühzeitig einzubeziehen, zu informieren und gegenzusteuern.

Vielen Dank für das Gespräch.

Kerstin Sude

Psychologische Psychotherapeutin, seit 2012 niedergelassen in Hamburg, Zulassung für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Zuvor Wiss. Mitarbeiterin, Psychologin und Lehrende am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Poliklinik für Psychosomatik. Mitglied des DPtV-Landesvorstandes der LG Hamburg, seit 2013 stellv. Bundesvorstandsmitglied der DPtV.

Christian Stiglmayr

DBT bei der **Borderline**-Persönlichkeitsstörung

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist eine manualisierte Psychotherapie zur Behandlung von Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die aufgrund ihres hohen Evidenzgrades in den S2-Leitlinien (DGPPN) empfohlen wird. Besondere Kennzeichen der DBT sind ihre klare Struktur, ihre konfrontative Herzlichkeit und die hohe Authentizität der Therapeut*innen.

Die DBT wurde in den 1980er-Jahren von der Professorin Marsha M. Linehan zur Behandlung von Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt (Linehan 1996a, Linehan 1996b). Linehan, selbst Betroffene, konzipierte die Therapie ursprünglich als ambulante Behandlung von chronisch suizidalen Frauen. Heute gilt die DBT als Prototyp für modular aufgebaute Psychotherapie und findet bei einer Vielzahl weiterer Störungsbilder Anwendung. Neben den etablierten kognitiv-behavioralen Methoden integriert die DBT eine Vielzahl weiterer Strategien und Techniken, vor allem aus der Gesprächspsychotherapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und dem Zen-Buddhismus. Damit ist die DBT eine der ersten Therapiemethoden, die der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie zugerechnet wird.

Ätiologie

Die DBT basiert auf einem biosozialen Ätiologiemodell, welches für das Verständnis der DBT fundamental ist. Im Zentrum der BPS wird eine Emotionsregulationsstörung angenommen, bedingt durch ein Zusammenspiel von ungünstigen neurobiologischen und ungünstigen sozialen Einflüssen. Die Folge der ungünstigen neurobiologischen Einflüsse ist eine signifikant erhöhte emotionale Verletzlichkeit; die Folgen der ungünstigen sozialen Einflüsse die Überzeugung, grundlegend falsch zu sein („Wäre ich richtig, würde ich geliebt werden."). Sind notwendige Fertigkeiten zur Regulation der bestehenden erhöhten emotionalen Verletzlichkeit zudem nicht ausreichend vermittelt worden, sind die Betroffenen gezwungen, schnell wirksame, langfristig zumeist jedoch sehr schädliche Verhaltensweisen zu entwickeln (zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten (SVV), Hochrisikoverhalten, gestörtes Ess-

verhalten, Drogenkonsum). Suizidversuche stellen zumeist die letzte Möglichkeit dar, sich dieser als unerträglich empfundenen emotionalen Zustände zu entledigen.

Die therapeutische Grundhaltung

Borderline-Patient*innen wird häufig mit ausgeprägten Vorurteilen begegnet, zum Beispiel sie seien manipulativ, unberechenbar oder grenzüberschreitend. Bis zu einem Viertel der Therapeut*innen lehnt eine Zusammenarbeit ab (Jobst et al. 2010), andere lassen sich auf eine Behandlung zwar ein, sind aber angesichts der Vielzahl an Problemen nicht selten überfordert. Da die häufig zu beobachtenden Vorurteile ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis ernsthaft gefährden können, wurden von Marsha Linehan acht Grundhaltungen zum Schutz der Patient*innen beziehungsweise Therapeut*innen definiert.

Borderline-Patient*innen wird häufig mit ausgeprägten Vorurteilen begegnet.

1. Borderline-Patient*innen geben sich wirklich Mühe. Das heißt, sie versuchen, das Beste aus ihren gegenwärtigen Situationen zu machen.
2. Borderline-Patient*innen wollen sich verändern.
3. Borderline-Patient*innen müssen sich stärker anstrengen und härter arbeiten, um sich zu verändern.
4. Borderline-Patient*innen haben ihre Schwierigkeiten nicht selbst verursacht, müssen sie aber selbst lösen.
5. Das Leben suizidaler Borderline-Patient*innen ist so, wie es gegenwärtig ist, unerträglich.
6. Borderline-Patient*innen müssen neues Verhalten in allen relevanten Lebensbereichen erlernen.
7. Patient*innen können in der Therapie nicht versagen.
8. Therapeut*innen, die mit Borderline-Patient*innen arbeiten, brauchen Unterstützung.

Therapiestruktur

In Rückgriff auf die Annahmen der biosozialen Theorie ist das primäre Behandlungsziel der DBT der Aufbau beziehungsweise die Verbesserung funktionaler Strategien zur Emotionsregulation bei gleichzeitiger Reduzierung von schwerem Problemverhalten wie zum Beispiel suizidales oder schweres selbstschädigendes Verhalten. Sobald die Betroffenen ihr emotionales Erleben weitgehend ohne Einsatz gravierender dysfunktionaler Strategien regulieren können, werden soziale Isolation, Arbeitslosigkeit, eine komorbide PTBS sowie andere komorbide psychische Störungen und andere Problembereiche fokussiert. Am Ende der Behandlung steht der Aufbau eines erfüllten Lebens auf der Grundlage von Selbstakzeptanz und achtsamen Selbstmitgefühl.

Damit handelt es sich bei der DBT um eine emotionsfokussierende Therapie; wann immer diese sichtbar wird beziehungsweise sichtbar sein sollte, wird diese thematisiert. Die Behandlung mit DBT bedeutet damit eine permanente Exposition mit den eigenen Emotionen – und damit mit sich selbst.

Die therapeutische Beziehung wird in der DBT als Plattform jeglicher Veränderungsprozesse definiert; sie ist daher in der DBT ungewöhnlich eng, um dem Patient*innen dabei zu helfen, ihre beziehungsweise seine Ängste in der Auseinandersetzung mit sich selbst zu überwinden. Weiteres Kennzeichen der Beziehungsgestaltung in der DBT ist die hohe Authentizität der Therapeut*innen bei gleichzeitiger fürsorglicher Herzlichkeit. Gleichzeitig wird in der DBT stets deutlich gemacht, dass es diese Beziehung nur gibt, wenn die notwendigen Schritte seitens der Patientin oder des Patienten unternommen werden, um den a priori definierten Zielen näher zu kommen. DBT-Therapeut*innen bieten also Hilfe an und machen deutlich, dass sie dazu sehr gerne bereit sind. Gleichzeitig machen sie aber auch deutlich, dass sie die Patient*in niemals werden retten können.

Die ambulante Therapie ist für einen Zeitraum von ein bis drei Jahren angelegt. Der Ablauf der Therapie ist klar strukturiert und lässt sich in eine Vorbereitungsphase und drei sich daran unmittelbar anschließende Therapiephasen unterteilen.

Die *Vorbereitungsphase* dient der Erhebung von Patienten- und störungsspezifischer Informationen, der Ziel- und Motivationsanalyse, der Informationsvermittlung über die DBT sowie dem Abschluss eines Behandlungsvertrags. Bestandteil des Vertrags ist unter anderem das Vorgehen im Fall von schwerem dysfunktionalem Verhalten (regelhaft besteht anschließend eine 24-stündige Kontaktsperre) sowie die Verpflichtung der Patientin oder des Patienten während der gesamten Therapiedauer keinen Suizidversuch zu unternehmen.

Nach der gemeinsamen Vertragsunterzeichnung beginnt die *erste Therapiephase*. Diese dauert zwischen drei Monaten und einem Jahr. Ziel der ersten Therapiephase ist die Reduktion von schweren Problemen auf der Verhaltensebene, welche im Einzelnen in der Vorbereitungsphase näher definiert wurden (zum Beispiel lebensbedrohliches Verhalten oder schweres SVV). Um dies zu ermöglichen, besuchen die Patient*innen parallel zur Einzeltherapie ein gruppenbasiertes Fertigkeitentraining.

Um angesichts der mitunter sehr zahlreichen drängenden Probleme eine konstruktive Bearbeitung zu ermöglichen, hat Linehan eine dynamische Behandlungshierarchie entwickelt: Wann immer ein höher geordneter, das heißt gefährlicherer Problembereich auftritt, zum Beispiel schweres SVV, muss dieser unmittelbar in Form einer Verhaltensanalyse sowie einer Lösungsanalyse behandelt werden. Damit sich die Therapeut*in zu Beginn einer Therapiestunde einen Überblick

über die aktuellen Problembereiche verschaffen kann, führt die Patient*in mit Beginn der ersten Therapiephase ein Wochenprotokoll (Diary-card). Anhand der darin dokumentierten Verhaltensweisen findet die Strukturierung der Therapiestunde statt. Damit orientiert sich die DBT im Unterschied zu den meisten anderen Manualen zur Behandlung spezifischer Störungsbilder nicht an einer festgelegten Reihenfolge von Sitzungen und Inhalten, sondern dynamisch an dem von der Patient*in gezeigten Verhaltensmuster.

Konnte das schwere dysfunktionale Problemverhalten weitestgehend eingestellt werden, beginnt die *zweite Therapiephase*. Diese erstreckt sich in der Regel über ein bis zwei Jahre. Ziel der zweiten Therapiephase ist die Bearbeitung weiterer emotionaler Probleme, die Verbesserung der beruflichen wie auch sozialen Situation sowie die Behandlung von in der ersten Therapiephase noch nicht behandelten psychischen Störungen, allen voran einer komorbiden PTBS. Es hat sich mittlerweile durchgesetzt, mit der PTBS-Behandlung möglichst frühzeitig zu beginnen. Für das spezifische Vorgehen zur Behandlung einer PTBS im Rahmen einer DBT-Behandlung sei auf die eigens hierfür entwickelte DBT-PTSD verwiesen (Bohus et al. 2013).

Ziele der *dritten Therapiephase* sind die Steigerung der Selbstachtung sowie des achtsamen Selbstmitgefühls. Besonders empfehlenswert sind die Ansätze von Potreck-Rose und Jacob (2015) oder Christopher Germer (2012) und Paul Gilbert (2013). Da die dritte Therapiephase zumeist innerhalb der zweiten Therapiephase – und in einem geringeren Umfang auch schon während der ersten Therapiephase – beginnt, handelt es sich hierbei um keine abgeschlossene Therapiephase. Die Dauer der dritten Therapiephase kann daher sehr unterschiedlich sein.

Therapieelemente

Die DBT besteht aus fünf Bausteinen:

1. Einzeltherapie
2. Fertigkeitentraining in der Gruppe (Skillstraining)
3. Telefonkontakte
4. Konsultationsteam
5. Supervision

Die *Einzeltherapie* findet in der Regel einmal wöchentlich statt. Aufgabe der Einzeltherapie ist vor allem am Anfang der Therapie die individuelle Ziel- und Motivationsarbeit sowie die Durchführung von Problem- und Lösungsanalysen. Gleichzeitig werden in der Einzeltherapie fortwährend die Emotionen der Patient*innen fokussiert: Während am Anfang der Therapie

Bei der DBT handelt es sich um eine emotionsfokussierende Therapie.

vor allem die Wahrnehmung und Regulation, das heißt die Kontrolle von Emotionen im Vordergrund steht, werden mit zunehmender Therapiedauer die Integration von Emotionen durch Zulassen derselben und somit die Akzeptanz von sich selbst befördert.

Die DBT orientiert sich dynamisch an dem von der Patientin oder dem Patienten gezeigten Verhaltensmuster.

Das *Fertigkeitentraining* („Skillstraining") findet einmal wöchentlich über circa eineinhalb Jahre statt. Das Training wird von zwei Trainer*innen geleitet und es nehmen maximal sieben bis acht Patient*innen teil. Ziel des Fertigkeitentrainings ist die Vermittlung von spezifischen Fertigkeiten („Skills"), die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen. Damit bieten die Fertigkeiten den Ersatz für bislang dysfunktionales Verhalten. Die Fertigkeiten sind nach Bohus und Wolf (2013) in fünf, optional sechs Module unterteilt:

1. Fertigkeiten zur Steigerung der inneren Achtsamkeit
2. zwischenmenschliche Fertigkeiten
3. Fertigkeiten zum bewussten Umgang mit Gefühlen
4. Fertigkeiten zur Stresstoleranz
5. Fertigkeiten zur Steigerung des Selbstwertes
6. optional: Fertigkeiten zum Umgang mit Sucht

Da nicht davon auszugehen ist, dass Krisen nur stattfinden, wenn sich die Patient*in in der einzeltherapeutischen Sitzung befindet, gibt es die Möglichkeit von *Telefonkontakten*. Innerhalb eines solchen Telefonats vermittelt die Therapeut*in effektive Fertigkeiten, um mit der aktuellen Situation umgehen zu können; keinesfalls findet am Telefon ein Therapiegespräch statt. Das Gespräch dauert damit nicht länger als fünf bis maximal zehn Minuten.

Zusätzlich zu den obligatorischen Telefonkontakten besteht der wohl größte Unterschied zu herkömmlichen Therapiemethoden in dem regelmäßigen Stattfinden eines ambulanten *Konsultationsteams*. Dieses besteht aus drei bis sechs ambulanten Therapeut*innen und Fertigkeitentrainer*innen, die sich wöchentlich für circa eine Zeitstunde treffen. Das Konsultationsteam verfolgt hierbei zwei Ziele: Zum einen hat das Team dafür Sorge zu tragen, dass die Patient*innen die bestmögliche DBT erhalten (Erhöhung der therapeutischen Adhärenz). Zum anderen ist die Aufgabe des Teams, die Behandlung gemeinsam durchzuführen und damit die Einzeltherapeut*in zu entlasten. Sämtliche therapeutische Schritte werden daher im Team beschlossen und sind anschließend von der zuständigen Einzeltherapeut*in umzusetzen. Demnach wird die Behandlung nicht von einer Einzelperson sondern von einem Therapeutenteam durchgeführt.

Können individuelle Prozesse und Schwierigkeiten im Rahmen des Konsultationsteams nicht aufgefangen und bearbeitet werden, werden diese in einer extra einzuberufenden Supervision besprochen (zum Beispiel die Schwierigkeit, unangenehme Konsequenzen durchzusetzen; zwischenmenschliche Schwierigkeiten zwischen einzelnen Mitgliedern des Konsultationsteams).

Effektivität und Modifikationen

Die DBT gilt als erstes Verfahren zur Behandlung der BPS, deren Wirksamkeit durch randomisiert-kontrollierte klinische Studien (RCTs) belegt werden konnte (Übersicht: Cristea et al. 2017, Stoffers et al. 2012). In den S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen deutscher Fachgesellschaften (DGPPN 2009) wird die DBT entsprechend als das Verfahren mit dem vergleichsweise höchsten Evidenzgrad geführt.

In den letzten Jahren fokussieren zunehmend mehr Studien die Wirksamkeit der DBT unter realen Versorgungsbedingungen. In einer in Berlin durchgeführten Studie (Berliner Borderline-Versorgungsstudie, BBV; Stiglmayr et al. 2015) konnte gezeigt werden, dass nach einem Jahr DBT unter realen Versorgungsbedingungen nur noch 23 % der Patient*innen die Kriterien einer BPS nach DSM-IV-R (APA 2003) erfüllen. Zusätzlich konnten in dem DBT-Behandlungsjahr ein Drittel der direkten wie auch indirekten Krankheitskosten eingespart werden.

Aufgrund ihres modularen Aufbaus hat die DBT weitreichende Modifikationen erfahren. Diese Modifikationen betreffen sowohl die Behandlung anderer oder komorbider Störungen wie auch die Behandlung in unterschiedlichen Settings. Die praxisnahe Anwendung der DBT in ihren unterschiedlichen Modifikationen kann in dem „Fallbuch DBT" von Stiglmayr und Leihener (2015) nachgelesen werden. Die manualisierte Anwendung der DBT im ambulanten Bereich wird in einem aktuellen Buch von Stiglmayr und Gunia (2017) ausführlich beschrieben.

Priv.-Doz. Dr. Christian Stiglmayr

Studium der Psychologie in Eichstätt und Freiburg. Begründer und Leiter eines Fortbildungsinstitutes für psychotherapeutische Methoden (AWP Berlin). Psychologischer Psychotherapeut (VT) mit eigener Niederlassung in Berlin. Priv.-Doz. an der Humboldt-Universität zu Berlin. Trainer und Supervisor in DBT.

Literaturverzeichnis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter dptv.de (bit.ly/2nbNbVu).

Achim Bulander

Die Sprechstundenhilfe als **Minijobber*in**

Oftmals wird in psychotherapeutischen Praxen keine Sprechstundenhilfe in Vollzeit benötigt. Es kann aber auch praktikabel sein, zwei Sprechstundenhilfen nur für jeweils wenige Stunden pro Woche zu beschäftigen. In diesen Fällen werden sehr gern Arbeitsverhältnisse auf Minijobbasis vereinbart. Arbeitnehmer*innen lieben Minijobs, weil sie so „brutto gleich netto" im Portemonnaie haben können, zumindest, wenn sie sich gegen eigene Beiträge zur Rentenversicherung entscheiden. Therapeut*innen meinen, Minijobs seien flexibler und einfacher zu handeln, als ein „normales" sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Doch diese weitverbreitete Ansicht stimmt nur teilweise, denn Minijobber*innen haben die gleichen Rechte, wie sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.

Alle geringfügig entlohnten Beschäftigten mit einem monatlichen Entgelt von maximal 450 Euro haben Anspruch auf den gesetzlichen Mindestlohn. Das heißt, seit dem 1. Januar 2019 sind mindestens 9,19 Euro brutto je Arbeitsstunde zu zahlen. Das bedeutet, dass die monatliche Stundenzahl sehr begrenzt ist, denn bereits bei 49 Stunden wird die Geringfügigkeitsgrenze überschritten. Wöchentlich können damit noch nicht einmal regelmäßig zwölf Stunden vereinbart werden. Minijobber*innen dürfen aber auch in anderen Bereichen nicht schlechter gestellt werden als andere Arbeitnehmer*innen. Daher haben Minijobber*innen Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub und Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Der Mindestlohn ist dabei auch für das Urlaubsentgelt und die Lohnfortzahlung bei Krankheit zu beachten. Arbeitgeber*innen sind zudem verpflichtet, für ihre geringfügig Beschäftigten den Beginn, das Ende und die Dauer der täglichen Arbeitszeit spätestens bis zum Ablauf des siebten auf den Tag der Arbeitsleistung folgenden Kalendertags aufzuzeichnen. Nur wenn nahe Angehörige der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers als Minijobber*in angestellt sind, müssen die Arbeitszeiten nicht aufgezeichnet werden. Soweit das Arbeitsverhältnis mit einer Minijobberin oder einem Minijobber länger als einen Monat besteht, ist ein Arbeitsvertrag spätestens

einen Monat nach dem vereinbarten Beginn des Arbeitsverhältnisses schriftlich zu fixieren und der Arbeitnehmerin beziehungsweise dem Arbeitnehmer auszuhändigen.

Minijobs sind für Arbeitgeber*innen teuer

Hinsichtlich der Lohnnebenkosten sind Minijobs für Therapeut*innen teurer als ein normales sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. In der Regel muss man pauschal 30 % zahlen (15 % Rentenversicherung, 13 % Krankenversicherung und 2 % pauschale Lohnsteuer), bei einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis sind es dagegen nur 19,825 % an Sozialversicherungsbeiträgen. Hinzu kommen jeweils noch die Beiträge zu den Umlagen U 1 und U 2, zur Insolvenzgeldumlage und zur Unfallversicherung. Wer statt zwei Minijobber*innen mit einem monatlichen Entgelt von je 450 Euro eine Midijobberin oder einen Midijobber für 900 Euro beschäftigt, spart bereits über 90 Euro an Lohnnebenkosten monatlich.

Minijobber*innen haben die gleichen Rechte wie sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.

Vorsicht bei Arbeit auf Abruf

Minijobs werden häufig nicht nach fest vereinbarten Arbeitszeiten, sondern auf Abruf ausgeübt. Für eine solche „Arbeit auf Abruf" regelt das Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG), das zum Schutz der Arbeitnehmer*innen eine Arbeitszeit von 20 Stunden pro Woche als vereinbart gilt, wenn keine wöchentliche Arbeitszeit vertraglich festgelegt ist. Bis zum 31. Dezember 2018 lag die Grenze noch bei zehn Stunden. Haben Arbeitgeber und Minijobber*in bisher keine konkrete Arbeitszeit vereinbart, besteht dringender Handlungsbedarf, denn ansonsten kann es für die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber teuer werden. Es würde dann fiktiv eine Arbeitszeit von 20 Stunden unterstellt, woraus sich selbst bei einem Stundenlohn in Höhe des gesetzlichen Mindestlohnes ein durchschnittlicher Monatsverdienst von weit über 450 Euro ergibt, für den Sozialversicherungsbeiträge zu zahlen wären. Dabei würde die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber regelmäßig mit dem Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag belastet. Daher sollten Minijobverträge ohne fest vereinbarte Arbeitszeiten schnellstens angepasst werden.

Für Arbeitnehmer*innen ist Minijob attraktiv

Natürlich muss auch die zweite Seite der Medaille betrachtet werden. Die oder der Minijobber*in zahlt nur 3,6 % Rentenversicherungsbeiträge (Differenzbetrag zwischen dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung von derzeit 18,6 % und dem Pauschalbeitrag des Arbeitgebers von 15 %). Bei einem Verdienst von 450 Euro sind dies aktuell monatlich 16,20 Euro. Durch diesen Eigenanteil erwerben Minijobber*innen Pflichtbeitragszeiten in der Rentenversicherung, die Voraussetzung für Ansprüche auf Rehabilitationsleistungen und eine Rente wegen Erwerbsminderung sind und den Zugang zu einer privaten Altersvorsorge mit staatlicher Förderung (Riester-Rente) ermöglichen. Auch steuerlich kann ein Minijob durchaus vorteilhaft sein. Mit der Zahlung der pauschalen Lohnsteuer in Höhe von 2 % ist steuerlich alles erledigt, denn das Minijobentgelt muss durch die bereits vorgenommene Pauschalbesteuerung weder extra bei der Veranlagung zur Einkommensteuer erklärt noch versteuert werden. Genau hierin liegt der Vorteil des Minijobs, da es zu einer echten Minderung des zu versteuernden Einkommens bei zusammenveranlagten Ehegatten kommt.

Tipp: Will die Therapeutin oder der Therapeut den Ehepartner als Sprechstundenhilfe beschäftigen, kann es daher durchaus vorteilhaft sein, ihn als Minijobber*in anzustellen. Der steuerliche Vorteil überkompensiert in diesem Fall in aller Regel das „Mehr" an Sozialversicherungsbeiträgen. Mit Ausnahme der Aufzeichnung der Arbeitszeiten müssen aber auch bei Angehörigen alle anderen Arbeitgeberpflichten erfüllt werden.

Es darf auch mehr als 450 Euro „gezahlt" werden

Häufig möchten Therapeut*innen auch ihre geringfügig beschäftigte Sprechstundenhilfe mit Sachzuwendungen oder Sonderzahlungen belohnen. Hierbei ist jedoch Vorsicht geboten. Zusätzliche Vergütungen führen oftmals dazu, dass aus einem Minijob ein in allen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung beitragspflichtiges Beschäftigungsverhältnis wird. Denn eine geringfügig entlohnte, sozialversicherungsfreie Beschäftigung liegt nur vor, wenn das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt im Jahresdurchschnitt 450 Euro nicht übersteigt. Nur ein gelegentliches beziehungsweise unvorhersehbares Überschreiten wie ein unerwarteter Zusatzauftrag innerhalb eines Zeitjahres löst keine Versicherungspflicht aus. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Jahresentgeltgrenze von 5.400 Euro insgesamt eingehalten wird.

Zum Arbeitsentgelt gehören alle Einnahmen aus der Beschäftigung, auf die der Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch hat (zum Beispiel aufgrund des Arbeitsvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder eines Tarifvertrags). Daher müssen neben dem laufenden Entgelt insbesondere auch Einmalzahlungen berücksichtigt werden. In die Berechnung des monatlichen Arbeitsentgelts fließen neben dem Barlohn somit insbesondere Sonderzahlungen wie

Achim Bulander

Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Bad Saulgau, Fachberater für den Heilberufebereich (IFU/ISM gGmbH), spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen.

Kontakt: ETL ADVISA Bad Saulgau
Telefon 07581 200360
advisa@bulander-wittmann.de
www.advisa-badsaulgau.de

Urlaubs- oder Weihnachtsgeld ein, wenn deren Gewährung mit hinreichender Sicherheit mindestens einmal jährlich zu erwarten ist, sowie Zuschüsse für vermögenswirksame Leistungen und geldwerte Vorteile aus der privaten Nutzung eines Dienstwagens.

Steuerfreie Einnahmen und Bezüge, die pauschal versteuert werden, sind dagegen nicht dem Arbeitsentgelt hinzuzurechnen. Sie führen somit zu keiner Erhöhung des regelmäßigen Arbeitsentgelts und können grundsätzlich zusätzlich zu einem Barlohn von 450 Euro gezahlt werden, ohne dass die Geringfügigkeitsgrenze überschritten wird. Steuerfrei und damit für die Minijobgrenze unschädlich sind beispielsweise:

- Vorteile aus der Überlassung (nicht Übereignung!) eines betrieblichen Smartphones oder Tablets, welches auch privat genutzt werden darf
- Zuschüsse zu einem Jobticket für Fahrten mit dem Öffentlichen Personennahverkehr, welches auch privat genutzt werden darf
- Überlassung eines Dienstfahrrads auch zur privaten Nutzung und zur Nutzung für Fahrten zwischen Wohnung und erster Tätigkeitsstätte
- Sachzuwendungen bis zu 44 Euro monatlich, zum Beispiel in Form eines Warengutscheins oder über eine SpenditCard
- Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder Zuschüsse zu solchen Maßnahmen bis zu 500 Euro pro Jahr
- Übernahme der Kosten zur Unterbringung und Betreuung von nicht schulpflichtigen Kindern des geringfügig Beschäftigten in Kindergärten durch den Arbeitgeber
- Beiträge zu einer betrieblichen Altersversorgung über eine Direktversicherung, Pensionskasse oder einen Pensionsfonds, begrenzt auf die steuerlich begünstigten Höchstbeträge. Aber auch der BAV-Förderbetrag wird für Minijobber*innen gewährt, wenn die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber mindestens 240 Euro (maximal 480 Euro) pro Jahr an eine Direktversicherung, Pensionskasse oder einen Pensionsfonds zahlt. Der BAV-Förderbetrag beträgt 30 % des Arbeitgeberbeitrags, sodass der Arbeitgeber im Ergebnis nur mit 70 % der Beiträge belastet wird; 30 % werden vom Staat finanziert. Für Minijobber*innen ist der zusätzliche Arbeitgeberbeitrag steuerfrei und wird nicht auf die 450-Euro-Grenze angerechnet.
- Geschenke anlässlich eines besonderen persönlichen Ereignisses (wie Geburtstag) im Wert von bis zu 60 Euro

Auch Zuschläge für tatsächlich geleistete Sonn- und Feiertagsarbeit sowie Nachtarbeit sind steuerfrei, soweit sie die steuerlich begünstigten Zuschlagssätze nicht überschreiten. Doch Vorsicht, bei der Lohnfortzahlung während einer Erkrankung und der Berechnung des Urlaubsentgelts müssen Zuschläge in der Regel mit berücksichtigt werden. Da bei Krankheit und Urlaub nicht gearbeitet wird, sind die Zuschläge nicht steuerfrei und können daher zur Überschreitung der 450-Euro-Grenze führen.

Vergütungen, die pauschal versteuert werden können und für die die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber die Steuer trägt, können ebenfalls neben einem monatlichen Barlohn von 450 Euro gezahlt werden. Dazu gehören insbesondere pauschal mit 25 % versteuerte Erholungsbeihilfen in Höhe von 156 Euro für Arbeitnehmer*innen, 104 Euro für Ehegatten und 52 Euro für jedes Kind, die nachweislich für Erholungszwecke verwendet werden und pauschal mit 15 % versteuerte Erstattungen für Fahrten zwischen Wohnung und erster Tätigkeitsstätte mit dem eigenen Pkw, soweit diese die Entfernungspauschale nicht übersteigen.

Fazit

Es gibt somit eine Reihe von Vergütungselementen, die auch Minijobber*innen neben dem laufenden Entgelt gewährt werden können, ohne dass aus einer geringfügig entlohnten Beschäftigung ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis wird.

DPtV CAMPUS-Veranstaltungen

August bis September 2019

August

17.08.2019, Hamburg
Start in die Selbstständigkeit
Johannes Frey
DPtV CAMPUS 19-54

16./17.08.2019, Berlin
Sozialmedizinische Anfragen – nur lästiger Papierkram?
Dr. Thomas Leitz
DPtV CAMPUS 19-55

24.08.2019, Leipzig
Was tun, wenn mein*e Patient*in kifft? Behandlung von Substanzkonsumstörungen in der ambulanten Psychotherapie
Anja Pixa
DPtV CAMPUS 19-56

31.08.2019, Kassel
Diagnostik im Rahmen der überarbeiteten Psychotherapie-Richtlinie
Dr. Enno Maaß
DPtV CAMPUS 19-57

September

07.09.2019, Bielefeld
Körperbildtherapie bei Essstörungen
Dr. Anika Bauer
DPtV CAMPUS 19-58

06.09.2019, Hannover
Approbation – was nun? Möglichkeiten und Wege der Berufstätigkeit als Psychotherapeut*in
Felicitas Michaelis
DPtV CAMPUS 19-59

18.09.2019, München
Bericht an den VT-Gutachter
Dieter Best
DPtV CAMPUS 19-60

19.09.2019, Dresden
Effizient und pragmatisch ein QM-Praxishandbuch nach G-BA-Richtlinien erstellen
Sabine Schäfer
DPtV CAMPUS 19-61

20.09.2019, Frankfurt
Weiterentwicklung für Angestellte PP/KJP
Prof. Dr. Niels Habermann
Sandra Schnülle
Dr. Jürgen Tripp
DPtV CAMPUS 19-62

Anmeldungen zu
DPtV CAMPUS-Veranstaltungen
per Online-Formular unter
www.dptv-campus.de
per Fax 030 23 50 09 44
per Post
DPtV CAMPUS
Am Karlsbad 15
10785 Berlin

20.09.2019, Münster
Praxisseminar sozialrechtliche Befugnisse
Michael Ruh
DPtV CAMPUS 19-63

21.09.2019, Berlin
Systemische Therapie
Sebastian Baumann
DPtV CAMPUS 19-64

21.09.2019, Kiel
SH-PT-WS 1: Fähigkeitsbefundung im Kontext medizinischer Reha (Beantragung) und sozialmedizinische Begutachtung
Prof. Dr. Beate Muschalla
DPtV CAMPUS 19-48

21.09.2019, Kiel
SH-PT-WS 2: Bericht an den Gutachter nach den neuen Anforderungen in der VT
Dieter Best
DPtV CAMPUS 19-49

21.09.2019, Kiel
SH-PT-WS 3: Interkulturelle Aspekte in der psychotherapeutischen Praxis – Interkulturelle Psychotherapie – Möglichkeiten und Grenzen
Dr. Ali Kemal Gün
DPtV CAMPUS 19-50

21.09.2019, Kiel
SH-PT-WS 4: Mentalisieren als zentrale elterliche Fähigkeit
Dr. med. Miriam Haagen
DPtV CAMPUS 19-51

21.09.2019, Kiel
SH-PT-WS 5: Die neuen sozialrechtlichen Befugnisse – Verordnung von Leistungen
Dieter Best
DPtV CAMPUS 19-52

21.09.2019, Kiel
SH-PT-WS 6: Hilfe und Tipps bei der Berichterstellung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Egbert Jacoby
DPtV CAMPUS 19-53

27.09.2019, Hamburg
Vortrag zum Thema Spiritualität in der psychotherapeutischen Praxis
Prof. Dr. Eckhard Frick SJ
Ort: KV Hamburg
DPtV CAMPUS-Veranstaltung ohne Anmeldung

28.09.2019, Hamburg
Fallseminar zum Thema Spiritualität in der psychotherapeutischen Praxis
Prof. Dr. Eckhard Frick SJ
DPtV CAMPUS 19-72

Hans-Jörg Assion, Bianca Ueberberg, Tatjana Kaaz

Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung

2018, Schattauer (Klett-Cott)
137 Seiten, broschiert
ISBN 9783608432947 (Print)
ISBN 9783608291292 (eBook)
54,99 €

Rezensiert von
Marie-Christine Reiswich

Nach einer kurzen Einleitung zum Thema Migration mit Prozentangaben zu Herkunftsländern und Häufigkeit psychischer Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund ist das Manual modular aufgebaut als roter Faden für eine psychoedukative störungsunspezifische Gruppe. Dabei sind die Materialien online auf Türkisch und Arabisch verfügbar. Fallvignetten erläutern, für wen eine solche Gruppe geeignet sein könnte. Im ersten Modul geht es um das Thema Migration. Die Autor*innen fokussieren sich auf Fragen zu Erwartungen, Zielen und Erfahrungen während des Migrationsprozesses, zum Beispiel auf die Frage, welche Gründe zur Migration geführt haben, wie es war, die Heimat zu verlassen oder wie das Ankommen in Deutschland erlebt wurde. Psychoedukative Elemente, die die Herausforderungen der Migration erklären, wie beispielsweise das Phasenmodell nach Sluzki fehlen hier gänzlich. Modul 2 beschäftigt sich mit den Themen Integration und soziale Kontakte. Hier wird die Wichtigkeit sozialer Kontakte und Unterstützungsmöglichkeiten durch Familie, Freunde und Expert*innen sowie von Hilfs- und Freizeitangeboten und kommunalen Angeboten betont. Mithilfe von Arbeitsblättern können die Teilnehmer*innen mögliche Hilfsangebote und Notfallnummern eintragen. Im dritten Modul befassen sich die Autor*innen mit den Besonderheiten des Gesundheitssystems in Deutschland. Hier werden sehr anschaulich und übersichtlich die Leistungen der Krankenversicherung, der Ärzteschaft, des Krankenhauses und der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung dargestellt. Besonders gelungen sind die Erklärungen zu Alltagshilfen (SPDI, Tagesstätten) und zur beruflichen Rehabilitation.
Im Modul 4 sind Arbeitsblätter zu Vorsorge und Rückfallschutz zu finden. Neben Schlafhygiene und Essen wird auch das Thema Stress behandelt sowie das Vulnerabilitäts-Stress-Modell anschaulich erklärt. Modul 5 beschäftigt sich schließlich mit den psychischen Erkrankungen. Zu den Störungen Depression, Schizophrenie, Angst, PTBS sowie Sucht werden sehr vereinfacht die jeweiligen Erklärungsmodelle, Symptome, erste Übungen (zum Beispiel zur kognitiven Umstrukturierung, zur Konfrontation bei Angst) und Schutzfaktoren erklärt. Zusätzlich ist für jede Störung ein Memo für Angehörige zu finden, was im Umgang mit den Betroffenen empfohlen wird.

Die Materialien können im Rahmen einer Gruppentherapie, jedoch auch im Einzelsetting genutzt werden. Zudem sind die Materialien optisch so gestaltet, dass sie auch für ältere Kinder und Jugendliche ansprechend sind.

Aufgrund der Oberflächlichkeit der Arbeitsblätter im Modul 1 erscheinen mir diese eher überflüssig. Hier hätte ich mir neben dem Erfahrungsaustausch der Gruppenteilnehmer*innen mehr psychoedukatives Material gewünscht. Modul 2 ist von der Grundidee her gut, es ist nur fraglich, ob die Inhalte zu Notrufnummern und so weiter gesondert angefertigte Arbeitsblätter benötigen. Diese beiden Module sind inhaltlich enttäuschend. Die Materialien der Module 3 bis 5 hingegen finde ich sehr hilfreich. Der Wechsel zwischen Eigenreflektion und Psychoedukation ist ausgewogen, die Erklärungen zu psychotherapeutischen Themen sind übersichtlich, strukturiert und kultursensitiv gut nachvollziehbar. Die Möglichkeit, diese auf türkischer und arabischer Sprache zu haben, ist für die tägliche Praxis eine tolle Möglichkeit, um mit Patient*innen mit Migrationshintergrund ins Gespräch zu kommen und Missverständnisse zu verhindern. Wünschenswert wäre es, die Module 3 bis 5 zu Gunsten der beiden ersten Module zu vertiefen und die Arbeitsmaterialien um weitere Sprachen zu erweitern (zum Beispiel Dari, Russisch oder Polnisch). Bei den Störungsbildern fehlen mir noch die Essstörungen und die somatoformen Störungen.

Aktuelle Rezensionsangebote

Unsere Rezensionsangebote finden Sie im Internet unter www.dptv.de (bit.ly/2N4ky8J).

Tobias Teismann, Jürgen Margraf

Exposition und Konfrontation

Reihe: Standards der Psychotherapie, Band 3
2018, Hogrefe
133 Seiten
ISBN 9783801728250 (Print)
24,95 €
ISBN 9783840928253 (eBook)
21,99 €

Rezensiert von
Dr. Alessandro Cavicchioli

Das Buch ist wie folgt aufgebaut: Beschreibung der Methode (11 Seiten), Theorie (7 Seiten), Diagnostik und Indikation (8 Seiten), Behandlung (75 Seiten), neuere Entwicklung (4 Seiten) und Effektivität und empirische Evidenz (6 Seiten). Insgesamt in einem kompakten Format.
Im Kapitel Beschreibung der Methode wird sehr kurz und prägnant beschrieben, was hinter den oft missverständlich interpretierten Bezeichnungen Exposition und Konfrontation steht und dabei gezielt Anwendungsbereiche empfohlen. Im Theorieteil werden behandlungsrelevante theoretische Konzepte so knapp wie möglich aufgeführt. Prägnant informieren die Autoren über die dahinterliegenden Mechanismen wie zum Beispiel Habituation, Gegenkonditionierung und so weiter. Diagnostik und Indikation durften nicht fehlen und werden behandlungsbezogen ausgerichtet. Der Behandlungsteil, das umfangreichste Kapitel, beginnt mit einer Vertiefung in die Technik der Exposition in vivo mit vielen praktischen Hinweisen, darunter Erstellung einer Angsthierarchie, Gestaltung der Konfrontation und die Durchführung im Detail. Das Ganze mit vielen praktischen Details, aufgeteilt zum Beispiel in Störungsbilder, spezielle Situationen und Patientengruppen (Erwachsene, Kinder). Diese Systematik wird dann bei der interozeptiven Konfrontation, Exposition in sensu und Cue-Exposure dort beibehalten, wo es sinnvoll ist und mit spezifischen Elementen ergänzt, wo es notwendig ist.
Die Vorstellung neuerer Entwicklungen, wie die Exposition in virtueller Realität oder Enhancement-Strategien wird mit der notwendigen Kritik begleitet. Über die Themen Effektivität und empirische Evidenz wird sehr kurz, aber ausreichend akkurat berichtet.

Dass dieses Buch notwendig ist, wird im Vorwort schlüssig begründet. Diese wirkungsvollen Techniken werden zu selten in der Praxis angewendet. Offensichtlich besteht viel Unklarheit, wie diese Techniken genau angewendet werden sollten, welche echten Kontraindikationen bestehen und wie effektiv sie sind.
Insgesamt scheint die Reihe Standards der Psychotherapie verstanden zu haben, dass die Praktiker*innen keine dicken Handbücher mit ausufernder Theorie lesen möchten. Dieses Buch ist für die praktische psychotherapeutische Arbeit nicht nur als Verhaltenstherapeut*in ein wahrer Schatz. Die Autoren scheinen gut die Balance zwischen Theorie und Praxis aus meiner Sicht zu beherrschen. Es war mir als Praktiker, der intensiv mit Konfrontationsbehandlungen arbeitet, nie langweilig beim Lesen. Einige Überraschungen haben für neue Anregungen gesorgt, für die ich gern den Preis des Buches zahle.

Carmen Bender, Barbara Berner, Dieter Best, Julian Dilling, Christa Schaff, Thomas Uhlemann

Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung

2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 2018, medhochzwei
250 Seiten
ISBN 9783862164707 (Print)
ISBN 9783862164714 (eBook)
49,99 €

Rezensiert von Daniela Kraus

Das vorliegende Praxishandbuch zur Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) und Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) stellt in der zweite Auflage von Juni 2018 das aktuellste Nachschlagewerk dar. Es beinhaltet sämtliche neu geltenden Regelungen für Psychologische und Ärztliche Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie für Mitarbeiter*innen der gesetzlichen Krankenkassen. Die Autor*innen sind als Vertreter des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Vereinigung ausgewiesene Expert*innen und haben an der Reform sowie den Änderungen mitgewirkt.
Im ersten Teil werden die psychotherapeutischen Versorgungsangebote expliziert, unter anderem zur telefonischen persönlichen Erreichbarkeit, psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung, Probatorik und Richtlinien-

therapie. Es wird weiterhin auf die Änderungen zur Rezidivprophylaxe, zur Gruppentherapie und zur Einbeziehung des sozialen Umfelds eingegangen. Im zweiten Teil geschieht dies analog für die Leistungen bei Kindern und Jugendlichen. Inhaltlich werden dabei jeweils die wichtigsten Neuerungen am Anfang jedes Kapitels aufgeführt und mit den genauen Gesetzestexten der PT-RL und PT-V ergänzt und diskutiert. Durch die fachliche Einbettung mit hilfreichen Kommentaren gelingt es, das formale Vorgehen praxisnah zu verstehen. Konkrete Beispiele mit unterschiedlichen Antragsstellungen greifen Fragestellungen auf: Was passiert, wenn die Akutbehandlung mit einer ungeraden Anzahl von Sitzungen beendet wird hinsichtlich der Anrechnung der Therapieeinheiten im Verlauf? Kann die Probatorik auch nach der Antragsstellung abgerechnet werden? Was geschieht im Falle eines Therapeutenwechsels? Wodurch definiert sich ein Krankheitsfall? Wie kann man selbst den Strukturzuschlag berechnen? Beide Kapitel machen in etwa die Hälfte des Praxishandbuchs aus und legen eine stabile Wissensgrundlage zur neuen PT-RL und PT-V.

Im dritten Teil werden die formalen Voraussetzungen zur Durchführung einer Psychotherapie zusammengefasst: Neuerungen sowie Unverändertes im Anzeige- sowie Antrags- und Genehmigungsverfahren, der Bericht an den Gutachter und Angaben für die Krankenkassen und die Abrechnung. Auch hier in Form von praxisnahen Kommentierungen, zeitlichen Ablaufschemata und Verweisen auf Gesetzestexte.

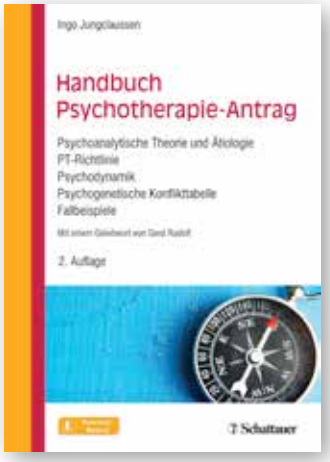
Der vierte Teil stellt eine knappe und doch überaus wertvolle Zusammenschau an Definitionen und rechtlichen Fragen zur ambulanten Psychotherapie dar. Erweitert wird dies durch Bezüge auf das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz mit der Verordnungsmöglichkeit von Krankenhausbehandlung, medizinischer Rehabilitation, Soziotherapie und Krankentransporten.

Das Praxishandbuch schließt mit einem fünften Teil zur Psychosomatischen Grundversorgung sowie einem sechsten Teil mit Zahlen zur Psychotherapie ab. Im Anhang finden sich sämtliche Formblätter und dazugehörige Ausfüllhilfen, ein Abdruck der PT-RL und der PT-V sowie ein Überblick über die Kontingentschritte nach Verfahren und Patient*innengruppen.

Fazit: Insgesamt wird das Buch dem Anspruch vollauf gerecht, fundierte Handlungsanweisungen für die Praxis zu geben. Es kann sowohl als Basiswerk zum Verständnis der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung als auch zur Klärung von Detailfragen und Spezifika der aktuellen Sozial- und leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen gelesen werden. Sehr gelungen ist die Integration der Gesetzestexte in die jeweiligen Unterkapitel, das Praxishandbuch liest sich dadurch flüssig und verständlich und verschafft insbesondere durch die Kommentierung und zahlreichen Fallbeispiele eine erleichterte Elaboration der neuen Regelungen.

Aktuelle Rezensionsangebote

Unsere Rezensionsangebote finden Sie im Internet unter www.dptv.de (bit.ly/2N4ky8J).



Ingo Jungclaussen
Handbuch Psychotherapie-Antrag
2., aktualisierte und erweiterte Auflage 2018, Schattauer
553 Seiten
ISBN 9783608430738
69,99 €

Rezensiert von Egbert Jacoby

Egal, ob man schon etliche Berichte an den Gutachter geschrieben hat oder dies zum ersten Mal geschieht, es ist immer wieder eine Herausforderung, die zahlreichen, schwer zu überschauenden Theorien, die der tiefenpsychologischen beziehungsweise analytischen Psychotherapie zugrunde liegen, auf die Darstellung eines konkreten Falls herunterzubrechen, sodass die Person des einzelnen Patienten dabei auch anschaulich wird.

Das nun in der aktualisierten und stark erweiterten zweiten Auflage vorliegende Handbuch, in dem auch die Psychotherapiereform und der neueste Stand der Psychotherapie-Richtlinien berücksichtigt werden, gibt hier eine umfassende Navigationshilfe. Dabei braucht man sich nicht vom Umfang (über 500 großformatige Seiten) und vom Gewicht des Buches (1,8 kg schwer) abschrecken zu lassen. Das Buch ist übersichtlich gegliedert, und da es ein Handbuch ist, können die Leser*innen sich entsprechend ihrer Fragestellung aktuell benötigte Kapitel einzeln vornehmen. Es wird deutlich, dass der Autor ein leiden-

schaftlicher Didaktiker ist, der die Erfahrung zahlreicher Seminare zu dem Thema einfließen lässt und ihm die Verständlichkeit und Anregung zur Reflexion am Herzen liegen.

Inhaltlich besonders hervorzuheben ist der Sieben-Schritte-Leitfaden zur Darstellung der Konfliktdynamik, der nun ergänzt wird mit analogen Leitfäden zur Struktur- und Traumaätiologie. Diese Leitfäden sind mit anschaulichen Schaubildern verbunden und ein ausgezeichneter Kompass zum Formulieren der Psychodynamik.

Um die in den Antrag an den Gutachter verwendbaren theoretischen Hintergründe gleich mitzuliefern, werden in einem weiteren Kapitel die Triebtheorie, die Ich-Psychologie, die Objektbeziehungstheorien und die Selbstpsychologie als wesentliche theoretische Säulen fundiert im Überblick dargestellt.

Die „psychogenetische Konflikttabelle" bildet einen weiteren Schwerpunkt des Handbuchs. In ihr werden 15 Konflikte beschrieben, die sich an einem modernen Verständnis der analytischen Phasenlehre orientieren. Die einzelnen Konflikte, durch passende Cartoons anschaulich gemacht, werden detailliert dargestellt mit entsprechenden Hinweisen auf die frühe Biografie, auf Abwehrmechanismen, auf mögliche aktuelle Auslöser und Symptome und schließlich auf passende Therapieziele. Wiewohl die Konflikttabelle als wertvolle Heuristik gut nutzbar ist, erscheint sie mir doch persönlich etwas überdifferenziert. Jungclaussen kontrastiert seine psychogenetischen Konflikte mit den wesentlich überschaubareren sieben OPD-Konflikten, die phänomenologisch, ohne expliziten Phasenhintergrund konzipiert sind. Beide Ansätze sieht er als Ergänzung und formuliert hieraus ein eigenständiges Modell komplementärer psychodynamischer Konfliktdiagnostik.

Schließlich fehlt es in dem Buch nicht an praktischen Ratschlägen, an Formulierungsbeispielen, an Hinweisen auf die Kriterien der Gutachter und der Psychotherapie-Richtlinien. Auf typische Fallstricke und Stolpersteine wird aufmerksam gemacht. Nicht zu vergessen sind zahlreiche Verweise auf Online-Material, das der Autor zur Verfügung stellt.

Dieses Buch lässt wirklich keine Fragen zum Thema unbeantwortet. Es ist für alle, die sich gründlich mit den Berichten an den Gutachter auseinandersetzen und sich anregen lassen wollen, ein unbedingtes Muss.

Virginia Satir

Kommunikation ist ein riesiger Regenschirm

… der alles umfasst, was unter Menschen vor sich geht

2018, Klett-Cotta
136 Seiten
ISBN 9783608892314
18,00 €
ISBN 9783608110869 (ePub)
ISBN 9783608203929 (PDF)
13,99 €

Rezensiert von Marie-Christine Reiswich

Die neue Reihe „kurz und wirksam" von Klett-Cotta stellt in sehr kompakter Form effektive Kurzinterventionen aus verschiedenen Therapierichtungen praxisnah und auch für Patient*innen zugänglich vor. In dem Fall widmet sich das Buch dem Kommunikationsansatz von Virginia Satir. Das Buch startet mit einer kurzen Einführung zur Entwicklung der systemischen Therapie und zum Menschenbild von Virginia Satir: Hier werden ihre Therapieprinzipien wie beispielsweise Echtheit, Kongruenz, Achtsamkeit, Selbstwert, Ressourcen und Wachstumsorientierung kurz und knapp dargestellt. Auch ohne systemischen Background wird der Grundansatz von Satir schnell transparent. In Anlehnung daran stellt der Autor der Einführung, Gerd Müller, seine Art der Integration der Therapieansätze von Satir in seinem praktischen therapeutischen Alltag vor.

Anschließend ist das Buch in drei Kapitel aufgebaut: Kommunikation, Kommunikationsmuster, Kommunikationsspiele. Im ersten Kapitel widmet sich Satir der Kommunikation als solche: das Sprechen und das Zuhören. Hier erläutert sie die einzelnen Komponenten von Kommunikation anhand von kleinen Experimenten, die dazu dienen, die eigene Kommunikation achtsam zu beobachten. Unter anderem widmet sie sich der Stimme, der Körperhaltung, der inneren Bilder, die ich beim Kommunizieren habe, Automatismen, die sich beim Kommunizieren ergeben (zum Beispiel immer „gut" zu antworten, wenn nach dem Befinden gefragt wird) oder der Unklarheit, die einzelne Wörter ausdrücken (zum Beispiel „hör auf damit" – was ist mit damit gemeint?). Im zweiten Kapitel definiert Satir vier Muster der Kommunikation: das Beschwichtigen, das Anklagen, das Rationalisieren, das Ablenken. Dabei unterscheidet sie zwischen verbaler und non-verbaler Kommunikation und erklärt, dass es in diesen Fällen immer zu doppeldeutigen Botschaften komme, zum Beispiel aus Angst

Aktuelle Rezensionsangebote

Unsere Rezensionsangebote finden Sie im Internet unter www.dptv.de (bit.ly/2N4ky8J).

vor Abbruch einer Beziehung oder zum Selbstwertschutz. Dabei werden die vier Positionen vorgestellt, indem Satir auf Worte, Körper, Gedanken und Gefühle eingeht, die damit verbunden sind. Im letzten Kapitel bietet Satir verschiedene Kommunikationsspiele an, um diese Kommunikationsmuster zu erproben beziehungsweise nachzufühlen. Dabei geht es darum, die inneren Erlebnisse wahrzunehmen und diese den Mitspieler*innen rückzumelden und zwischen den einzelnen Positionen zu wechseln und zu merken: „Ich kann wählen". Darüber hinaus geht es darum zu erkennen, welches Muster ist mir eher fremd, welches Muster fühlt sich vertraut an? Diese Techniken eignen sich gut für ein Gruppentherapiesetting, können jedoch auch in der Einzeltherapie mit der Therapeutin oder dem Therapeuten als Mitspieler*in angewandt werden. Alle drei Kapitel werden von den sehr anschaulichen und amüsanten Illustrationen von Satir ausgeschmückt, die für therapeutische Übungen oder Psychoedukation von Nutzen sein können.

Das kurze Buch bietet eine anschauliche Möglichkeit, sich mit dem Kommunikationsansatz von Satir zu beschäftigen und diese in kurzen Interventionen mit Patient*innen zu implementieren. Sowohl für ein klinisches als auch für ein ambulantes Setting von Nutzen, adäquat für Psycholog*innen in der Ausbildung oder für Approbierte, die sich mit systemischen, lösungsorientierten Interventionen überblicksartig beschäftigen möchten.

Brigitte Fellinger
Spielfilme in der Psychotherapie
2018, Ernst Reinhardt Verlag
153 Seiten
ISBN 9783497027941
26,90 €

Rezensiert von Michael Cramer

Einmal hatte ich einen jungen Patienten mit einem schmerzlichen Vaterthema, dem es nicht gelang, an seine Trauer heranzukommen. Irgendwann fragte ich ihn, ob er den Film „Big Fish" kenne und da er verneinte, ob er ihn bis zur nächsten Sitzung streamen wolle. Ohne es zu wissen, hatte ich meine erste filmtherapeutische Intervention vorgenommen. Brigitte Fellinger zeigt in ihrem Buch, dass das auch viel ausgefeilter geht.

Zunächst skizziert die promovierte Historikerin die Geschichte des Films, vor allem in Österreich und Deutschland. Anschließend lenkt sie den Fokus auf wesentliche Elemente des Films wie Farbe, Licht, Ton, Musik, Figuren und analysiert deren Effekte auf Zuschauende. Die medienerfahrene Autorin erklärt, wie es Spielfilmen gelingt, Zuschauende emotional zu involvieren – etwas, das auch in der Psychotherapie zentrale Bedeutung hat. Dann führt sie in die Filmtherapie ein, die sie als schulübergreifend einsetzbare Intervention einordnet. Als Darreichungsformen kommen Gruppen- und Einzelsitzungen, aber auch Hausaufgaben in Frage. Der gezeigte Film richtet sich nach der therapeutischen Zielsetzung wie zum Beispiel Emotionen zulassen, Ressourcen aktivieren, Imaginationen fördern, Figuren als Modell nutzen, die eigene Biografie verstehen, Hoffnung geben, Selbstwert steigern und so weiter. Im therapeutischen Gespräch werden die Inhalte gemeinsam reflektiert und Zusammenhänge zum Leben der Patientin oder des Patienten hergestellt. Es soll „innere Bewegung durch bewegte Bilder" ausgelöst werden. Die humanistisch ausgerichtete Therapeutin beschreibt Aspekte der Beziehungsgestaltung und gibt Hinweise zu (Kontra-) Indikationen. Durch das gesamte Buch hindurch präsentiert sie Spielfilme und zeigt auf, für welche Interventionszwecke diese nutzbar sind. Dabei gibt sie jeweils eine kurze Inhaltsangabe, listet die Themen des Films auf und beschreibt dessen Eignung für verschiedene Zielgruppen, Settings, Diagnosen. Anhand zahlreicher Fallvignetten demonstriert sie ihre therapeutische Arbeit mit Spielfilmen. Mein Patient weinte bei „Big Fish" – wir waren einen Schritt weiter. Das hat mich ermutigt, Filme häufiger in der Therapie einzusetzen.

Dank der Arbeit von Brigitte Fellinger habe ich jetzt nicht nur meine Videothek erweitert, sondern auch einen theoretischen Unterbau und eine hilfreiche Struktur mit neuen Anregungen für den Einsatz von Spielfilmen in meiner Arbeit.

Adressen DPtV

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 235009-0
Bundesgeschäftsführer Carsten Frege

Berufsbezogene Mitgliederberatung
Telefon 030 235009-40
Mo, Fr 10.00 – 13.00 Uhr
Mi 11.00 – 15.00 Uhr
bgst@dptv.de

Fragen rund um die Mitgliedschaft
mitgliederverwaltung@dptv.de

Bundesvorstand
Bundesvorsitzende
Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
barbaralubisch@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 60
48143 Münster
gebhardhentschel@dptv.de

Dr. Enno E. Maaß
Klusforder Straße 3
26409 Wittmund
ennomaass@dptv.de

Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
sabineschaefer@dptv.de

Kerstin Sude
Isestraße 41
20144 Hamburg
kerstinsude@dptv.de

Kooptiertes Bundesvorstandsmitglied
Amelie Thobaben
Friedrich-Ebert-Straße 124
28201 Bremen
ameliethobaben@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung
Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Ilka Heunemann (Stellv. Vorsitzende)

Ansprechpartner/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg
Dr. Alessandro Cavicchioli
Mitarbeiterin: Annika Pfänder
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0791 94016973
gs-bw@dptv.de
Mo 8.30 – 13.30 Uhr
Mi, Do 8.00 – 13.00 Uhr

Bayern
Rudolf Bittner
Innere Münchener Straße 8
84036 Landshut
Telefon 0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

Berlin
Georg Schmitt
Pfarrstraße 123
10317 Berlin
Telefon/Fax 030 55153363
georgschmitt@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Berlin
Mitarbeiter: Sebastian Hüting
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 23500934
Mi 15.00 – 17.00 Uhr
gst-berlin@dptv.de

Brandenburg
Ilka Zänker
Am Frauenberg 1
15907 Lübben
Telefon 0354 68971
ilka.zaenker@t-online.de

Bremen
Amelie Thobaben
Friedrich-Ebert-Straße 124
28201 Bremen
Telefon 0421 4334329
ameliethobaben@dptv.de

Hamburg
Heike Peper
Max-Brauer-Allee 45
22765 Hamburg
Telefon 040 41912821
heikepeper@dptv.de
Do 13.00 – 14.00 Uhr

Hessen
Ilka Heunemann
Mitarbeiterin: Martina Büschel
Badweg 3
65307 Bad Schwalbach
Telefon 06124 7277588
Mo, Mi 9.30 – 12.30 Uhr
Di, Do 8.30 – 11.30 Uhr
Fr 9.30 – 11.30 Uhr
hessen@dptv.de

Mecklenburg-Vorpommern
Karen Franz
Rudolf-Breitscheid-Straße 7
23936 Grevesmühlen
Telefon 03881 79050
karen.franz@dptv-mv.de

Niedersachsen
Felicitas Michaelis
Tannenstraße 12
48488 Emsbüren
Telefon 05903 9359299
felicitasmichaelis@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Niedersachsen
c/o Felicitas Michaelis
Mitarbeiterin: Sarah Soldato
Tannenstraße 12
48488 Emsbüren
Telefon 05903 9355845
Mo, Di, Do 8.30 – 13.00 Uhr
gs-niedersachsen@dptv.de

Nordrhein-Westfalen
Nordrhein
Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
Telefon 02244 874653
a.pichler@praxispichler.de
Di – Fr 12.00 – 12.30 Uhr

Landesgeschäftsstelle Nordrhein
c/o Olaf Wollenberg
Mitarbeiterin: Lucia Reinartz
Oulustraße 12
51375 Leverkusen
Telefon 0214 90982370
Mo 10.00 – 14.00 Uhr
Do 9.00 – 12.00 Uhr
gs-nordrhein@dptv.de

Westfalen-Lippe
Dr. Inez Freund-Braier
Mitarbeiterin: Stephanie Mester
Bahnhofstraße 6
58642 Iserlohn
Telefon 02374 9247414
Mo, Mi 8.15 – 11.15 Uhr
gs-westfalen-lippe@dptv.de

Rheinland-Pfalz
Sabine Maur
Kaiserstraße 38
55116 Mainz
sabine.maur@dptv-rlp.de

Saarland
Kathrin Schlipphak
Narzissenstraße 11
66119 Saarbrücken
Telefon 0681 5847815
kathrinschlipphak@gmx.de

Sachsen
Sven Quilitzsch
Moritzstraße 14
08056 Zwickau
Telefon 0375 2004875
psychotherapie@quivital.de

Landesgeschäftsstelle Sachsen
c/o Sven Quilitzsch
Mitarbeiter: Torsten Löffelmann
Himmelfürststraße 15
08062 Zwickau
Telefon 0375 2004877
vorstand@sachsen.dptv.de

Sachsen-Anhalt
Jeannette Erdmann-Lerch
Bahnhofstraße 6
29410 Salzwedel
Telefon 03901 3064050
j.erdmann-lerchpsypraxis@freenet.de

Schleswig-Holstein
Heiko Borchers
Vinetaplatz 5
24143 Kiel
Telefon 0431 731760
heiko.borchers@dptv.de

Thüringen
Dagmar Petereit
Radegundenstraße 9
99084 Erfurt
Telefon 0361 2626888
info@praxis-petereit.de

Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell" hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Mittelpunkt zu stellen. Sie widmet sich regelmäßig aktuellen gesundheitspolitischen und juristischen Themen und gibt praktische Hilfestellung für den Praxisalltag. Sie ist Verbandszeitschrift der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) e.V.
Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell" erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Verlag und Herausgeber
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 2350090 · Fax 030 23500944
E-Mail bgst@dptv.de · Internet www.dptv.de

Verantwortliche Schriftleitung
Sabine Schäfer (v.i.S.d.P.)
Tobelwasenweg 10 · 73235 Weilheim/Teck
Telefon 07023 749147 · Fax 07023 749146
E-Mail sabineschaefer@dptv.de

Kontaktanschrift der Redaktion
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Jeannine Nickolai
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 23500973
E-Mail psychotherapieaktuell@dptv.de

Anzeigen
medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Str. 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Alina Machka · Telefon 06221 91496-17
Fax 06221 91496-20

Redaktionsbeirat
Sabine Schäfer, Carsten Frege,
Dr. Enno E. Maaß, Mechthild Lahme,
Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie die Darstellung der Ideen sind urheberrechtlich geschützt. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne schriftliche Einwilligung des Verlages unzulässig.
Nachdruck, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlages. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Bildnachweis
Debora Ruppert (S. 11–16), AdobeStock, privat

Hinweise für Autoren
Ein Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung ist über die Kontaktanschrift der Redaktion erhältlich.

Layout/Satz
schnugmedia+))
visuelle kommunikation · Oberhausen
www.schnugmedia.de

Druck
Brandenburgische Universitätsdruckerei
und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH
Karl-Liebknecht-Straße 24/25
14476 Potsdam (OT Golm)

ISSN 1869-0335

Stellenangebote

SicherstellungsassistentIn
in Weißenburg/Bay. gesucht.
Std. nach Vereinb.,
Bez. in Anlehn. TVÖD.

kontakt@praxis-faussner.de
Telefon 09141 9972446

Haben Sie Lust, in unserem sympathischen kompetenten Team mitzuarbeiten?
In Baden-Württemberg, Landkreis Esslingen, suchen wir im Laufe dieses Jahres für unser Team eine/n KJP oder PP zur Festanstellung.

Weitere Informationen finden Sie hier: www.sabineschaefer.com/118.html.

Rufen Sie uns an: 07023 749147
oder schreiben Sie uns eine E-Mail:
sekretariat@praxisschaefer.de

Praxisabgabe

Ich gebe im KV-Bezirk Kreis Offenbach der KV-Hessen eine umsatzstarke halbe Praxis PP (VT) zum 01.07.2019 ab. KV-Zulassung vorhanden. Praxis in Langen. Sehr gute Kontakte zu den umliegenden Arztpraxen.

Chiffre PTA20190204

Ich möchte ab 4/2019 meine Psychotherapie-Praxis (TP, Erwachsene) abgeben. Halbe KV-Zulassung vorhanden. Main-Kinzig-Kreis, Nähe Frankfurt/Main.

Telefon 01522 8048850
Mail: haertel@nice-places.de

Kleinanzeigenpreise 2019

Pro Millimeter: 2,90 €

Mindesthöhe: 20 mm

Aus Altersgründen halbe Praxis abzugeben zum 01.01.2020 (KV-Zulassung seit 1999). Die frei werdenden Räume in der seit 1985 bestehenden psychologisch-psychotherapeutischen Praxengemeinschaft in der Altstadt Aschaffenburg können ab Januar 2020 weiter gemietet werden.

Telefon 06021 299517

Halbe PP Praxis, VT, Einzel- und Gruppe, Erwachsene und Ki/Ju in **Pforzheim** baldmöglichst oder später abzugeben, KV-Zulassung vorhanden.

Kontakt: 0171 9604169 oder
praxis.theilkuhl@t-online.de

Praxisvermietung

Nürnberg Johannis. In unserer Praxisgemeinschaft (5 Praxen, TP, PA, HP) werden ab Januar 2020 zwei schöne, helle Räume frei. Jeweils 30qm groß, Wartebereich, Teeküche, WC und Stauraum zur gemeinsamen Nutzung. Miete monatlich ca. 550,- warm. Die Praxis liegt ruhig, zentrumsnah und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar.

Jörg Stolley-Mohr
praxis.stolley.mohr@t-online.de

Mit Ihrer Anzeige im Stellenmarkt der Psychotherapie Aktuell erreichen Sie rund 14.000 Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.

Liebe DPtV-Mitglieder,

bitte geben Sie Ihre Anzeige über unser Portal www.medhochzweiverlag.de oder direkt unter www.mhz-anzeigen.de ein. Für Aufträge, die nicht über ein Portal gehen, müssen wir 15,00 € Bearbeitungskosten in Rechnung stellen. Kleinanzeigen können wie gewohnt auch im Bundesmitgliederbrief der DPtV erscheinen. Hierzu kontaktieren Sie bitte die DPtV (bgst@dptv.de).

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Verschiedenes

Zuverlässige, kompetente
und qualifizierte
Supervision bei VT-Antragstellung
von Dipl.-Psychologin
Telefon 02234 949170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Diplom-Psychologin
bietet
Supervision bei VT-Antragsberichten
Telefon 02371 9 65 07 20
supervision-vt-berichte@web.de

7. Tagung
Psychotherapie-State-of-the-Art
Thema: Körper-Seele-Mensch
Termin: 14.–15. September 2019
Ort: Münster
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V. – Fort- und Weiterbildung

Anmeldung: www.dgvt-fortbildung.de

Weiterbildung zum anerkannten Systemaufsteller – DGfS

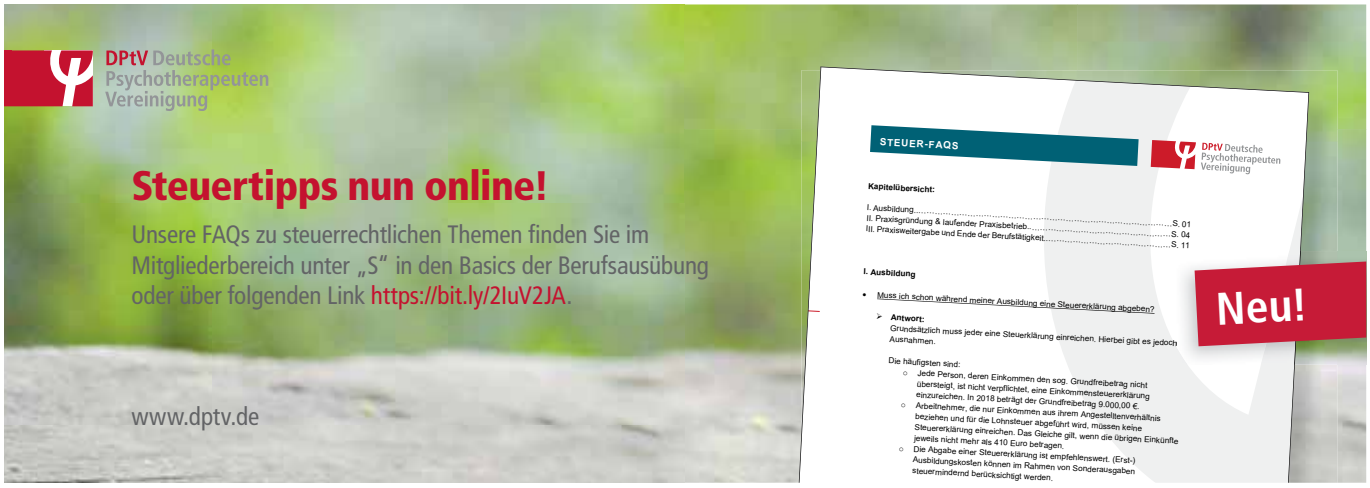
8 x 4 Tg., Beginn Dez. 2019 – Ende Dez. 2021, Fortbildungspunkte sind beantragt.
Weitere Informationen: siehe Webseite Akademie für systemische Aufstellungsarbeit, Bremen

Leitung: Wolf-Dieter Schönbeck, Weiterbildner i. A., DGfS-Psychoanalytiker, Lehrtherapeut & Supervisor

Kontakt: info@wdschoenbeck.de
Telefon 0421 53798888
www.systemischesfamilienstellen.de

Anzeigenschluss für Heft 3.2019:

29. Juli 2019



Heiß geliebt

Geborgenheit und Nähe schenken.
Bitte unterstützen Sie Kinder und Familien in Not mit Ihrer Hilfe. **Danke!**

SOS KINDERDÖRFER WELTWEIT

Tel.: 0800/50 30 300 (gebührenfrei)
IBAN DE22 4306 0967 2222 2000 00
BIC GENO DE M1 GLS

www.sos-kinderdoerfer.de

2016/1

Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg
Sabine Hornig
Telefon 06221 91496-15
Alina Machka
Telefon 06221 91496-17
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Die Mediadaten unserer Zeitschrift finden Sie unter www.psychotherapieaktuell.de.

Für ein individuelles Angebot nehmen Sie gerne Kontakt zu unserer Anzeigenabteilung auf.

Chiffre-Zuschriften richten Sie bitte in einem zweiten verschlossenen Umschlag an:
medhochzwei Verlag
Frau Sabine Hornig
Chiffre PA .....
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

Der sogenannte KV-Sitz ist eine vom regionalen Zulassungsausschuss erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Diese Zulassung ist kein Besitz und kann weder verkauft, noch abgegeben, noch gekauft werden. Alle frei werdenden KV-Sitze werden von den KVen bekannt gemacht. Es wird häufig jenem Bewerber die Abrechnungsgenehmigung erteilt, der eine Absprache hat mit demjenigen, der den Sitz aufgibt, d. h. zurückgibt. Das muss aber nicht sein und es gibt keinen Rechtsanspruch.

Bitte verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:

- Praxis zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden
- Praxisanteil zu verkaufen, KV-Teilzulassung vorhanden
- Praxis zu kaufen gesucht, KV-Zulassung erwünscht
- Praxisanteil zu kaufen gesucht, KV-Teilzulassung erwünscht.

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen. Wir erlauben uns, Ihre Anzeige ohne Rücksprache entsprechend anzupassen. Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheimgestellt.

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Inserentenverzeichnis

Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin .....Seite 37
Ergosoft GmbH, Mannheim .....Seite 33
Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen .....Seite 17
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth .....Seite 29
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster .....Seite 7
Rems-Murr-Kliniken gGmbH, Winnenden .....Seite 21

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:
DPtV CAMPUS

Die nächste Ausgabe von Psychotherapie Aktuell erscheint am 30. August 2019.

Psychotherapie Aktuell wird klimaneutral gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier.

klimaneutral gedruckt
www.klima-druck.de
ID-Nr. 1976609
bvdm.

FSC www.fsc.org
MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C081629

Save the Children

SYRIEN: KINDER BRAUCHEN IHRE HILFE

© Save the Children

BITTE SPENDEN SIE JETZT.

Viele Kinder in Syrien ertragen täglich unfassbares Leid: Sie sind auf der Flucht, traumatisiert und oft voller Angst. Syrische Kinder brauchen unsere Hilfe mehr denn je. Bitte spenden Sie jetzt.

Online
www.savethechildren.de/syrien

Überweisung
Stichwort: Kindheit Syrien
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE92 1002 0500 0003 2929 12
BIC: BFSW DE 33 BER

90 € kostet es z.B. eine Familie mit Plastikmatten, -planen, Teppichen und Seilen auszustatten.

DZI Spenden-Siegel

www.savethechildren.de

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

QM-Praxishandbuch

Das Handbuch der professionellen Praxisführung

Auf Basis des QEP® 2010 (QM-System der KBV) und der QM-Richtlinie 2016, aktualisiert um die Psychotherapie-Richtlinie 2017 und das TSVG 2019, finden sich im QM-Praxishandbuch individualisierbare Praxis- und QM-Formulare sowie Informationen und Musterablaufbeschreibungen aller Prozesse in einer psychotherapeutischen Einzelpraxis.

Themen: Patientenversorgung, Patientenrechte und -sicherheit, Fortbildung, Praxisführung, Patientenbefragungen, Notfall- und Fehlermanagement

Das QM-Praxishandbuch ist ein Leitfaden für

- **einfaches und effizientes Qualitätsmanagement**
- **Weiterentwicklung und Reflexion der Praxisführung**
- **die Anwendung des Berufs- oder Sozialrechts**
- **die Praxisorganisation bei einer Praxisgründung**

Neu! Aktualisierte Ausgabe 2019

Hardcover-Ringordner mit Register und USB-Stick
60 Euro für DPtV-Mitglieder, 120 Euro für Nichtmitglieder,
inklusive Versand, Bestellung über www.dptv.de
oder per Mail an bgst@dptv.de