



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

13. Jahrgang | Ausgabe 2.2021



DPTV-Umfrage: Patientenfragen
während der Corona-Pandemie

Sexualität im Kontext
von Krebserkrankungen

Psychotherapie mit vulnerablen
alten Patient*innen



PSYCHOTHERAPIE UND SEXUALITÄT: EIN UPDATE

ONLINE

SYM

POS

IUM

2021

Vorträge und Diskussion

Die sexuelle Entwicklung und die Entwicklung der Geschlechtsidentität sind zentrale Aspekte des menschlichen Lebens und damit immer auch wieder Thema in der Psychotherapie.

In den letzten fünfzig Jahren ist ein gesellschaftlicher Wertewandel mit einhergehender Entkriminalisierung und Entpathologisierung von Varianten des Sexuellen vorangeschritten. Beispielsweise wurde die männliche Homosexualität (§ 175) 1969 aus dem Strafgesetzbuch gestrichen, die Herausnahme aus der ICD durch die Weltgesundheitsorganisation erfolgte aber erst 1990.

Dieser Wertewandel im Bereich der Sexualität beinhaltet auch eine Neubestimmung der Grenzen der Behandlungsbedürftigkeit und des Behandlungsbedarfs dieser Themen in der Psychotherapie.

Wir wollen auf unserem Symposium zwei ganz unterschiedliche Aspekte des Themas Sexualität in der Psychotherapie betrachten.

1. Die Frage der Geschlechtsidentität kann in der psychotherapeutischen Praxis bei Menschen, die sich im falschen Körper fühlen, auftauchen. Wie können wir mit damit auftauchenden Themen und Fragestellungen umgehen?

2. Wenn virtuelle Leidenschaft Leiden schafft: Pornokonsum im Internet kann pathologische Ausmaße annehmen. Wie kann dieses Problem aus psychotherapeutischer Sicht angegangen werden?

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und auf ein spannendes Symposium 2021.

Weitere Informationen auf www.dptv.de

Anmeldung

Die Teilnahme an dieser Online-Veranstaltung ist kostenfrei. Eine Anmeldung ist bis einschließlich Montag, den 14. Juni 2021 über www.dptv.de/symposium möglich. Sie finden hier auch alle weiteren Hinweise zur Teilnahme.

Zertifizierung

Für die Teilnahme an dieser Veranstaltung erhalten Sie 6 Fortbildungspunkte.

Preisverleihung

In diesem Jahr wird erstmalig der **DPTV-Master-Forschungspreis** verliehen.

**16. JUNI 2021
14.30-19.30 UHR**

Wen wählen Sie am 26. September 2021?



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch wenn es bei dieser Bundestagswahl keine Wahlveranstaltungen gibt, in denen Sie Ihren möglichen Kandidaten oder Ihre Kandidatin im direkten Gespräch auf Herz und Nieren prüfen können – die Wahlen finden statt und Ihre Stimme bestimmt die neue Regierung mit. Auch für die Psychotherapie könnte die Politik wichtige Entscheidungen treffen. Prüfen Sie die Wahlprogramme der politischen Parteien (zum Beispiel hier: www.bundestagswahl-2021.de/wahlprogramme) auf Aussagen zu den Belangen unserer Patient*innen. Suchen Sie – auch in diesen Zeiten der Pandemie – Wege, mit Ihrer potenziellen Kandidatin oder Ihrem potenziellen Kandidaten Kontakt aufzunehmen. Stellen Sie die Fragen, die unseren Berufsstand und unseren Patient*innen derzeit zu schaffen machen. Machen Sie auf die Probleme unserer Patient*innen aufmerksam!

Hier einige für unsere Patient*innen und unsere Profession kritischen Punkte, zu denen Sie Politiker*innen befragen können:

- Psychische Erkrankungen verursachen gesamtwirtschaftlich einen hohen Schaden. Die Krankentage aufgrund psychischer Erkrankungen steigen exponentiell, die Ausgaben der Krankenkassen dagegen nur unbedeutend!
- Datenschutz, Datensicherheit und informationelle Selbstbestimmung bei digitalen Anwendungen, bei der elektronischen Patientenakte und Digitalen Gesundheitsanwendungen sind ein unabdingbares Muss!
- Am realen Bedarf orientierte Behandlungskapazitäten in der stationären und ambulanten Versorgung müssen geschaffen werden!

- Psychische Aspekte in der Prävention – insbesondere in Betrieben – müssen stärker berücksichtigt werden!
- Gesundheitsuntersuchungen und Präventionsempfehlungen müssen auch für psychische Erkrankungen entwickelt und fest in der Bevölkerung und in den Institutionen etabliert werden!
- Psychotherapeut*innen müssen stärker an den Regelungen zu Reha und Teilhabe eingebunden werden.
- Psychotherapeut*innen brauchen sozialrechtliche Befugnisse für Krankschreibungen!
- Für bessere Kooperationsstrukturen muss eine Überweisungsberechtigung an Haus- und Fachärzte verankert werden!
- Qualitätssicherung muss sich am Nutzen für die Patientenversorgung orientieren und darf nicht mit überbordender Bürokratie kostbare Behandlungszeit der Versorgung stehlen! Öffentliches Benchmarking von Praxen und Sanktionen für vom Durchschnitt abweichende Praxen führen zu einer Patientenselektion! Dagegen haben sich kooperative, einrichtungsinterne und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen wie Intervention, Supervision, Qualitätszirkel und Fallkonferenzen bewährt und sollten gefördert werden!
- Eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Arbeit muss bei der Versorgung gesetzlich und privat Versicherter abgesichert werden!
- Die Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeut*innen muss sichergestellt werden, unter anderem durch ausreichende Aus- und Weiterbildungsplätze und eine explizite finanzielle Förderung von Weiterbildungsstellen!

Natürlich freuen wir uns auch sehr, Sie bei unserem Online-Symposium „Psychotherapie und Sexualität: ein Update“ begrüßen zu können!

Blieben Sie gesund!

Für den Bundesvorstand der DPtV

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV

Berufsunfähigkeit Das unterschätzte Risiko

Das Coronavirus hat uns bewusst gemacht, wie verletzlich wir sind. Für viele ist das Anlass, über die Bedeutung einer Berufsunfähigkeitsversicherung nachzudenken.

Warum brauche ich eine BU?

Die private Berufsunfähigkeitsversicherung sichert Ihnen Ihre Existenz, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen zu mindestens 50 % nicht mehr in der Lage sind, Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit nachzugehen. Dadurch unterscheidet sie sich deutlich von der Leistung der Versorgungswerke, bei der eine vollständige Berufsunfähigkeit vorliegen muss, um einen Anspruch auf eine BU-Rente zu haben.

Es gibt nur wenige Versicherungsverträge, die wirklich wichtig sind. Die BU zählt eindeutig dazu.

BU mit Sonderkonditionen

Als Wirtschaftsdienst der DPtV haben wir Rahmenverträge mit namhaften BU-Versicherern geschlossen. Sie erhalten Versicherungsschutz zu vergünstigten Konditionen bei verbesserten Bedingungen.

Jetzt Beratungstermin vereinbaren

Weitere Infos:
www.pluswert.de/beratung



Exklusive Vorteile für DPtV-Mitglieder

Sonderkonditionen in Gruppen- und Rahmenverträgen, z. B. bei der Berufshaftpflicht-, Krankentagegeld-, Berufsunfähigkeits- oder Rechtsschutzversicherung

Altersvorsorge in Ergänzung zum Versorgungswerk nach ethischen, sozialen und ökologischen Kriterien

Einfach ehrlich: ausführliche, persönliche und kompetente Beratung, ohne Zwang und Aufdringlichkeit

Webinare 2021

Nur noch begrenzte Plätze verfügbar!

Mi, 16.06. von 15 bis 16 Uhr

Absicherung und Vorsorge für Psychotherapeuten in Ausbildung

Mi, 16.06. von 17 bis 18 Uhr

Absicherung und Vorsorge für Existenzgründer

Do, 17.06. von 18 bis 20 Uhr

Rechtsfragen und Rechtsschutz für Psychotherapeuten

Mi, 15.09. von 18 bis 20 Uhr

Arbeits- und Berufsunfähigkeit als Psychotherapeut richtig absichern

Do, 16.09. von 15 bis 16 Uhr

Absicherung und Vorsorge für Existenzgründer

WIRTSCHAFTSDIENST DER



DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

rt+ pluswert

Jetzt anmelden

Weitere Termine und Infos:
www.pluswert.de/webinare





30

6 „Die Patientenfragen in den psychotherapeutischen Praxen sind im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um etwa 40 % gestiegen.“



14

GESUNDHEITSPOLITIK

- 6 Patientenfragen während der Corona-Pandemie
- 14 Familien in der Corona-Pandemie: Wie hoch ist die Belastung durch „Homeschooling“?
- 20 Psychiatrische häusliche Krankenpflege
- 24 Resolution Klima- und Umweltschutz
- 25 Das Uni-Projekt der DPtV

AUS DER PSYCHOTHERAPIE

- 30 Sexualität im Kontext von Krebserkrankungen
- 34 Körperdysmorphie Störung (KDS)
- 38 Psychotherapie mit vulnerablen alten Patient*innen
- 43 Menschliche Aggressions- und Tötungsbereitschaft

AUS DER PRAXIS

- 50 Methoden für die Traumabehandlung bei Kindern und Jugendlichen
- 55 Umgang mit Aggression und Gewalt in der Praxis

NEWS

- 58 Kurz gemeldet ...
- 58 „Corona wird die Psyche noch länger beschäftigen“

REZENSIONEN

- 59 Seelensang – Geschichten vom Leben und Sterben
- 60 ACT in der Psychoonkologie
- 61 Sexuelle Probleme bei Kindern und Jugendlichen
- 62 Schwierige Situationen in Therapie und Beratung
- 63 Selbstverletzung
- 64 Lehrbuch der Psychotraumatologie

- 65 Kleinanzeigen
- 66 Impressum
- 67 Adressen DPtV

43





Cornelia Rabe-Menssen

Patientenanfragen während der Corona-Pandemie

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) hat vom 22.1.–7.2.2021 ihre Mitglieder (Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen) in einer Blitzumfrage zu Patientenanfragen in ihrer psychotherapeutischen Praxis während der Corona-Pandemie befragt. Von 11.755 per Mail angeschriebenen Mitgliedern haben 4.693 in der ambulanten Versorgung tätige Psychotherapeut*innen geantwortet.

Von den Teilnehmer*innen sind 83 % Psychologische Psychotherapeut*innen, 17 % Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. 82 % sind vorwiegend vertragspsychotherapeutisch (also mit „Kassensitz“) tätig. Etwas mehr als die Hälfte ist in einer Großstadt (über 100.000 Einwohner) tätig (siehe Abbildung 1).

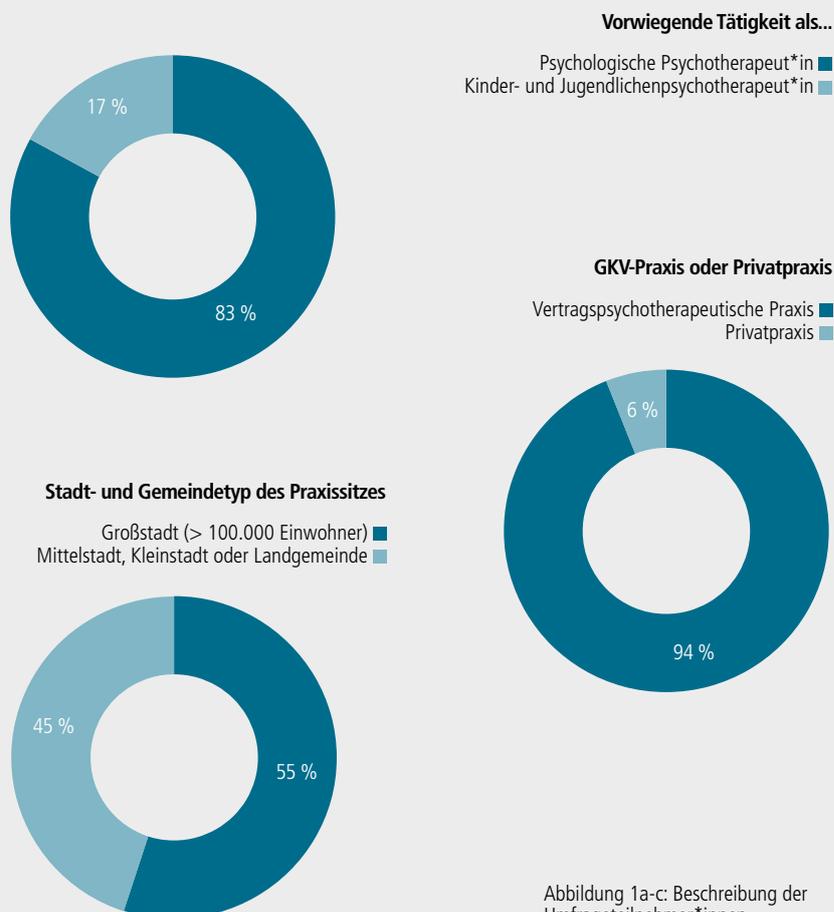


Abbildung 1a-c: Beschreibung der Umfrageteilnehmer*innen

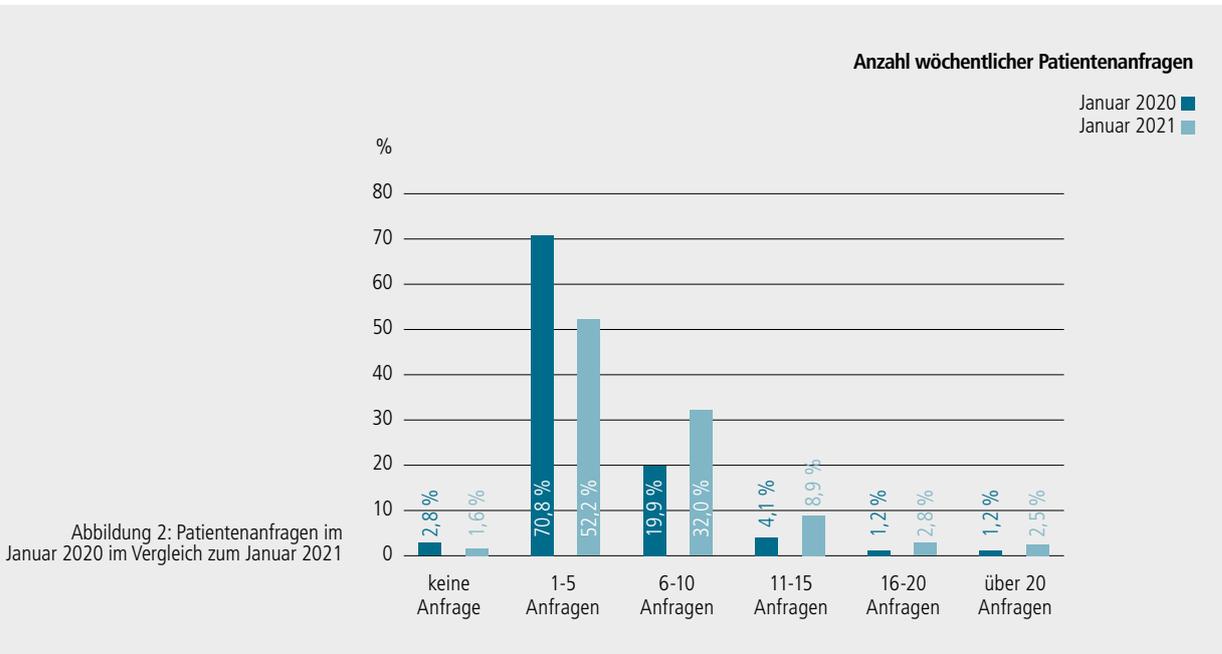
Die hohe Rücklaufquote von 40 % zeigt, wie stark sich die Psychotherapeut*innen aktuell von dem Thema der Patientennachfrage angesprochen fühlen. Die Ergebnisse belegen einen hohen Zuwachs des Bedarfs an psychotherapeutischer Versorgung in der aktuellen Pandemie-Situation im Vergleich zum Vorjahreszeitraum.

Es werden zunächst die Ergebnisse für die Gesamtgruppe aller befragten Psychotherapeut*innen dargestellt (N=4.693). Anschließend werden Besonderheiten in der Untergruppe der Psychotherapeut*innen in Privatpraxen sowie regionale Unterschiede aufgeführt.

Die Patientenanfragen in den psychotherapeutischen Praxen sind im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um etwa 40 % gestiegen.

In den psychotherapeutischen Praxen der Umfrageteilnehmer*innen werden aktuell im Mittel 6,9 Anfragen pro Woche gestellt, im Vergleichszeitraum im Januar des Vorjahres 2020 waren es 4,9. Dies entspricht einer Zunahme um 40,8 %. Es zeigt sich hier ein deutlich gesteigener Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung.

Eine differenziertere Betrachtung der Anzahl von Patientenanfragen in den psychotherapeutischen Praxen zeigt, dass sich die Anteile an Psychotherapeut*innen, die wöchentlich mehr als zehn Anfragen erhalten, verdoppelt haben. Gleichzeitig berichten aktuell fast 20 % weniger Psychotherapeut*innen als vor der Pandemie von „nur“ 1-5 wöchentlichen Anfragen (siehe Abbildung 2).



Diese Daten basieren auf den Antworten von denjenigen 3.165 Umfrageteilnehmer*innen, die in ihrer Praxis alle Patientenanfragen konkret erfassen und damit die wöchentlichen Anfragen in den erfragten Zeiträumen auszählen konnten. Diese machen zwei Drittel der Gesamtstichprobe der Teilnehmer*innen aus. Das restliche Drittel gibt an, Patientenanfragen nicht schriftlich festzuhalten.

Psychotherapeut*innen ohne schriftliche Dokumentation von Patientenanfragen berichten ebenfalls mehrheitlich von einer deutlichen Zunahme an Anfragen, im Mittel um circa 30 %.

Auch die Psychotherapeut*innen, die Patientenanfragen nicht schriftlich dokumentieren (N=1.527), wurden nach ihrer Einschätzung bezüglich einer Veränderung im Patientenaufkommen gefragt. Über die Hälfte berichtet, dass es aktuell mehr Anfragen als im Januar 2020 gibt. Knapp 30 % geben die Einschätzung ab, dass sich die Zahl der Anfragen nicht wesentlich verändert hat, und 5 % erleben aktuell weniger Anfragen als vor der Pandemie. Im Mittel schätzen die Psychotherapeut*innen, die eine Zunahme von Anfragen berichten, dass es aktuell circa 32 % mehr Patientenanfragen gibt als im Vorjahreszeitraum. Am häufigsten wird eine Zunahme der Patientenanfragen zwischen 16 und 25 % angegeben (siehe Abbildung 3).

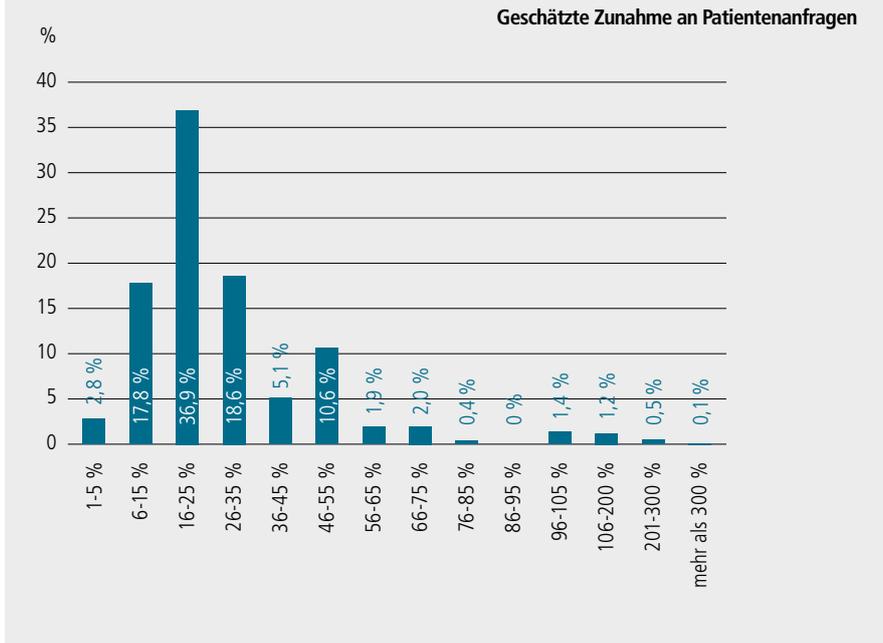


Abbildung 3: Von Psychotherapeut*innen ohne schriftliche Dokumentation der Anfragen geschätzte Zunahme

Da sich zwischen den Psychotherapeut*innen mit und ohne schriftliche Erfassung von Patientenfragen in allen anderen untersuchten Parametern keine weiteren relevanten Unterschiede zeigen, werden diese beiden Gruppen in den folgenden Auswertungen nicht mehr differenziert.

Über die Hälfte der befragten Psychotherapeut*innen erlebt die Anzahl der Patientenfragen als „etwas belastend“, weitere 20% sogar als „sehr belastend“ (siehe Abbildung 4). Nur 19% aller Befragten fühlen sich nicht durch die hohe Zahl der Patientenfragen belastet.

3/4 der Psychotherapeut*innen empfinden die hohe Zahl der Patientenfragen als belastend.

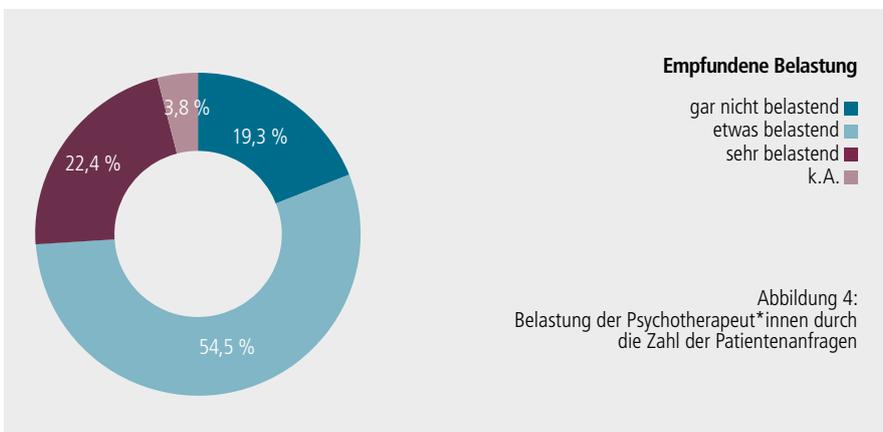


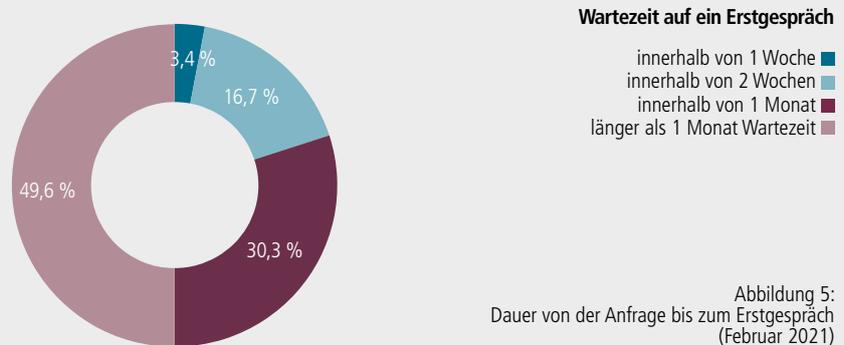
Abbildung 4: Belastung der Psychotherapeut*innen durch die Zahl der Patientenfragen

Von den im Durchschnitt 6,9 wöchentlich in einer psychotherapeutischen Praxis anfragenden Patient*innen können im Mittel 1,8 Patient*innen einen Termin für ein erstes Gespräch in der Praxis erhalten (in Einzelpraxen 1,8 Patient*innen und in gemeinschaftlichen Praxisformen 1,9 Patient*innen). Dies bedeutet, dass nur ein Viertel der anfragenden Patient*innen in dieser Praxis ein Erstgespräch erhält; drei Viertel der Patient*innen bleiben erfolglos. Hierbei ist folgendes zu berücksichtigen: Zwar sollte die Psychotherapeutische Sprechstunde, in der ein erstes Gespräch durchgeführt wird, unabhängig von der Frage stattfinden, ob der/die Psychotherapeut*in danach auch einen Behandlungsplatz zur Verfügung stellen kann. Jedoch ist es sowohl auf Seiten der Psychotherapeut*innen als auch auf Seite der Patient*innen häufig in der Praxis so, dass Erstgespräche nur dann durchgeführt beziehungsweise gewünscht werden, wenn dem/der Patient*in danach auch ein Behandlungsplatz in dieser Praxis angeboten werden kann. Andernfalls bemühen sich Patient*innen weiter und fragen andere psychotherapeutische Praxen an.

Jede/r vierte aktuell anfragende Patient*in erhält einen Termin für ein erstes Gespräch.

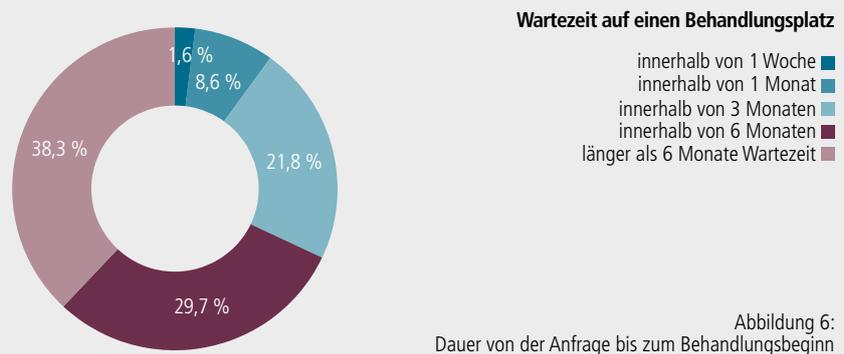
Die Hälfte der anfragenden Patient*innen wartet länger als einen Monat auf ein Erstgespräch.

Patient*innen, die ein Erstgespräch wahrnehmen, erhalten dieses mit unterschiedlicher Wartezeit. 20 % der Patient*innen erhalten innerhalb von zwei Wochen einen Termin für das Erstgespräch, die Hälfte der Patient*innen muss mehr als einen Monat darauf warten (siehe Abb. 5).



10 % der anfragenden Patient*innen erhalten innerhalb von einem Monat einen Behandlungsplatz.

Die Durchführung eines Erstgesprächs in einer psychotherapeutischen Praxis bedeutet noch nicht, dass sofort im Anschluss auch eine psychotherapeutische Behandlung beginnen kann. 10 % der Patient*innen erhalten einen Behandlungsplatz aktuell zwar innerhalb von einem Monat, aber fast 30 % erst innerhalb eines halben Jahres, und 38 % müssen sogar länger als 6 Monate warten (siehe Abbildung 6).



Vergleich von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen

Von den teilnehmenden Psychotherapeut*innen gaben 3.449 (83,4 %) an, nur Erwachsene zu behandeln. 685 (16,6 %) behandelten nur Kinder und Jugendliche. Mit diesem Anteil von 16 % an Psychotherapeut*innen, die Kinder und Jugendliche behandeln, sind die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) in dieser Umfrage leicht unterrepräsentiert. Die Mindestversorgungsquote für KJP liegt bei 20 %. Dennoch wird die reale Versorgungssituation in etwa abgebildet, sodass die Ergebnisse beim Vergleich der PP und KJP trotz der unterschiedlichen Gruppengröße als gute Schätzung gelten dürfen.

Bei KJP ist die Zahl der Anfragen im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie um 60 % gestiegen.

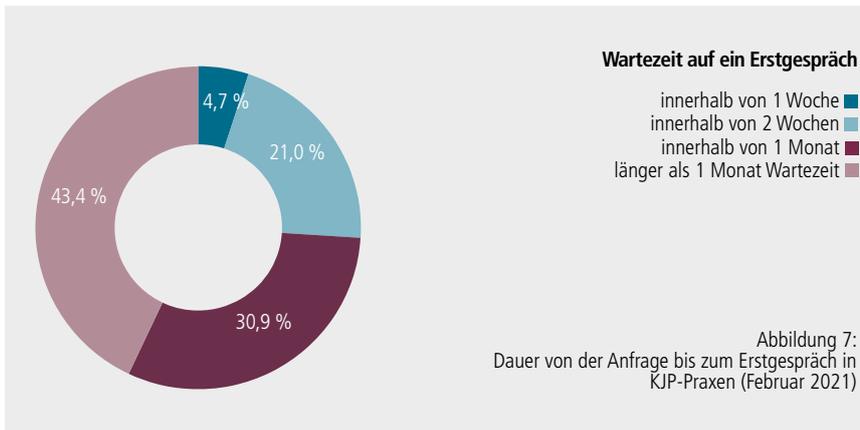
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen berichten in der Umfrage im Mittel von 5,9 Patientenfragen pro Woche in ihrer Praxis. Im Vergleich zum Vergleichszeitraum im Januar 2020 mit durchschnittlich 3,7 Anfragen ist damit eine Steigerung der Anfragen um 60,3 % zu verzeichnen. Hierin drückt sich die bereits vielfach in Medien dargestellte starke psychische Belastung vieler Kinder und Jugendliche während der Pandemie aus. Diese Zunahme an Patientenfragen fällt noch höher aus als bei den Psychologischen Psychotherapeut*innen, bei denen die Zahl der wöchentlichen Anfragen von 5,2 im Januar 2020 auf aktuell 7,2 im Januar 2021 gestiegen ist. Dies entspricht einer Zunahme von 38,7 %.

KJP können ihren anfragenden Patient*innen zwar häufiger ein Erstgespräch anbieten als PP, dennoch müssen zwei von drei Kindern/Jugendlichen abgewiesen werden. Der Prozentsatz von 34,5 der Kinder und Jugendlichen, denen ein Erstgespräch angeboten werden kann, liegt höher als bei den PP, die nur etwa jedem/r vierten anfragenden Patient*in ein Termin für ein Erstgespräch anbieten können (24,3 %).

KJP können aktuell jedem dritten anfragenden Kind einen Termin für ein erstes Gespräch anbieten.

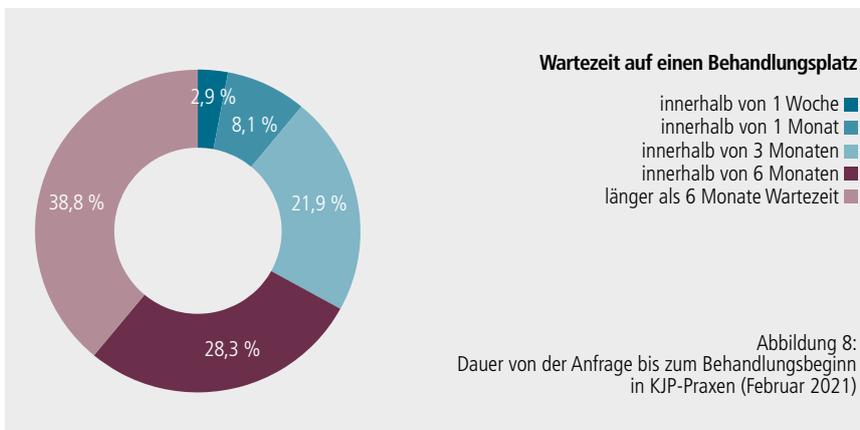
1/4 der in einer Psychotherapiepraxis anfragenden Kinder und Jugendlichen erhalten innerhalb von zwei Wochen ein Erstgespräch, innerhalb eines Monats sind es 56 % (siehe Abb. 7).

Über die Hälfte der anfragenden Kinder und Jugendlichen erhält innerhalb von einem Monat ein Erstgespräch.



Auch in den kinder- und jugendpsychotherapeutischen Praxen kann bei indizierter Psychotherapie nicht direkt im Anschluss an das Erstgespräch eine psychotherapeutische Behandlung beginnen. Hier erhalten 11 % einen Behandlungsplatz innerhalb eines Monats, fast 40 % müssen jedoch länger als ein halbes Jahr auf den Behandlungsbeginn warten (siehe Abb. 8).

Ein Drittel der anfragenden Kinder und Jugendlichen erhält innerhalb von 3 Monaten einen Behandlungsplatz .



Vergleich von vertragspsychotherapeutischen Praxen und Privatpraxen

An der Umfrage nahmen Psychotherapeut*innen (93,7 %), die vorwiegend in einer vertragspsychotherapeutischen Praxis, also im kassenärztlichen Versorgungssystem, tätig sind und Psychotherapeut*innen mit vorwiegender Tätigkeit in einer Privatpraxis (6,3 %) teil. Bei der Betrachtung der Gruppenunterschiede müssen die deutlich unterschiedlichen Gruppengrößen berücksichtigt werden.

Zunahme der Patientenfragen in Privatpraxen liegt bei 61 %.

Die Anzahl der Anfragen in Privatpraxen liegt mit durchschnittlich sechs pro Woche etwas niedriger als die in vertragspsychotherapeutischen Praxen (M=7,1). Die Zunahme der Anfragen im Vergleich zum Januar 2020 liegt jedoch in den Privatpraxen bei 61 % und damit um 20 Prozentpunkte höher als bei den Vertragspsychotherapeut*innen. Gleichzeitig können die Psychotherapeut*innen in Privatpraxen aktuell nur jedem/r fünften anfragenden Patient*in (1,2 von sechs Patient*innen) einen Termin für ein Erstgespräch anbieten. Psychotherapeut*innen in Privatpraxen fühlen sich weniger durch die Menge an Patientenfragen belastet (siehe Abbildung 9).

Empfundene Belastung

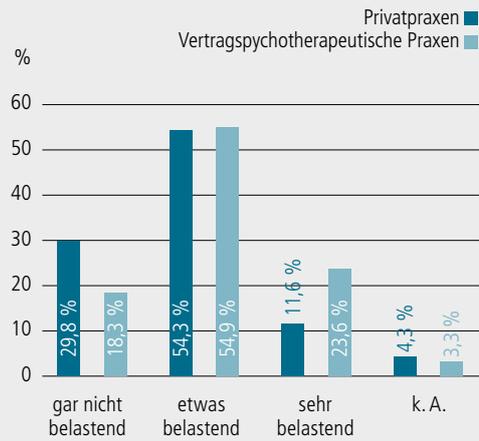


Abbildung 9: Belastung der Psychotherapeut*innen in Privatpraxen vs. in vertragspsychotherapeutischen Praxen durch die Zahl der Patientenfragen

Sowohl das Erstgespräch als auch ein Behandlungsplatz stehen schneller zur Verfügung als in den vertragspsychotherapeutischen Praxen (siehe Abbildungen 10 und 11). Zwar muss auch in Privatpraxen die Hälfte der Patient*innen länger als einen Monat auf ein Erstgespräch warten, jedoch steht anschließend deutlich früher als in den Vertragspraxen ein Platz zur psychotherapeutischen Behandlung zur Verfügung.

Wartezeit auf Erstgespräch

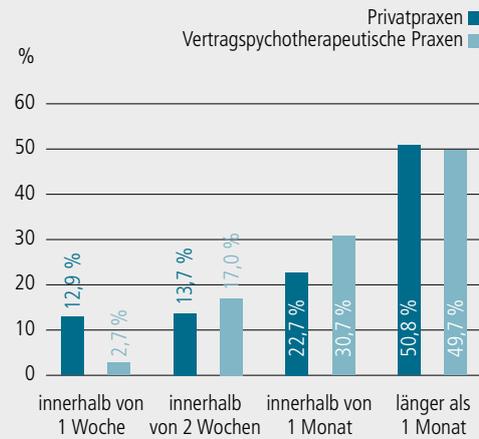


Abbildung 10: Vergleich der Wartezeit auf ein Erstgespräch bei Privatpraxen und vertragspsychotherapeutischen Praxen

Wartezeit auf Behandlungsplatz

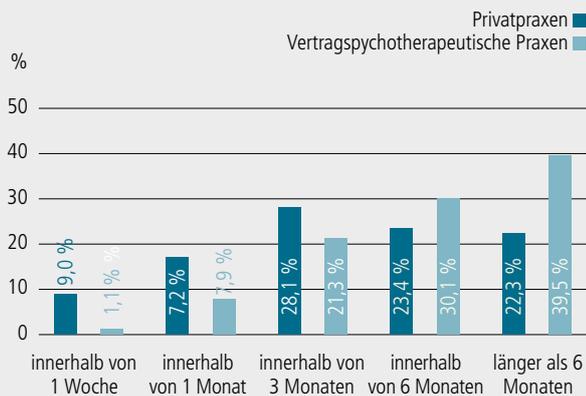
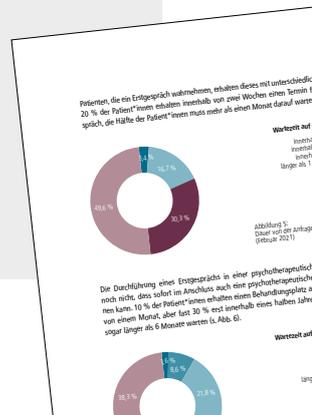


Abbildung 11: Vergleich der Wartezeit auf einen Behandlungsplatz bei Privatpraxen und vertragspsychotherapeutischen Praxen



Regionale Unterschiede

54,8 % der an der Umfrage teilnehmenden Psychotherapeut*innen haben ihren Praxissitz in einer Großstadt (über 100.000 Einwohner), 45,2 % in einer Mittelstadt, Kleinstadt oder Landgemeinde (jeweils unter 100.000 Einwohner).

In Großstädten hat die Zahl der Patientenfragen während der Pandemie etwas mehr zugenommen, in kleineren Städten und Gemeinden müssen mehr Patient*innen länger auf eine Behandlung warten.

Von der Tendenz zeigt sich für die Psychotherapeut*innen in Großstädten eine etwas stärkere Veränderung während der Pandemie. Die durchschnittliche Anzahl an Patientenfragen liegt in den Großstädten aktuell um 46 % höher als im Vergleichszeitraum vor der Pandemie; in den anderen Gebieten liegt die Zunahme bei 38,5 %. Die Dauer, bis die Psychotherapeut*innen ihren Patient*innen ein Erstgespräch zur Verfügung stellen können, unterscheidet sich in den Stadt- und Gemeindetypen nur geringfügig. In den kleineren Städten ist jedoch der Anteil der Patient*innen, die dann mehr als ein halbes Jahr auf einen Behandlungsplatz warten müssen, etwas höher (42,3 % vs. 35,3 %). Ein Viertel der Psychotherapeut*innen in den kleineren Städten beziehungsweise ländlichen Gebieten empfindet die Anzahl der Patientenfragen als „sehr belastend“; bei den Psychotherapeut*innen in Großstädten äußert sich nur ein Fünftel derart.

Ein Vergleich der bundesweiten Verteilung der DPTV-Mitglieder mit der bundesweiten Verteilung der Umfrageteilnehmer*innen zeigt, dass die Umfrageteilnehmer*innen die Gesamtmitglieder regional gut abbilden.



Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Bereichsleitung Psychotherapeutische Versorgung der DPTV, Referatsleiterin Wissenschaft und Forschung der DPTV. Frühere wissenschaftliche Tätigkeiten an der Technischen Universität München und am Tumorzentrum der Charité Berlin.



Das PDF zur Umfrage finden Sie auch hier: tinyurl.com/741j8fzr



Gutleutstraße 160-164 · 60327 Frankfurt

Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

Die Therapeutische Einrichtung Auf der Lenzwiese ist eine Fachklinik zur Rehabilitation Erwachsener mit einer Drogen- oder Mehrfachabhängigkeit. Die Klinik verfügt über 30 Behandlungsplätze. Die Einrichtung liegt mitten im Grünen am Rande des staatlich anerkannten Erholungsortes Hassenroth.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Psychologische/n Psychotherapeuten/in (m/w/d)
oder
Sozialarbeiter/in (m/w/d)
mit suchttherapeutischer Zusatzqualifikation
als Leitung der Einrichtung

Ihre Aufgaben

Sie leiten ein Team von ca. 30 Mitarbeitern/innen, das die Rehabilitation und Betreuung von erwachsenen Drogenabhängigen durchführt. Sie führen psychotherapeutische Gruppen- und Einzelgespräche durch, arbeiten mit Leistungsträgern zusammen und kooperieren mit weiteren Einrichtungen. Sie vertreten die Einrichtung in Gremien und in der Öffentlichkeit.

Ihr Profil

Sie sind bereit, Verantwortung als Leitung zu übernehmen, und interessieren sich für die Gestaltung der Zusammenarbeit im interdisziplinären Team. Idealerweise haben Sie bereits in der Klinik oder der Suchthilfe gearbeitet.

Wir bieten Ihnen:

- ✓ eine unbefristete Vollzeitstelle, Teilzeit ist möglich
- ✓ Raum zur fachlichen und konzeptuellen Gestaltung Ihres Arbeitsfeldes
- ✓ eine vielseitige und verantwortungsvolle Tätigkeit
- ✓ eine attraktive Vergütung, Urlaubs- und Weihnachtsgeld und betriebliche Altersvorsorge
- ✓ Fort- und Weiterbildung werden gefördert
- ✓ kostenfreies Jobticket

Wir möchten Sie kennenlernen!

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, Sie einen interessanten Arbeitsplatz suchen und oben aufgeführte Anforderungen erfüllen, senden Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen bitte per E-Mail zu (bewerbung@jj-ev.de). Auskunft erteilt Ihnen gerne Herr Claussen, Tel. 069 743480-11.

www.jj-ev.de



Ira-Katharina Petras, Birte Richter, Britta Wrede, Michael Siniatchkin

Familien in der Corona-Pandemie: Wie hoch ist die Belastung durch „Homeschooling“?

Viele Theorien und Modelle beschäftigen sich seit Jahrzehnten mit der Entstehung und den Auswirkungen von subjektivem Stresserleben. Mit dem Fokus auf Familien entstand dabei auch der Begriff Elternstress. Dieser entsteht besonders dann, wenn erlebte Anforderungen, zum Beispiel negative Eltern-Kind-Interaktionen, die eigenen wahrgenommenen Bewältigungsressourcen übersteigen (vgl. Cina & Bodemann, 2009).

Aus großangelegten Studien weiß man, dass Epidemien zu einem signifikant erhöhten Stressniveau in der Bevölkerung führen (Pan American Health Organization, 2006). Demnach bekommt auch das Stress- und Belastungserleben von Familien in der aktuellen Corona-Pandemie eine neue Akzentuierung. Untersuchungen, die vornehmlich während des ersten Lockdowns im März 2020 in Deutschland durchgeführt wurden, weisen auf eine Zunahme der Stressbelastung, besonders bei psychisch vorbelasteten Personen, hin. Familien mit Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter berichten ein zunehmend chaotisches und konfliktreiches Familienklima, welches das Stresserleben aller Beteiligten erhöht. Dementsprechend benötigen sie vermehrte Unterstützung bei der Stressbewältigung, die ihnen jedoch nicht immer zuteilwird (vgl. Langmeyer, Guglhör-Rudan, Naab, Urlen & Winklhofer, 2020; Peters, Hübner & Katalinic, 2021). Gleichzeitig ist der Betreuungsaufwand, den Eltern leisten müssen, um ihre Kinder beim Homeschooling zu unterstützen,

stark angestiegen. Dies bringt besonders Alleinerziehende und weniger gut gebildete Eltern an ihre Grenzen (Zinn, Kreyenfeld & Bayer, 2020).

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass sich aktuell die wahrgenommenen Bewältigungsressourcen bei manchen Eltern immer weiter verringern, während gleichzeitig die erlebten Anforderungen steigen und es somit zu mehr Elternstress kommt. Mögliche Konsequenzen können vermehrte negative Eltern-Kind-Interaktionen sein, eine Zunahme von autoritärem Erziehungsverhalten sowie eine Abnahme der Zufriedenheit mit der Elternrolle oder der allgemeinen Lebenszufriedenheit (vgl. Andresen et al., 2020). Die Folge der fehlenden Passung zwischen Erwerbstätigkeit und Homeschooling ist dabei häufig eine Abnahme von Zufriedenheit und allgemeinem Wohlbefinden.

Die Folge der fehlenden Passung zwischen Erwerbstätigkeit und Homeschooling ist dabei häufig eine Abnahme von Zufriedenheit und allgemeinem Wohlbefinden.

Kurz gefasst

Familiäre Belastungen haben sich durch die Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie stark erhöht. Eltern müssen eine Doppelrolle erfüllen und sind dabei gleichzeitig häufig einer Doppelbelastung aus Familie und Beruf ausgesetzt, die nicht zuletzt das Stresserleben erhöht. Dieser Artikel beleuchtet, welche Sorgen sowie Wünsche Eltern mit dem Homeschooling¹ verbinden, wie belastet Familien sind und wie viel Unterstützungsbedarf die Kinder aktuell haben.

¹ Korrekt wäre die Bezeichnung Distanzunterricht oder -lernen, da weiterhin die Schulen die Gestaltung des Schulalltages bestimmen. Beim Homeschooling obliegt dies individuell den Eltern. Aufgrund der medialen Präsenz des Begriffs „Homeschooling“, wird dieser auch im weiteren Verlauf verwendet.



Projektbeschreibung

Wie viel Leidensdruck die Familien aktuell haben, wurde im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsprojektes der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Klinikum Bethel und der Medizinischen Fakultät der Universität Bielefeld deutlich. In einer Online-Befragung vom November 2020 bis Mitte Februar 2021 wurden Eltern zu ihrem subjektiven Belastungserleben, dem Unterstützungsbedarf ihrer Kinder sowie ihrem Interesse an einer Unterstützungssoftware zur Konzentrationsförderung im Homeschooling befragt. Während der Fokus der Forschergruppe auf dem letztgenannten Punkt lag, fokussierten die Teilnehmenden jedoch besonders ihr eigenes subjektives Belastungserleben und Schwierigkeiten mit dem Homeschooling.

An der Studie nahmen 517 Eltern von Kindern der ersten bis 13. Jahrgangsstufe aus mehreren Bundesländern teil, darunter vor allem aus Brandenburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Die Hälfte der Befragten war zwischen 36 und 45 Jahren alt (52 %) oder älter (41 %). Die meisten Kinder besuchten das Gymnasium (61 %), während ein Drittel zur Grundschule ging (32 %). Der eigene Medienbesitz der Kinder in Bezug auf Smartphones (75 %), Computer (45 %) und Tablets (77 %) war dabei mit den Basisuntersuchungen zum Medienumgang in Deutschland vergleichbar (siehe JIM-Studie 2020; KIM-Studie 2018). Im Selbsturteil schätzten circa 89 % der Eltern ihre eigene Medienkompetenz als hoch bis sehr hoch ein.

Belastungserleben von Familien

Zur Erhebung des elterlichen Belastungserlebens wurde der Elternstress-Fragebogen (ESF; Domsch & Lohaus, 2010) an die aktuelle Homeschooling-Situation in der Corona-Pandemie angepasst. Abbildung 1 visualisiert das Belastungserleben der Eltern aufgeteilt nach der Klassenstufe (KS) der Kinder. 158 Kinder besuchten die KS 1 bis 4, 227 Kinder die KS 5 bis 7, 109 Kinder die KS 8 bis 10 und zehn Kinder die KS 11 bis 13. Von den 517 Teilnehmenden machten 13 Personen keine Angaben zu ihrem Belastungserleben. Das durchschnittliche Belastungserleben der restlichen 504 Teilnehmenden lag bei 2,4 (SD = 0,87; 1 = trifft nicht zu, 4 = trifft zu).

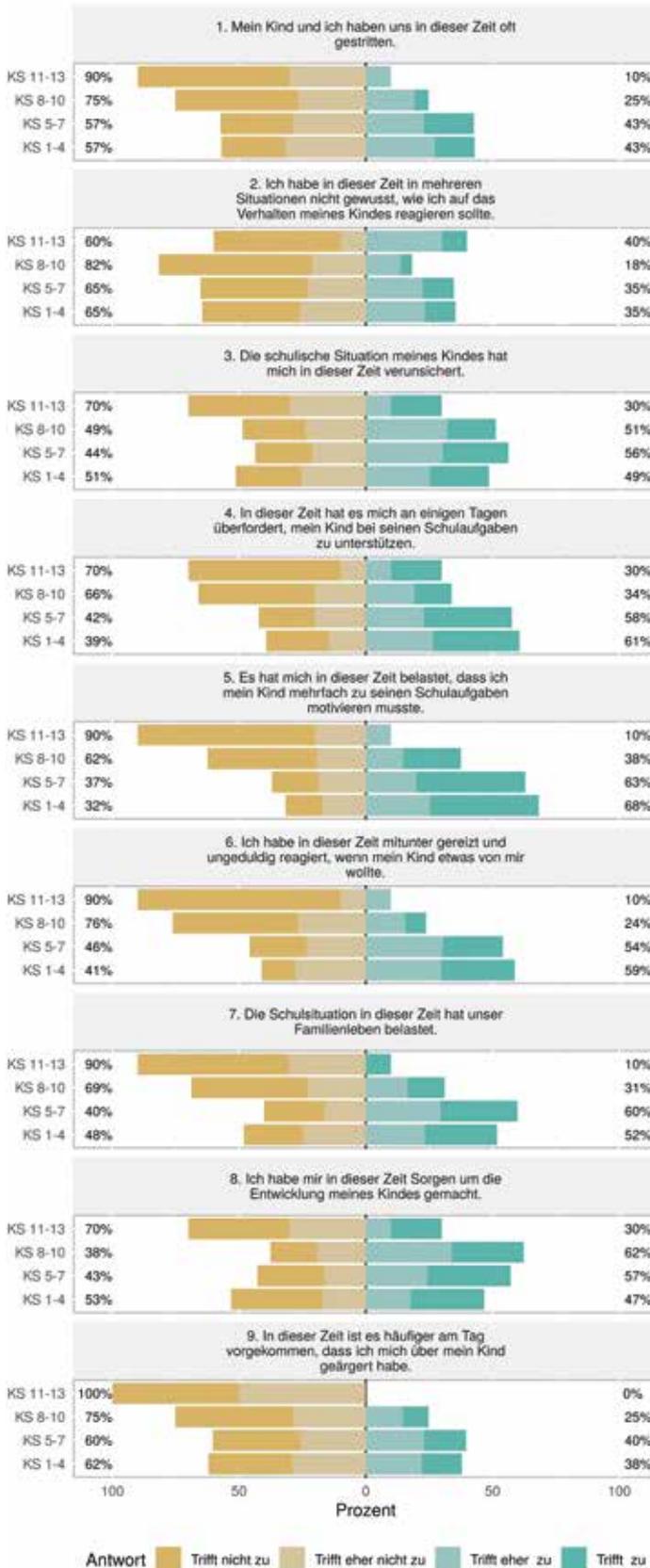
Eltern jüngerer Kinder sind besonders stark belastet.

Das Belastungserleben war in der befragten Stichprobe unterschiedlich. Eltern jüngerer Kinder waren in der vorliegenden Stichprobe tendenziell stärker belastet, als Eltern höherer Klassenstufen ($F(3,500) = 10,13; p < .001$). Die Schulsituation in der Corona-Pandemie verunsicherte die Hälfte der Eltern in unserer Stichprobe und hat in über der Hälfte der kleineren Klassenstufen das Familienleben belastet (KS 1 bis 4 = 52 %; KS 5 bis 7 = 60 %). Bei den Eltern der höheren Klassenstufen bewertete ein kleinerer Anteil die aktuelle Schulsituation als belastend (KS 8 bis 10 = 31 %; KS 11 bis 13 = 10 %).

Ein großer Anteil der Eltern gab an, dass es belastend war, das Kind mehrfach zu seinen Schulaufgaben motivieren zu müssen. Besonders Eltern der kleineren Klassenstufen haben dies als sehr herausfordernd empfunden (KS 1 bis 4 = 68 %). Ein ähnliches Bild zeichnete sich bei der elterlichen Überforderung bei der Unterstützung der Schulaufgaben.

Ebenfalls gaben über die Hälfte der Eltern von jüngeren Kindern an, mitunter gereizt und ungeduldig auf Fragen der Kinder zu antworten. 30 % der Eltern von Kindern in Klassenstufe 11 bis 13 machten sich zudem Sorgen um die Entwicklung ihres Kindes. In den niedrigeren Klassenstufen war der Anteil noch höher.

Abbildung 1: Belastungserleben der Eltern



Unterstützungsbedarf der Kinder

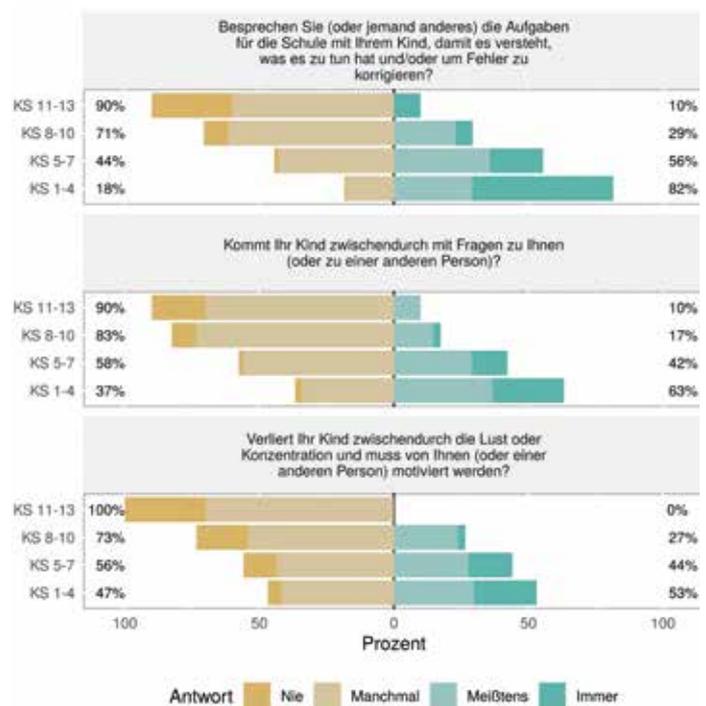
Der zeitliche Unterstützungsbedarf des Kindes beim Homeschooling wurde anhand von sechs Items ermittelt (siehe Abbildungen 2 und 3). Ähnlich wie in den Studien während des ersten Lockdowns, war dieser auch in der vorliegenden Stichprobe in den unteren Klassenstufen besonders hoch (siehe Abbildung 2). Während nur 10 % der

Gerade bei den jüngeren Kindern kamen zu den Verständnisproblemen noch Motivations- beziehungsweise Konzentrationsprobleme.

Eltern von Kindern der Klassenstufe 11 bis 13 mit ihren Kindern die Schulaufgaben besprechen, lag der Anteil

bei den Eltern der Klassenstufe 1 bis 4 bei 82 %. Auch der regelmäßige Bedarf an Hilfestellung bei Fragen war in den unteren Klassenstufen hoch. Bei Klassenstufe 11 bis 13 lag der Anteil nur bei 10 %, wohingegen 63 % der Kinder in der Klassenstufe 1 bis 4 regelmäßig Hilfe brauchten. Gerade bei den jüngeren Kindern kamen zu den Verständnisproblemen noch Motivations- beziehungsweise Konzentrationsprobleme. Mehr als die Hälfte der Kinder in der 1. bis 4. Klasse mussten regelmäßig von ihren Eltern motiviert werden. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Wildemann und Hosenfeld (2020) überein, die ebenfalls zeigen konnten, dass vor allem das regelmäßige Motivieren der Kinder Eltern vor große Herausforderungen und Schwierigkeiten stellt.

Abbildung 2: Häufigkeit des Unterstützungsbedarfes der Kinder





Die Zeit, die ein Kind sich alleine im Homeschooling mit seinen Aufgaben beschäftigte, war in der vorliegenden Stichprobe ebenfalls unterschiedlich für die verschiedenen Klassenstufen (siehe Abbildung 3). 68 % der Kinder in Klassenstufe 1 bis 4 mussten im Durchschnitt schon nach spätestens 30 Minuten wieder motiviert werden. An guten Tagen betreuen 58 % der Eltern ihre Kinder in der 1. bis 4. Klasse insgesamt nur bis zu 30 Minuten bei den Schulaufgaben. An diesen guten Tagen mussten die Eltern also nicht lange unterstützen, dafür oft innerhalb kurzer Zeitabstände. An schlechten Tagen lag die Betreuungszeit höher. In den höheren Klassenstufen nahm die Gesamtzeit der Betreuung der Hausaufgaben ab.

Psychotherapie kreativ gestalten mit dem neuen Onlinetool



Jetzt 30 Tage
kostenfrei testen

Fotos © Gettyimages

Auf [psychotherapie.tools](https://www.psychotherapie.tools) stehen über 5.000 praxisbewährte Arbeitsmaterialien für die Psychotherapie online. Dort erhalten Sie Arbeits- und Infoblätter für Patient_innen, die Arbeit mit Angehörigen und für die Therapieplanung zu:

- Verschiedenen Störungsbildern
- Verschiedenen Verfahren
- Ressourcenaktivierung und Selbstfürsorge, Stärkung des Selbstwertes uvm.
- **Ganz neu** sind die Materialien zum Umgang mit psychischen Belastungen in der Coronapandemie

Testen Sie jetzt das Onlinetool
30 Tage kostenfrei in Ihrer Praxis:

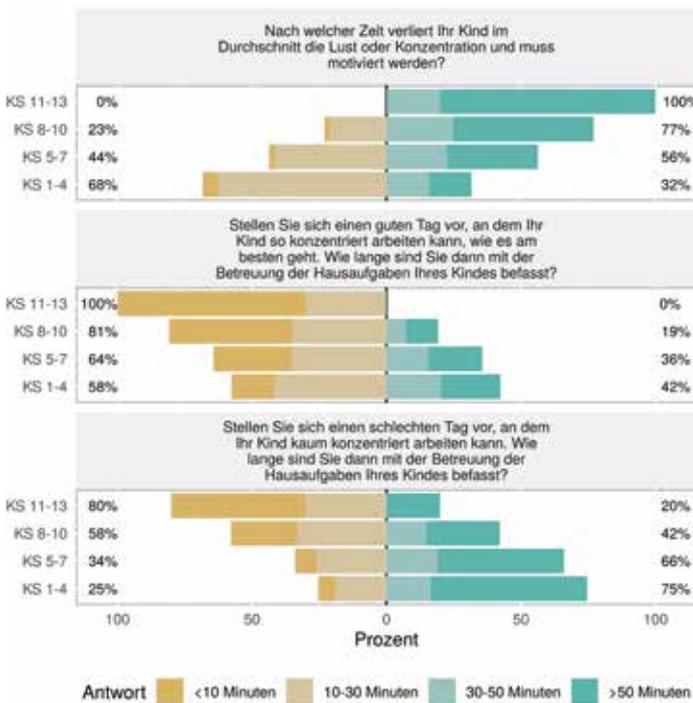
Sie erhalten 10 Credits geschenkt. Die Credits können direkt für Info- und Arbeitsblätter mit Interviews, Checklisten, Hausaufgaben uvm. eingesetzt werden.

Weitere Informationen
www.psychotherapie.tools



**PSYCHOTHERAPIE.
TOOLS**
Eine Marke von **BELTZ**

Abbildung 3: Zeitlicher Unterstützungsbedarf der Kinder



Die Freitextantworten machen deutlich, dass die Doppelrolle, Elternteil und gleichzeitig Lehrkraft zu sein, als sehr belastend empfunden wird.

Homeschooling – Résumé der Eltern

In einem Freitext-Feld hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit weitere Kommentare zu hinterlassen. Dies wurde genutzt, um Kritik und Wünsche an das Homeschooling sowie das eigene Belastungserleben näher zu beschreiben.

Kritik: Es wurde von diversen Problemen bei der Umsetzung des Homeschoolings berichtet, wie zum Beispiel kein eigener Arbeitsplatz der Kinder. Oft arbeiten diese im Wohn- oder Essbereich, da dies eine schnellere Erreichbarkeit der Betreuungsperson bei Fragen oder Problemen ermöglicht. Ein weiterer Kritikpunkt war, dass nicht immer genügend Endgeräte zur Verfügung stehen und die Kinder sich diese mit Geschwistern oder Eltern teilen müssen. Hinzu kommen technische Probleme, wie keine stabile Internetverbindung oder fehlerhafte Lernsoftware. Des Weiteren stellt die teilweise fehlende IT-Kompetenz der Lehrkräfte und Schulen ein Problem dar. Eltern berichten, dass Lehrkräfte digitale Möglichkeiten nicht nutzen oder nicht ausschöpfen. Hier wird ein Schulungsbedarf gesehen, um die digitalen Kompetenzen zu verbessern. Als generelle Kritik wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass sich durch das Homeschooling die Bildschirmzeit der Kinder weiter erhöht. Gerade bei Grundschulern wird dies von einigen Eltern als kritisch empfunden.

Belastungserleben: Die Freitextantworten machen deutlich, dass die Doppelrolle, Elternteil und gleichzeitig Lehrkraft zu sein, als sehr belastend empfunden wird. Eltern beschreiben „(d)ie momentane Problematik ist, dass man Mutter und Lehrerin in einem sein soll (...)“. Nicht nur bei Fragen oder Problemen als Ansprechpartner*in da zu sein, sondern auch die Tagesstrukturierung und Motivation der Kinder, mit den eigenen Aufgaben



anzufangen und dabei zu bleiben, ist herausfordernd. Zu der Doppelrolle kommt die Doppelbelastung gleichzeitig der Familie und dem Beruf gerecht werden zu wollen. Eltern schreiben „(...) wir sind von den Lehrern und der Schule völlig alleingelassen, und die Doppelbelastung (...) ist hier das Problem!“. Diese Belastung ist unabhängig von der eigenen Arbeitssituation. Eltern die nicht im Homeoffice sind (in der vorliegenden Stichprobe circa die Hälfte) berichten, dass Schulaufgaben nach Feierabend noch erledigt werden müssen. Eltern, die parallel im Homeoffice arbeiten, können dieser Arbeit nicht konzentriert nachgehen, wenn sie gleichzeitig ihre Kinder beim Homeschooling unterstützen.

Ansprüche ans Homeschooling: Gerade für Grundschüler*innen wird das Homeschooling kritisch gesehen, da soziale Kontakte wichtig für den Erwerb sozialer Fertigkeiten sind. Die Eltern wünschen sich ein reales Gegenüber für ihre Kinder, das auf Fragen und Gefühle eingehen kann. Häufig wurde gefordert auch den digitalen Austausch zu fördern. Eltern wünschen sich, dass „(...) Lehrer die gegebenen technischen Möglichkeiten besser nutzen (sollten), um online mit den Kindern in Kontakt zu treten (...)“. Sie fordern virtuelle Klassenzimmer, in denen sich Schüler*innen und Lehrkräfte treffen. Dort könnten Kinder mit den Lehrkräften in Kontakt treten, wenn sie Fragen haben. Zusätzlich würde der Austausch mit den Mitschüler*innen gefördert.

Fazit und Ausblick

Ein Teil der Eltern – insbesondere von Grundschulkindern – steht digitalem Unterricht prinzipiell kritisch gegenüber, unter anderem wegen der erhöhten Bildschirmzeiten aber auch wegen des Fehlens des direkten persönlichen Kontakts. Ein anderer Teil der Eltern sieht jedoch in der Digitalisierung des Unterrichts, bei adäquaten Voraussetzungen und qualifizierter Durchführung, eine große Chance. Insgesamt zeigen unsere Ergebnisse jedoch, dass die Belastung von Eltern durch Homeschooling aktuell sehr hoch ist. Ein entscheidender Faktor ist dabei die Häufigkeit, mit der Eltern ihre Kinder immer wieder motivieren müssen mit den Schulaufgaben anzufangen oder weiterzumachen. Daher beschäftigt sich unsere Forschungsgruppe aktuell mit der Fragestellung, ob technische Assistenzsysteme die Eltern bei dieser Aufgabe unterstützen können und dies somit bei einigen Familien, vor allem mit Kindern mit hyperkinetischen Störungen, zu einer Entlastung des Familienlebens (siehe Elternstress) führt.

„Trotz einer immensen Doppelbelastung bin ich bereichert aus dieser Zeit gegangen.“

**Kostenlose
Video-Seminare 2021**
mit RAin Düsing + RA Achelpöhler

STUDIENPLATZ-
KLAGE

Mi 19. Mai | Mi 09. Juni
Mi 23. Juni | Mi 07. Juli

Beginn: jeweils 18 Uhr

Nach rechtzeitiger Anmeldung per Mail erhalten Sie die Zugangsdaten.

MEISTERERNST
DÜSING
MANSTETTEN

Partnerschaft von
Rechtsanwältinnen und
Rechtsanwälten mbB
Notarin

Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-19
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie online im unter www.psychotherapieaktuell.de.



Ira-Katharina Petras

M. Sc. Klin. Psych., seit 2020 Psychologin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Klinikum Bethel. 2017 bis 2020 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Bremen. In Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.



Birte Richter

M. Sc., seit 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Medizinischen Fakultät OWL, AG Medizinische Assistenzsysteme, 2017 bis 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG Angewandte Informatik der Universität Bielefeld, 2014 bis 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Exzellenzcluster Kognitive Interaktionstechnologie (CITEC) der Universität Bielefeld, seit 2014 Promotionsstudiengang Intelligente Systeme.



Prof. Dr.-Ing. Britta Wrede

Seit 1. Oktober 2019 Leiterin der AG Medizinische Assistenzsysteme an der Medizinischen Fakultät OWL der Universität Bielefeld. 2009 bis 2019 Leiterin der AG Angewandte Informatik an der Technischen Fakultät der Universität Bielefeld. 2003 bis 2009 Postdoktorandin in der AG Angewandte Informatik, 2002 bis 2003 Postdoktorandin am International Computer Science Institute (ICSI), Berkeley, US.



Prof. Dr. med. Michael Siniatchkin

Seit 1. November 2020 Direktor der Klinik und Professor für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Bielefeld. Seit 1. Januar 2019 Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Klinikum Bethel. 2014 bis 2019 Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie an der Universität Kiel. 2010 bis 2014 Oberarzt in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg und Frankfurt.

Sebastian Rühl

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Psychiatrische häusliche Krankenpflege darf seit dem 1. Januar 2021 von unserer Berufsgruppe im Rahmen weiterer Befugnisse verordnet werden. Für wen ist diese Form der Krankenpflege geeignet, was ist dabei zu beachten und wie stellt man die Verordnung aus?

Seit dem 1. Januar 2021 dürfen Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen für ihre Patient*innen eine ambulante häusliche psychiatrische Krankenpflege verordnen (G-BA-Richtlinie: <https://tinyurl.com/G-BA-pHKP>). Es handelt sich hierbei um eine Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege nach Nr. 27a, der Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung.

Was beinhaltet eine psychiatrische häusliche Krankenpflege und für welche Patient*innen könnte diese unterstützende Maßnahme sinnvoll sein?

Die psychiatrische häusliche Krankenpflege ist eine ambulante, die Patient*innen zu Hause aufsuchende Leistung.

Die Maßnahme richtet sich an schwer und chronisch psychisch Erkrankte vor allem von Diagnosen aus dem Bereich F0 und F2. Aus den übrigen Bereich der F-Diagnosen sind schwere bipolare Erkrankungen und schwer depressive Patient*innen sowie Panik- und generalisierte Angststörung eine weitere Zielgruppe dieser Maßnahme. Erste Voraussetzung für eine entsprechende Verordnung ist deshalb eine dieser F-Diagnosen (<https://tinyurl.com/F-Diagnosen>).

Die Maßnahme richtet sich an schwer und chronisch psychisch Erkrankte vor allem von Diagnosen aus dem Bereich F0 und F2.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege kann verordnet werden bei:

- Störungen des Antriebs, der Ausdauer oder der Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung, der Einschränkung des planenden Denkens oder des Realitätsbezugs,
- Einbußen bei der Kontaktfähigkeit,
- Einschränkungen kognitiver Fähigkeiten, wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendes Denken
- fehlendem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik oder dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen.



Eine weitere Voraussetzung für die Verordnung der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege ist, dass diese Patient*innen auf der GAF-Skala (<https://tinyurl.com/GAF-Skala>) nur noch ein bestimmtes Funktionsniveau erreichen – Anhaltspunkt ist ein GAF-Wert kleiner gleich 50. Der GAF-Wert wird durch die oder den behandelnden/verordnenden PP nach dieser Skala eingeschätzt. Bei einem GAF-Wert unter 40 besteht als Ausnahmetatbestand die Möglichkeit der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege für alle F-Diagnosen, da hier die/der Patient*in seinen Alltag nicht mehr selber bewältigen kann aber nur, wenn eine ausreichende Behandlungsfähigkeit besteht, um die benannten Therapieziele erreichen zu können.

Ziel der Maßnahme ist, Patient*innen bei grundlegenden Alltagsverrichtungen oder in der Erledigung von Alltagsbedürfnissen zu unterstützen, dadurch zum Beispiel nach einem stationären Aufenthalt die Patient*innen noch weiter engmaschig betreuen zu können oder eine stationäre Einweisung zu vermeiden, aber auch gerade die Patient*innen sozial besser zu vernetzen. Im Fokus stehen dabei der Bereich der medizinischen Versorgung und der gesundheitlichen Selbstfürsorge, wie Medikamenteneinnahme oder Arztbesuche und Aspekte sozialer Kontakte und der eigenen Lebensführung. Aber auch die Bewältigung von Konfliktsituationen, Körperhygiene, Gefahren der Verwahrlosung oder die Verrichtung von Alltagsangelegenheiten wie das Tätigen von Einkäufen, Terminwahrnehmungen gegenüber Ämtern oder auch Kontaktvermittlung zwischen Patient*in, gesetzlichem Betreuer oder anderen an der Behandlung beteiligten Leistungsanbietern können in die Tätigkeiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege hineinfallen.

Gleichzeitig sollte die Tätigkeit der ambulanten psychiatrischen Pflege auch Fortschritte der Patient*innen ermöglichen beziehungsweise auf die genannten Einschränkungen und Beeinträchtigungen hinsichtlich der in der Verordnung genannten Zielsetzungen auch positiv einwirken können. In der Richtlinie wird dafür folgendes in § 4 Abs. 2 formuliert: „1...Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, (ist es) dazu beizutragen, dass Versicherte soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können.“² Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“ Letzteres wird in der Verordnung noch einmal präzisiert: „Relevante Bezugspersonen sind in die Behandlung mit psychiatrischer häuslicher Pflege mit einzubeziehen und die Behandlung soll in einen (gemeinde-)psychiatrischen Verbund oder andere Behandlungsstrukturen einbezogen werden, so dass das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden kann.“

Dabei kann es Ziel für die Patient*innen sein, in den genannten Bereichen wieder mehr eigene Fähigkeiten zu entwickeln, sodass sie mittelfristig nicht mehr auf die Maßnahmen angewiesen sind, oder aber auch, dass mit der Maßnahme die Patient*innen in ihren bestehenden Einschränkungen und Beeinträchtigungen erstmal nur begleitet werden, sodass diese überhaupt in die Lage versetzt werden, ambulante Therapieangebote wahrzunehmen.

Ein sehr niedriges Funktionsniveau (auf der GAF-Skala zum Beispiel kleiner gleich 20) könnte Hinweis darauf sein, dass mögliche Ziele aktuell nicht erreichbar erscheinen beziehungsweise stattdessen erstmal doch eine stationäre Einweisung unumgänglich sein könnte.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege und Soziotherapie?

Insgesamt bestehen manche Parallelen und Überschneidungen zur Soziotherapie. Die Soziotherapie richtet sich aber an Menschen, die grundlegende Bedürfnisse und Angelegenheiten selber eher noch erledigen können und denen vor allem soziale Kompetenzen und Kontakte fehlen. Die ambulante psychiatrische Pflege hat dagegen den Fokus auf noch wesentlich grundlegendere Probleme der Patient*innen in der eigenen Lebensführung und der eigenen gesundheitlichen Fürsorge. Prinzipiell lassen sich Soziotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege auch gleichzeitig verordnen. Dann muss aber aus den Verordnungen hervorgehen, inwiefern sich die Leistungen unterscheiden beziehungsweise ergänzen.

Prinzipiell lassen sich Soziotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege auch gleichzeitig verordnen. Dann muss aber aus den Verordnungen hervorgehen, inwiefern sich die Leistungen unterscheiden beziehungsweise ergänzen.



Warum psychiatrische häusliche Pflege als Begleitmaßnahme zu ambulanter Psychotherapie?

Niedergelassene Psychotherapeut*innen werden in der Regel bisher nur wenige oder sogar gar keine Patient*innen in Behandlung haben, die eine solche Pflege benötigen. Gleichzeitig bekommen Psychotherapeut*innen Möglichkeiten, auch mit psychisch schwer Erkrankten ambulant zu arbeiten, die ohne psychiatrische Pflege, vor allem oder zumindest eine Zeit lang, stationär behandelt werden müssten. Dabei besteht aus Sicht der verordnenden Psychotherapeut*innen die Möglichkeit, die ambulante psychiatrische Pflege in die eigene Therapieplanung mit einzubeziehen. Für Jugendliche und junge Erwachsene ist dieses Angebot auch denkbar. Da Eltern oder Erziehungsberechtigte in der Regel im Haushalt der Kinder die beantragten Tätigkeiten übernehmen könnten, würde aber dadurch der Antrag nicht mehr genehmigungsfähig sein. Insgesamt wird sich die psychiatrische häusliche Krankenpflege aber noch entwickeln und etablieren müssen.

Für die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege besteht eine Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse.

Die Verordnung

Die Erstverordnung kann zunächst probeweise für 14 Tage erfolgen. In der ambulanten Pflege sind probeweise Erstverordnungen von 14 Tagen üblich. Anschließend kann eine weitere probeweise Verordnung für weitere 14 Tage erfolgen. Aber es ist nach der neuen Verordnungsrichtlinie auch ohne eine solche Probeverordnung gleich ein längerer Verordnungszeitraum möglich, wenn keine Notwendigkeit für eine probeweise Erstverordnung besteht. Ohne nähere Begründung kann diese Maßnahme in der Erstverordnung für bis zu insgesamt vier Monate verordnet werden (siehe www.kbv.de/html/40607.php und www.kbv.de/html/1150_48082.php). Folgeverordnungen sind spätestens drei Tage vor Ablauf der genehmigten Verordnung auszustellen. Eine Verlängerung der Verordnung über vier Monate hinaus muss begründet werden. Für die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege besteht eine Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse. Das bedeutet aber auch, dass keine nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen für die einzelnen Maßnahmen zu erwarten sind, da mit der Genehmigung schon eine Prüfung durch die Krankenkasse stattgefunden hat. Wirtschaftlichkeitsprüfungen aufgrund eines insgesamt auffälligen Ordnungsverhaltens sind möglich (Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung, Anlage 3: <https://tinyurl.com/m2wt47p9>), aber könnten erst erfolgen, wenn gesicherte Ordnungsdaten für eine Vergleichsprüfung vorliegen.

Gleichzeitig besteht im Angebot der häuslichen psychiatrischen Pflege eine ähnliche Problematik wie bei der Soziotherapie: In einer ganzen Reihe von Versorgungsgebieten gibt es keine Anbieter für die häusliche psychiatrische Pflege, die entsprechend einer von Psychotherapeut*innen vorgenommenen Verordnung diese Tätigkeit übernehmen könnten. Abhilfe könnte hier zum Beispiel eine Einweisung in eine Tagesklinik schaffen, in deren Rahmen eine solche häusliche psychiatrische Pflege auch beinhaltet sein kann beziehungsweise von entsprechenden Einrichtungen als Teil einer größeren Maßnahme angeboten werden kann. Aber gerade für Patient*innen, die eine häusliche psychiatrische Pflege benötigen, kann schon die Aufnahme in eine solche Einrichtung eine schwierige Hürde darstellen, hier telefonisch einen Termin vereinbaren zu müssen, den Termin dann pünktlich wahrzunehmen oder für den Termin dann die eigene Wohnung verlassen zu müssen. Für ein solches Handeln würden Patient*innen möglicherweise gerade schon die häusliche psychiatrische Pflege benötigen. Inwieweit hier die noch in der Planung befindliche Komplexversorgung bessere Kooperationsmöglichkeiten und damit einen besseren Zugang der Patient*innen zu diesen Leistungen ermöglichen wird, bleibt hier erstmal nur zu hoffen.

Gleichzeitig besteht im Angebot der häuslichen psychiatrischen Pflege eine ähnliche Problematik wie bei der Soziotherapie: In einer ganzen Reihe von Versorgungsgebieten gibt es keine Anbieter für die häusliche psychiatrische Pflege.



So stellen Sie die Verordnung aus

Die Verordnung erfolgt auf dem Muster-Formular 12 (<https://tinyurl.com/Muster12> und <https://tinyurl.com/ErlaeuterungM12>)

Erste Seite des Formulars

– vom Psychotherapeuten/von der Psychotherapeutin auszufüllen:

- Zunächst sind die Patientendaten und Diagnosen entsprechend der Patientenakte und des Praxisverwaltungsprogramms einzutragen.
- Unter Einschränkungen können zum Beispiel genannt werden: Kann nicht zum Arzt/Einkaufen oder überhaupt vor die Tür gehen. Kann keine notwendigen Kontakte mit Einrichtungen oder Ämtern aufnehmen. Kann Medikamente nicht regelmäßig einnehmen oder ähnliches.
- Da die Bearbeitung bei der Krankenkasse innerhalb von drei Werktagen erfolgen muss, kann die Erstverordnung entsprechend bald beginnen, sofern es schon einen Anbieter gibt, der die Verordnung ausführt! Es ist anzuraten, vor der Verordnung einen Anbieter für diese Maßnahme zu finden.
- Dann gibt es auf dem Formular viele Punkte, die für die Verordnung der psychiatrischen häuslichen Pflege überhaupt keine Bedeutung haben.
- Unter „Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege“ muss eingetragen werden: „nach Nr. 27a“
- Zu dieser Angabe muss jetzt die Häufigkeit der Maßnahme angegeben werden. Verordnungsfähig sind bis zu 14 Einheiten pro Woche. 14 Einheiten pro Woche könnten zum Beispiel benötigt werden, wenn täglich morgens und abends die Medikamenteneinnahme vorgenommen werden muss und gegebenenfalls noch weitere Leistungen zu erbringen sind. Aber es können auch drei oder vier Einheiten pro Woche ausreichend sein. Eine Einheit beträgt 60 Minuten. Einheiten können auch aufgeteilt werden. Außerdem ist hier wieder der Verordnungszeitraum anzugeben.
- Dann kommen wieder einige Felder, die leer bleiben.

Die Verordnung ist mit Ziffer EBM 01422 in der Erstverordnung und mit Ziffer EBM 01424 für die Folgeverordnung abzurechnen.



Sebastian Rühl

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, eigene Praxis in Linsengericht seit 1991. Vorstandsmitglied der DPfV-Landesgruppe Hessen und Stellvertreter im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie und der Vollversammlung der KV Hessen. Wichtige Themen: Befugnisweiterungen für Psychotherapeut*innen, Komplexversorgung, Qualitätssicherung und TI; auf fachlicher Ebene Traumabehandlungen und Gruppen.

Zweite Seite des Formulars

– vom Patienten/von der Patientin oder dem/der Antragstellenden auszufüllen (gegebenenfalls mit dem Pflegedienst):

- Hier sind wieder Name und Daten des Patienten/der Patientin und der Zeitraum – wie oben – einzutragen.
- Dann muss eingetragen werden, wo die/der Patient*in aufgesucht werden soll.
- Als nächstes muss die/der Patient*in oder Antragsteller*in angeben, ob die Leistung durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden kann – oder durch eine im Haushalt lebende Person nicht erbracht werden kann. Hier würde ich davon ausgehen, dass der Antrag deshalb gestellt wird, weil es keine Person im Haushalt gibt, die die beantragten Leistungen erfüllen könnte. Andernfalls hat die Verordnung zu unterbleiben.
- Außerdem kann bei der Krankenkasse eine Liste von entsprechenden Pflegediensten angefordert werden, die diese Leistungen erbringen könnten. Die Problematik dazu wurde schon weiter oben erläutert.
- Gibt es schon einen Anbieter können dann die geplanten Einheiten mit diesem Pflegedienst abgesprochen und aufgelistet werden. Dieser Pflegedienst muss dann am Ende noch genau adressiert beziehungsweise benannt werden.

Der Behandlungsplan

Der Verordnung muss außerdem ein Behandlungsplan beigelegt werden, der folgendes beinhalten soll:

- **Indikation:** Diagnose, GAF-Wert und gegebenenfalls Symptomatik
- **Fähigkeitsstörungen:** Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag, die Ziel der Maßnahme sein sollen
- **Ziel der Maßnahme:** was durch die Maßnahme im Bereich der Fähigkeitsstörungen beziehungsweise Einschränkungen und Beeinträchtigungen erreicht werden soll
- **Behandlungsschritte:** zum Beispiel Kontaktaufnahme und Erarbeiten der Pflegeakzeptanz, praktische Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen, Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten – hier auch nochmal konkret welche genau – und Unterstützung zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen

Der Behandlungsplan sollte sehr kurz gefasst und keineswegs länger als eine DIN-A4-Seite sein.

Die Verordnung ist mit Ziffer EBM 01422 in der Erstverordnung und mit Ziffer EBM 01424 für die Folgeverordnung abzurechnen. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht möglich, Ausnahmen bedürfen einer besonderen Begründung. Sind die Behandlungsziele erreicht oder aber wird deutlich, dass die Behandlungsziele nicht erreicht werden können, ist die Maßnahme zu beenden. Änderungen des Pflegeplans sind vom Verordnenden der Krankenkasse schriftlich mitzuteilen.



Resolution Klima- und Umweltschutz

Positionierung der DPTV-Delegiertenversammlung zum Klima- und Umweltschutz
27.02.2021

Individuelles und gesellschaftliches Leben sind untrennbar verbunden. Heilberufe handeln in einem von Umwelt und Gemeinwesen geprägten Geflecht. Über die Heilberufsgesetze und die (Muster-) Berufsordnung sind auch die Verbände der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen dem Gemeinwohl verpflichtet. Der 35. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hat schon im November 2019 die Verantwortung der Psychotherapeut*innen für das Wohlergehen jetziger und zukünftiger Generationen adressiert und zu Klimaschutz und nachhaltigem Handeln aufgerufen.

Die DPTV-Delegiertenversammlung schließt sich der Auffassung des 35. DPT an und sieht im Klima- und Umweltschutz einen wichtigen Aspekt des Gemeinwohls und des Erhalts der Lebensgrundlagen, gerade im Hinblick auf die psychische Gesundheit. Mit Sorge nehmen wir die wissenschaftlichen Aussagen zu den Auswirkungen des Klimawandels auf körperliche und psychische Gesundheit, auf soziale Beziehungen und Sicherheit von Millionen Menschen zur Kenntnis.

Die DPTV-Delegiertenversammlung begrüßt die Gründung einer DPTV-Klima-AG und unterstützt die Weiterentwicklung der vorgesehenen Maßnahmen:

- Nachhaltigkeit als Leitlinie des Verbandes
- Entwicklung von Konzepten und Handreichungen für klima- und umweltfreundliche psychotherapeutische Praxen
- Konzepte und Fortbildungen zum therapeutischen Umgang mit klimabezogenen Störungen (Depressionen, Ängsten etc.)
- Engagement des Verbandes in weiteren Gremien (z. B. GK II)
- Einbringen von psychotherapeutischem Fachwissen in den gesellschaftlichen Diskurs

Quellen:

- § 6 Abs. 1 HeilBerG NRW: Bei der Erfüllung dieser Aufgaben sind die Interessen des Gemeinwohls zu beachten.
- § 1 Abs. 2 MBO: Sie beteiligen sich ... an der Erhaltung und Weiterentwicklung der soziokulturellen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit der Menschen.
- BPTK (2019). Nachhaltigkeits-Resolution: <https://tinyurl.com/38tkhbv6>
- WMO (2020). Climate Change Continues. World Meteorological Organization. Video auf Twitter: <https://tinyurl.com/ut4uf9fb>



Bronte Lutz, Stephanie Hild-Steimecke, Georg Adelman

Das Uni-Projekt der DPtV

Junge Psychotherapeut*innen der DPtV beraten online fast 3.000 Studierende zur Aus- und Weiterbildung.

Das Uni-Projekt der Jungen Psychotherapeut*innen der DPtV ist ein Beratungsangebot für Studierende der Psychotherapie, Psychologie und Pädagogik an deutschen Universitäten. In Kooperation mit lokalen Fachschaften werden seit 2017 Vorträge an verschiedenen Universitäten für Studierende angeboten, die sich dafür interessieren Psychologische Psychotherapeut*innen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) zu werden. Da es zur postgradualen Ausbildung

Uni-Projekt goes online

Durch die Corona-Pandemie pausierte das Vortragsprojekt für wenige Monate, um das Vortragsformat auf Onlinevorträge umzustellen. Dies bot neben der bisherigen Möglichkeit einzelne Universitäten anzusprechen, auch die Option den Vortrag für Studierende aus dem gesamten Bundesgebiet gleichzeitig anzubieten. So erweiterten wir unser Referent*innenteam auf bis zu fünf Referent*innen pro deutschlandweiten Vortrag, um dem komplexeren Vortrags- und Beratungskonzept mit Beantwortung vieler Fragen, sowohl mündlich während des Vortrags, als auch per Chat, gerecht zu werden.

Wenn man uns vor einem Jahr gesagt hätte, dass wir das Uni-Projekt im Onlineformat vortragen und damit deutschlandweit pro Veranstaltung bis zu 500 Studierende und angehende Psychotherapeut*innen erreichen, dann wären wir zunächst verblüfft gewesen. Ohne die aktuelle Pandemie wären wir wohl nicht auf die Idee gekommen vom persönlichen Kontakt zum Onlinevortrag überzugehen. Zu gerne haben wir die Studierenden vor Ort in der jeweiligen Universität kennengelernt und sind persönlich auf ihre Fragen und Anliegen eingegangen. Gerade dieser persönliche Kontakt zu unserer Zielgruppe hat das Uni-Projekt für uns ausgemacht und uns viel Freude bereitet.

Das Uni-Projekt der Jungen Psychotherapeut*innen der DPtV ist ein Beratungsangebot für Studierende der Psychotherapie, Psychologie und Pädagogik an deutschen Universitäten.

Psychotherapie an den meisten Universitäten wenig bis keine Informationen gab und zum

Teil bis heute noch nicht gibt, konzipierte das Sprecher*innen-Team der Jungen Psychotherapeut*innen der DPtV einen Vortrag für Studierende, in dem sie unter anderem darüber informierten, wie die Ausbildung abläuft, mit welchen Ausbildungskosten zu rechnen sind, wie man passende Ausbildungsinstitute und Kliniken findet und wie die späteren beruflichen Perspektiven sind.

Mit Beschluss des Psychotherapeutenausbildungsgesetzes (PsychThGAusbRefG) im November 2019 wurde der Vortrag für Studierende um Informationen zum Studium der Psychotherapie und der darauffolgenden Weiterbildung ergänzt. So wurde der Vortrag mit dem Titel „Psychotherapie Aus- und Weiterbildung – Quo vadis?“ für viele Studierende eine wichtige Orientierungshilfe auf ihrem Weg zum (Traum-)Beruf Psychotherapeut*in.

Durch die Corona-Pandemie pausierte das Vortragsprojekt für wenige Monate, um das Vortragsformat auf Onlinevorträge umzustellen.

2017/18: 20 Vorträge an 18 Unis in 8 Bundesländern mit 10 Referent*innen und 1.040 Studierenden

Trotzdem ist das Uni-Projekt-Online auch weiterhin für uns eine spannende und bereichernde Arbeit, um Studierenden zu helfen, ihren Berufsweg zu ebnen. Auch bei den Studierenden hat es sich inzwischen herumgesprochen, dass es unsere Vorträge gibt. Sie erfreuen sich zunehmender Beliebtheit, wie unsere Onlineumfragen während der Vorträge zeigen. Im Folgenden möchten wir einen Überblick über die Entwicklung des Uni-Projekt-Online bieten und auch einen Ausblick geben, wie die Zukunft des Projektes aussehen kann.

Umfrage unter den Teilnehmer*innen

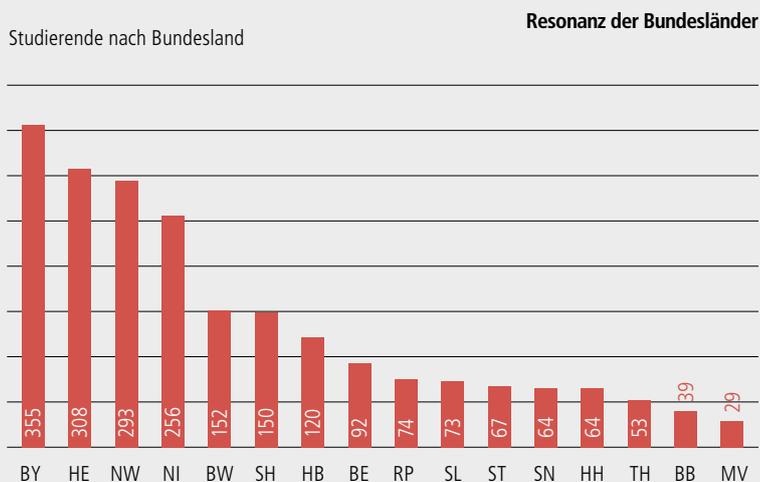
Das Onlineformat bietet eine Vielzahl von Vorteilen, die uns im Laufe der Monate bewusst geworden sind. Wir können eine größere Anzahl von Studierenden gleichzeitig erreichen und das auch noch deutschlandweit! So haben wir in den Onlineveranstaltungen Studierende aus jedem Bundesland in Deutschland erreichen können, mit der größten Resonanz aus Bayern (n=355), Hessen (n=308) und Nordrhein-Westfalen (n=293). In der folgenden Grafik wird ersichtlich, aus welchen Bundesländern die Umfrageteilnehmer*innen kamen.

Aufgrund der Anhebung der Referent*innen-zahl je Vortrag konnten die Teilnehmer*innen von einer größeren Diversität der Vortragenden profitieren und während des Vortrags Ansprechpartner*innen aus verschiedenen Bundesländern oder Verfahren sowie mit unterschiedlichem Erfahrungsschatz befragen. Darüber hinaus haben uns die Onlineveranstaltungen die Möglichkeit gegeben, unsere Zielgruppe und ihre Bedürfnisse

besser kennenzulernen, etwa durch Umfragen zu Beginn und zum Abschluss jeder Veranstaltung.

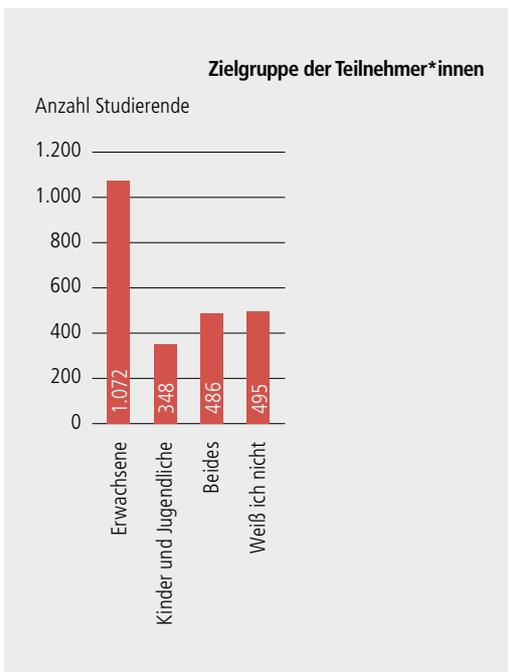
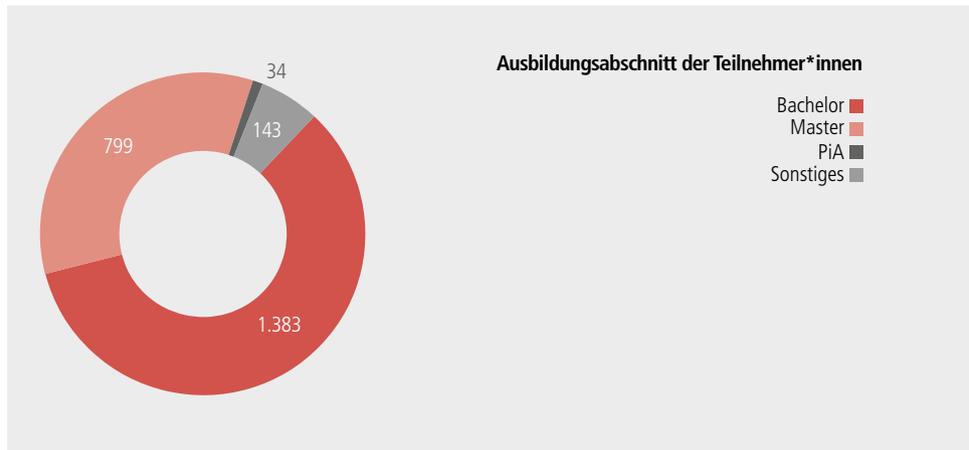
So konnten wir beispielsweise erfahren, in welchem Abschnitt der Ausbildung sich unsere Zuschauer*innen befinden, im Bachelor, Master oder bereits in der Psychotherapieausbildung. Hierbei zeichnete sich in den bisherigen Umfragen ab, dass ein Großteil der Teilnehmer*innen sich noch im Bachelor (n=1.383) befindet, gefolgt von Masterstudierenden (n=799) und einem geringen Anteil an Psychotherapeut*innen in Ausbildung (n=34) und diversen Gästen (n=143), die sich keiner der Kategorien zugehörig fühlten. Davon wollte der Großteil der Teilnehmer*innen zukünftig mit Erwachsenen (n=1.072) arbeiten, jedoch waren sich viele der Teilnehmer*innen unsicher (n=495), mit welcher Zielgruppe (Erwachsene, Kinder und Jugendliche (n=348), beides (n=486)) sie sich die psychotherapeutische Arbeit vorstellen können. Dies spiegelte sich auch in den Interessen, Anliegen und Fragen der Studierenden wider. Demnach befinden sich viele der Teilnehmer*innen noch in der Orientierungsphase: Was will ich überhaupt? Möchte ich überhaupt Psychotherapeut*in werden? Wie ist der Berufsalltag als Psychotherapeut*in? Was kommt in der Ausbildung beziehungsweise künftigen Weiterbildung auf mich zu?

Zudem herrscht nach der Reform durch das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz eine große Unsicherheit bei den künftigen Psychotherapeut*innen hinsichtlich des neuen Studiengangs Psychotherapie sowie der anschließenden Weiterbildung.

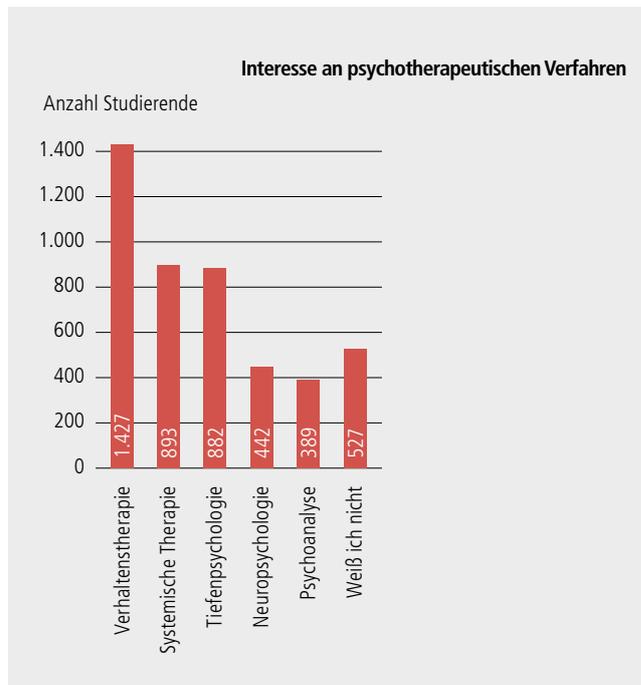


2018/19: 16 Vorträge an 15 Unis in 9 Bundesländern mit 10 Referent*innen und 835 Studierenden

Zudem herrscht nach der Reform durch das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz eine große Unsicherheit bei den künftigen Psychotherapeut*innen hinsichtlich des neuen Studiengangs Psychotherapie sowie der anschließenden Weiterbildung. Sie stellen sich beispielsweise folgende Fragen: Sollte ich auf die neue Weiterbildung warten oder doch die alte Ausbildung absolvieren? Lohnt es sich überhaupt zu warten? Wie sind die Übergangsregelungen für den alten Ausbildungsweg? In dieser Orientierungsphase sowie bei Unsicherheiten durch die Reform konnten wir bislang mit unseren Onlineveranstaltungen 2.895 Studierende auffangen und beratend zur Seite stehen. Dies wäre in Präsenz nie möglich gewesen.

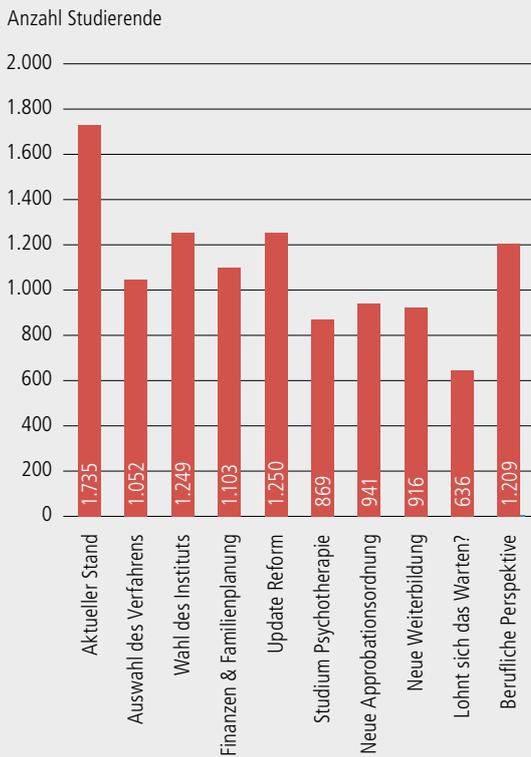


Die Umfragen lieferten uns zudem ein anschauliches Bild der Interessensverteilung hinsichtlich der angestrebten psychotherapeutischen Verfahren der angehenden Psychotherapeut*innen. Dies wird in der folgenden Graphik dargestellt:



Demnach interessierten sich die meisten Teilnehmer*innen für die Verhaltenstherapie (n=1.427), gefolgt von der Systemischen Therapie (n=893) und der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (n=882). Zudem begeisterte sich ein beachtlicher Anteil der Studierenden für die Neuropsychologie (n=442) und die Psychoanalyse (n=389). Unsicherheiten bezüglich der Verfahrenswahl herrschten ebenso bei einer Vielzahl von Studierenden (n=527). So wird auch die Wahl des Verfahrens im Rahmen der Veranstaltungen thematisiert und etwa hilfreiche Fragestellungen sowie Erfahrungswerte hinsichtlich der einzelnen Verfahren mit den Teilnehmer*innen geteilt.

Interessenverteilung der Teilnehmer*innen

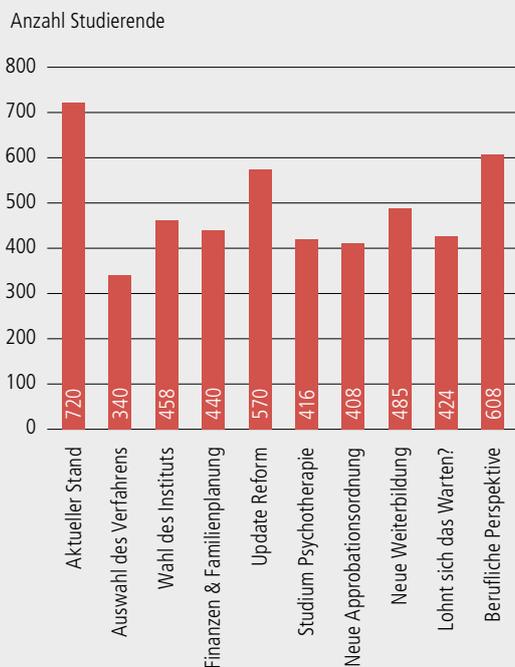


Ingesamt wird im Rahmen der Veranstaltung eine Bandbreite an Themen und Fragestellungen aufgegriffen, um den Teilnehmer*innen einen möglichst umfassenden, differenzierten Einblick in die Aus- und Weiterbildung Psychotherapie zu gewähren. So werden unter anderem der aktuelle Stand der alten Ausbildung, die Verfahrens- und Institutswahl, die Zielsetzung der Reform und die daraus resultierende neue Weiterbildung sowie berufliche Perspektiven thematisiert. Auch hierbei zeigte sich anhand der Umfragen, dass sich die Studierenden für alle Themen begeistern konnten. Am meisten interessierten sich die Zuschauer jedoch für den aktuellen Stand der alten Ausbildung (n=1.735), die Zielsetzungen und Änderungen durch die Reform (n=1.250) sowie die Wahl des Instituts (n=1.249). Am hilfreichsten empfanden die Teilnehmer*innen den aktuellen Stand (n=720), die beruflichen Perspektiven (n=608) sowie die Zielsetzungen und Änderungen durch die Reform (n=570).

Wie soll es weitergehen?

Für die Zukunft haben wir zwei konkrete Änderungen vor, zum anderen Visionen, wie es die nächsten Jahre weitergehen kann. Konkret werden wir zwei von einer Pause getrennte Vorträge zur alten Ausbildung und zur neuen Weiterbildung anbieten, da die Studierenden zunehmend nicht mehr die Wahl haben, sondern rechtlich auf einen der Wege zum/zur Psychotherapeut*in festgelegt sind. So streben wir an, beiden Interessensgruppen künftig besser gerecht zu werden und auch mehr Raum für Fragen und Diskussion zu bieten. Bisher geht es im Uni-Projekt vor allem um die Aus- und Weiterbildung zum/zur Psychotherapeut*in. Dies hat sich bewährt und läuft sehr erfolgreich.

Am hilfreichsten für die Teilnehmer*innen



Es bleiben Herausforderungen und damit auch zwei Visionen: So gibt es zum einen Aspekte der bisherigen Vorträge, die eigene Veranstaltungen verdient hätten. Zu den häufigeren Themen und Fragen gehören etwa Finanzierung und Familienplanung während der Ausbildung, das Erlangen eines Doktorgrades parallel zur Psychotherapie-Ausbildung und Psychotherapie-Weiterbildung oder das passende Verfahren für sich selbst zu finden. Für solche Themen wären spezifische Vorträge entsprechend hilfreich für Studierende.

Konkret werden wir zwei von einer Pause getrennte Vorträge zur alten Ausbildung und zur neuen Weiterbildung anbieten.

Zum anderen zeigten uns die Meinungsverschiedenheiten, beispielsweise über die Dauer der Weiterbildung, dass unsere inhaltliche Anbindung an die Diskurse der Universitäten verstärkt werden könnte. Bisher bieten wir vor allem Vorträge mit anschließender Fragezeit an. Vorträge mit offenen Diskussionen zu aktuell relevanten Themen anzubieten, könnte eine spannende und herausfordernde Weiterentwicklung des Konzepts bieten. So könnten sich Themen wie Psychotherapie in Verbindung mit beispielsweise Ethik, Berufspolitik, Gender, Klimakrise, Berufsperspektiven oder Psychohygiene anbieten, um mit Studierenden sowie PiA und PtW in den Diskurs zu kommen und verschiedene spannende Facetten und Herausforderungen des Berufes zu beleuchten.

Entsprechend möchten wir neue Inhalte und Formen des Austausches testen, um so zu einer lebendigen Diskussionskultur beizutragen. So könnte neben dem Uni-Projekt auch ein Online-Café für Studierende analog zum PiA-Café der Sprecher*innen der Jungen Psychotherapeut*innen der DPTV dabei unterstützen. Wir können es schaffen, zum einen verlässliche Fakten in Vorträgen zu bieten und zum anderen Raum für Meinungsbildung und tieferes Verständnis von Zusammenhängen zu geben. Dies ist eine wichtige Vorbereitung auf berufspolitisches Engagement – gerade auch bei komplexen Problemen der Strukturen und Inhalte der Aus- und Weiterbildung Antworten zu finden, statt sprachlos zu sein. Denn genau dafür steht das Uni-Projekt der DPTV!

Dies ist eine wichtige Vorbereitung auf berufspolitisches Engagement – gerade auch bei komplexen Problemen der Strukturen und Inhalte der Aus- und Weiterbildung Antworten zu finden, statt sprachlos zu sein.



„Die Situation und die Fragen der Studierenden hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung kenne ich gut und kann sie nachvollziehen. Daher engagiere ich mich beim Universitätsprojekt, um die angehenden Psychotherapeut*innen bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen.“

Bronte Lutz, Psychotherapeutin in Ausbildung (VT), Mitglied im JPt-Sprecher*innen-Team der DPTV, DPTV-Landesgruppe Baden-Württemberg, Ulm

„Ich habe das Uni-Projekt ins Leben gerufen, weil es mir wichtig ist, dass angehende Psychotherapeut*innen wissen, worauf sie sich mit der Aus- und Weiterbildung einlassen.“

Stephanie Hild-Steimecke, Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis (TP), Mitglied im JPt-Sprecher*innen-Team der DPTV, DPTV-Landesgruppe Hessen, Birstein



„Ich will helfen, dass Menschen gesund durch die Ausbildung kommen. Deswegen bin ich dankbar für das Uni-Projekt, weil es hilft, den jeweils eigenen guten Weg durch die Ausbildung und zukünftig durch die Weiterbildung zu finden.“

Georg Adelman, Psychotherapeut in Ausbildung (VT), Mitglied im JPt-Sprecher*innen-Team der DPTV, klimapolitisch bei den Psy4F aktiv, berufspolitisch und friedenspolitisch engagiert, Würzburg

„Das Uni-Projekt ist eine wichtige Plattform, um gesammeltes Wissen und Erfahrungen weiterzugeben. Mit dem Onlineformat haben nun alle Studierenden die Chance, von diesen Informationen zu profitieren.“

Ken Schönfelder, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis (VT), Mitglied im JPt-Sprecher*innen-Team der DPTV, DPTV-Landesgruppe Sachsen, Auerbach/Vogtland



„Ich mache beim Uni-Projekt mit, um unseren Nachwuchs beim Übergang ins neue System frühzeitig zu unterstützen.“

Helge Sickmann, Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis (VT), DPTV-Landesgruppe Hessen, Rüsselsheim

„Ich engagiere mich im Uni-Projekt, weil ich selber während des Studiums planlos und uninformiert und unglaublich dankbar für einen Vortrag eines Berufsverbands war, um mich im ‚Ausbildungsdschungel‘ zu orientieren – das will ich weitergeben.“

Maria Prkno, Psychotherapeutin in Ausbildung (TP), Mitglied im JPt-Sprecher*innen-Team der DPTV, DPTV-Landesgruppe Hamburg



Kurz gefasst

Das Thema Krebs und Sexualität ist in vielen Fällen immer noch ein Tabuthema. Fragen wie „Ist Sexualität angesichts einer Krebserkrankung überhaupt bedeutsam?“, oder „Welche Einstellung habe ich zu Sexualität und Krankheit oder Sexualität und Alter?“ stellen sich in der Auseinandersetzung mit diesen Themen. Nicht nur die betroffenen Paare, sondern auch die Behandelnden müssen sich damit auseinandersetzen, ob sie Gespräche über Sexualität führen wollen und können. Darüber hinaus ist es wichtig, die Auswirkungen einer onkologischen Erkrankung und ihrer Behandlung auf Sexualität zu kennen.



Tanja Zimmermann

Sexualität im Kontext von Krebserkrankungen

Sexualität und Krebs: Ist das überhaupt ein relevantes Thema?

Sexualität ist ein zentraler Aspekt im Leben eines Menschen, der untrennbar mit Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden ist (Weltgesundheitsorganisation, 2021). Sexualität geht mit verschiedenen Begrifflichkeiten wie Geschlecht, Geschlechtsidentität und soziale Rolle, sexuelle Orientierung, Erotik, Freude, Vergnügen, Genuss, Intimität und Fortpflanzung einher. Sexualität wird erfahren und findet Ausdruck in Gedanken, Phantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensweisen, Praktiken, Rollen und Beziehungen.

Sexuelle Störungen und Beeinträchtigungen

Eine Krebserkrankung geht mit einer Vielzahl von psychischen und physischen Belastungen und Veränderungen einher, die auch die sexuelle Funktionsfähigkeit verändern oder beeinträchtigen können. Die sexuellen Störungen und Beeinträchtigungen können sich als Libidoverlust, Erektionsstörungen, veränderte sexuelle Erregbarkeit, Ejakulationsstörungen, Orgasmusstörungen oder Dyspareunien äußern (Brechtel, 2012). Als ursächlich für sexuelle Funktionsstörungen können vier Bereiche betrachtet werden: 1) Veränderungen und Beeinträchtigungen von Körperbild und

Als ursächlich für sexuelle Funktionsstörungen können vier Bereiche betrachtet werden: 1) Veränderungen und Beeinträchtigungen von Körperbild und -funktion, 2) partnerschaftliches Erleben, 3) psychosoziales Erleben und 4) Begleiterkrankungen und -medikation.

-funktion, 2) partnerschaftliches Erleben, 3) psychosoziales Erleben und 4) Begleiterkrankungen und -medikation (Brechtel, 2012).

Veränderungen oder Beeinträchtigungen des Körperbildes oder der -funktion ergeben sich durch den Verlust oder die Schädigung von Sexualorganen oder der sexuellen Funktion. Häufig kann es zu vaginalen Problemen wie Trockenheit, Elastizitätsverlust der Scheide, Infektionen, eingeschränkter Lubrikationsfähigkeit, Schädigungen der Nervenbah-

nen, Erektionsstörungen oder Schmerzen kommen (Bober & Varela, 2012). Auch Körperbildveränderungen zum Beispiel durch Narben, Gewichtsveränderungen, Haarverlust, Stoma, Gesichtsveränderungen können zu sexuellen Problemen beitragen. Die Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung kann zu Scham oder Ekelgefühlen führen und mit einem Verlust der Weiblichkeit oder Männlichkeit beziehungsweise der Identität als „Frau“ oder „Mann“ einhergehen. Für viele Erkrankte wird durch die Krankheit und Behandlung das Gefühl von Vollständigkeit und Integrität des Körpers als eine intakte Einheit bedroht (Hawkins et al., 2009). Der Körper fühlt sich anders an, macht sich mehr durch Beschwerden und Schmerzen bemerkbar und das Genussverhalten ist generell eingeschränkt. Auch Veränderungen der Körperfunktion wie Inkontinenz, Verlust der Stimme oder Fatigue können die Sexualität beeinträchtigen.

Für viele Erkrankte wird durch die Krankheit und Behandlung das Gefühl von Vollständigkeit und Integrität des Körpers als eine intakte Einheit bedroht.

Partnerschaftliches Erleben

Neben diesen eher medizinischen Aspekten sollte auch das partnerschaftliche Erleben im Hinblick auf Sexualität betrachtet werden. Eine Krebserkrankung stellt für viele Paare eine große Herausforderung dar (Badr & Krebs, 2013). Zusätzlich zu dem Schock der Diagnose, den das Paar zu Beginn der Krebserkrankung und -behandlung verarbeiten muss, führt die Erkrankung und Behandlung auch zu gravierenden Änderungen im Alltag eines Paares. Insbesondere Rollenveränderungen, Unterbrechungen des bisherigen Alltags bis hin zu Einschränkungen gewohnter Aktivitäten, die auch mit einer sozialen Isolation einhergehen können und finanzielle Sorgen können die partnerschaftliche Zufriedenheit beeinträchtigen (Regan, Acquati & Zimmermann, 2018). Hinsichtlich der sexuellen Funktionsfähigkeit können die Veränderungen der Rollen oder Funktionen in der

AUS DER PSYCHOTHERAPIE

Partnerschaft erheblich zu Beeinträchtigungen führen. Oft kommt es zu Rollenzuschreibungen von „krank versus gesund“. Diese Asymmetrie kann es Paaren schwer machen, zum Beispiel von der Rolle des Pflegenden in die Rolle des Sexualpartners zurückzufinden. Eine Krebserkrankung stellt für viele Paare eine chronische Stressbelastung dar.

Chronischer Stress wiederum führt zu einer Verschlechterung der partnerschaftlichen Kommunikation, Reduktion der Intimität und des psychischen Wohlbefindens für beide Personen.

Chronischer Stress wiederum führt zu einer Verschlechterung der partnerschaftlichen Kommunikation, Reduktion der Intimität und des psychischen Wohlbefindens für beide Personen (Manne, Badr & Kashy, 2012) und kann statt Nähe eher Distanz erzeugen. Vielen Paaren fällt es zudem schwer, über Ängste und Sorgen hinsichtlich der Krebserkrankung zu sprechen. Oftmals kommt es zum sogenannten protective buffering, bei dem eine Person die eigenen Ängste und Sorgen zurückhält, um die andere Person nicht zusätzlich zu belasten (Manne, Dougherty, Veach & Kless, 1999). Allerdings beruht dies häufig auf der Annahme, dass der andere vor den Belastungen geschützt werden muss, ohne dass dies im Gespräch geklärt wurde. Dieses Verhalten kann somit – auch wenn die Absicht dahinter durchaus positiv ist – eher zu Distanz als zu Nähe führen. Beide Personen fühlen sich mit ihren Ängsten und Sorgen alleingelassen und entfernen sich emotional voneinander, welches sich wiederum auch auf die partnerschaftliche Intimität auswirken und das Kohäsionsgefühl verringern kann (Bodenmann, Randall & Falconier, 2016).

Psychosoziales Erleben

Beeinträchtigungen im psychosozialen Erleben bei Krebserkrankten und ihren Angehörigen sind inzwischen in zahlreichen Studien beschrieben worden (Kayser, Watson & Andrade, 2007; Mehnert et al., 2018; Zimmermann, 2019). Neben krankheitsbedingten Sorgen und Ängsten finden sich Depressivität, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Insuffizienzgefühle sowie existenzielle Sorgen. Hinzu kommen Selbstwert einschränkungen, Schuldgefühle, Missverständnisse, Wissensdefizite und Versagensängste. Auch diese Belastungen beeinträchtigen die sexuelle Funktionsfähigkeit. Personen, die an Krebs erkranken, haben möglicherweise noch weitere körperliche Erkrankungen, wie Diabetes, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, die eine medikamentöse Behandlung erfordern und sich negativ auf Sexualität auswirken können (Brechtel, 2012).

Obwohl sich die Mehrzahl der Erkrankten Informationen über die Auswirkungen der Krebserkrankung und -behandlung auf die Sexualität wünscht, ist das Thema Sexualität häufig noch ein Tabuthema.



Tabuthema Sexualität bei Krebserkrankungen

Die genannten Faktoren können eine Verunsicherung und Unzufriedenheit zur Folge haben, die nicht selten dazu führt, dass Paare auf Sexualität, aber auch auf Zärtlichkeit und Körperkontakt verzichten. Sexuelle Zufriedenheit ist jedoch ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität und Prädiktor für die partnerschaftliche Anpassung an eine Krebserkrankung (Wimberly, Carver, Laurenceau, Harris & Antoni, 2005). Obwohl sich die Mehrzahl der Erkrankten Informationen über die Auswirkungen der Krebserkrankung und -behandlung auf die Sexualität wünscht, ist das Thema Sexualität häufig noch ein Tabuthema. Krebserkrankte trauen sich oft nicht, Fachleute auf dieses Thema anzusprechen (Bober & Varela, 2012; Brenk-Franz, 2016). Allerdings werden auch durch Fachpersonen Gespräche über Sexualität bei Krebserkrankungen eher selten initiiert (Hordern & Street, 2007).

Möglicherweise könnte ein Grund darin liegen, dass bei Personen im höheren Alter, die häufiger an Krebs erkranken, bei Fachpersonen davon ausgegangen wird, dass Sexualität nicht mehr aktiv stattfindet. Die Studie zur Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD) zeigt, dass die sexuelle Aktivität mit zunehmendem Alter deutlich zurück geht, dennoch sind in der Gruppe der 66- bis 75-Jährigen noch die Hälfte der Männer und ein Viertel der Frauen sexuell aktiv (Dekker, Matthiesen, Cerwenka, Otten & Briken, 2020). Möglicherweise geht das medizinische Team auch davon aus, dass Sexualität im Rahmen einer möglicherweise lebensbedrohlichen Erkrankung wie Krebs kein Thema ist. Auch hier zeigt die GeSiD-Studie, dass ein schlechter Gesundheitszustand die sexuelle Aktivität zwar deutlich einschränkt. Allerdings zeigt sich auch, dass Erkrankungen oder gesundheitliche Beeinträchtigung nicht automatisch das Ende eines aktiven und befriedigenden Sexuallebens bedeutet, denn die Hälfte der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einschätzten, waren im letzten Monat sexuell aktiv (Dekker et al., 2020). Somit können die Gründe „Alter“ und „Krankheit“ für eine mangelnde Kommunikation zu Krebs und Sexualität durch Fachpersonen als unbegründet betrachtet werden. Möglicherweise liegen die Gründe auch eher darin, dass sich die Fachpersonen nicht gut darin trainiert erleben, sexuelle Themen offen anzusprechen, sich nicht gut vorbereitet fühlen und diese Gespräche daher eher als unangenehm erleben und dann die Tendenz zur Vermeidung hoch ist. Hinzukommen – insbesondere im stationären Rahmen – eine hohe Arbeitsbelastung bei deutlichem Zeitmangel, welches dazu führt, dass das Thema Sexualität eher nicht angesprochen wird.



Sexualität und insbesondere „sexuelles Versagen“ sind nach wie vor oft scham- und angstbesetzt und hindern die Betroffenen nicht nur daran, offen das Bedürfnis nach einer Beratung durch Fachpersonen zu äußern, sondern auch mit dem Partner oder der Partnerin über dieses Thema zu sprechen. Unsicherheiten wie zum Beispiel „Bestimmt will er oder sie jetzt lieber einen oder eine andere“ oder „Wie kann man in so einer Situation an so etwas denken“ treten auf. Viele Paare unterbrechen sexuelle Aktivitäten während der aktuellen medizinischen Behandlung zum Beispiel einer Chemotherapie. Wenn die medizinische Behandlung dann abgeschlossen ist, entsteht möglicherweise wieder ein Bedürfnis nach sexueller Nähe und Aktivität. Viele Paare sind verunsichert, wann und wie und ob sie sich dem anderen wieder nähern sollen. Insbesondere bei den Nicht-Erkrankten finden sich häufig Unsicherheiten, wie sie zum Beispiel mit den körperlichen Veränderungen umgehen sollen und ob eine Initiierung von Sexualität zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt angemessen ist. Auch die Erkrankten erleben in den meisten Fällen die Körperbildprobleme und ihre Auswirkungen als hinderlich. Hinzu kommt bei beiden Personen ein Leistungsdruck, eine gespannte Erwartungshaltung, Versagensängste sowie die möglicherweise noch anhaltenden Rollenveränderungen (Pfleger*in versus Sexualpartner*in). Dies führt zu einer fehlenden sexuellen Erregung und zum Misserfolg. Als Folge stellt sich in diesem Teufelskreis Resignation und Vermeidung ein und es kommt zu keiner weiteren Annäherung (Diegelmann, Isermann & Zimmermann, 2020; Zimmermann & Heinrichs, 2008). Natürlich können Paare auch schon vor der Krebserkrankung sexuelle Probleme erlebt haben oder aber entschieden haben, keine aktive Sexualität mehr auszuleben. Wichtig ist, mit dem Paar das Gespräch zu suchen und Paaren, die diesen Wunsch verspüren, dabei zu helfen, wieder zu einer aktiven und zufriedenstellenden Sexualität zurückzufinden. Denn sexuelle Zufriedenheit

stellt auch eine wichtige Ressource zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse dar. In der Kommunikation von Paaren haben sich Kommunikationsstrategien wie sich öffnen, die Sicht des anderen anerkennen und eine aktive Problemlösung als hilfreich für eine höhere Partnerschaftszufriedenheit und geringeren psychischen Distress erwiesen, wohingegen Rückzugsverhalten, Vermeidung, Vorwürfe und protective buffering zu mehr Distress und höhere Unzufriedenheit in der Partnerschaft führen (Manne & Badr, 2008). Zufriedenheit mit der Sexualität in der Partnerschaft steht in einem engen Zusammenhang mit der allgemeinen Partnerschaftszufriedenheit.

Grundsätzlich sollten Fachpersonen das Thema Sexualität offen ansprechen und nach Veränderungen und Unzufriedenheit fragen.

Im Gespräch mit Krebserkrankungen sollten das Thema Sexualität von Fachpersonen initiiert werden. Mögliche Fragen sind „Sind Sie mit Ihrer Sexualität zufrieden?“, „Hat sich durch die Krebserkrankung etwas in der Sexualität verändert?“, „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer körperlichen Erscheinung?“, „Sprechen Sie mit Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin über Sexualität?“.

Das Thema Sexualität ist häufig noch tabubehaftet. Grundsätzlich sollten Fachpersonen das Thema Sexualität offen ansprechen und nach Veränderungen und Unzufriedenheit fragen. Auch sollte eine Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung auf Sexualität standardmäßig erfolgen sowie Ängste und Unsicherheiten exploriert werden. Eine Krebserkrankung betrifft immer beide Personen in einer Partnerschaft. In Bezug auf Sexualität sollten Fachpersonen das Paar ermutigen, darüber zu sprechen, sich Informationen einzuholen und Mut zu Fantasie und Lust entwickeln.



Prof. Dr. rer. nat. Tanja Zimmermann

Professorin für Psychosomatik und Psychotherapie mit Schwerpunkt Transplantationsmedizin und Onkologie an der Medizinischen Hochschule Hannover, Psychologische Psychotherapeutin (VT; Zusatzqualifikation KJP), Psychoonkologin, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Psychotherapiewoche der Ärztekammer Niedersachsen, Vorstandsbeauftragte für Palliativversorgung in der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Sprecherin des Vorstands der AG Psychoonkologie in der DKG.



Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie online im unter www.psychotherapieaktuell.de.

Anja Grocholewski

Körperdysmorphie Störung (KDS)

Wenn die Besorgnis, einen Makel im Aussehen zu haben oder hässlich zu sein das Denken länger als eine Stunde am Tag beherrscht und zu ausgedehnten Kontrollritualen führt, spricht man von einer KDS.

Die meisten Menschen kennen es: Man sieht in den Spiegel und entdeckt Körperregionen, die einem nicht gefallen oder die man sogar hässlich findet. Viele versuchen dann, ihr Äußeres zu korrigieren, zum Beispiel, indem sie einen bestimmten Kleidungsstil wählen, Make-up auftragen oder die Haare sorgfältig frisieren. Aber auch kosmetisch-medizinische Behandlungsmaßnahmen sind kein Tabuthema mehr: Im Länder-Ranking der zehn Nationen mit den meisten chirurgisch und nicht-chirurgisch durchgeführten Behandlungen befand sich die BRD 2019 an sechster Position

(ISAPS, 2020). Eine hohe Investition in das Aussehen ist per se erstmal nicht psychopathologisch auffällig: In einer Studie, die 544 Personen, die sich einer ästhetischen Operation unterzogen haben mit 264 Personen, die sich eine solche Operation zwar wünschen, sie aber nicht durchführen lassen haben, verglichen hat, zeigte sich, dass bei denjenigen, die sich der Behandlung unterzogen haben, der Eingriff scheinbar zu positiven, selbstberichteten psychologischen Änderungen führte – und das noch ein Jahr nach dem Eingriff (Margraf, Meyer, & Lavalley, 2013).

Die KDS kennzeichnet sich dadurch, dass Betroffene sich um einen (oder mehrere) empfundene Makel im Aussehen sorgen.



Kurz gefasst

Die Körperdysmorphie Störung (KDS) kennzeichnet sich durch eine übermäßige Beschäftigung mit einem oder mehreren Makeln im Aussehen, die von Anderen nicht oder nur wenig wahrgenommen werden. Die KDS ist mit einer Punktprävalenz von knapp 3 % nicht selten, wobei Männer und Frauen ungefähr gleich häufig betroffen sind. Häufige Komorbiditäten bestehen mit Depressionen, Angststörungen, Substanzabhängigkeiten, Zwangsstörungen, Essstörungen oder Persönlichkeitsstörungen, es finden sich auch erhöhte Suizidraten. Störungsmodelle gehen von multifaktoriellen Ursachen aus, ein eventuell tatsächlicher Mangel im Aussehen allein kann die Störung nicht erklären. Betroffene kommen erst spät in psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung und verschweigen dann häufig den „wahren“ Grund ihrer Beschwerden. Es wäre daher hilfreich, KDS-Symptome bei der Diagnostik standardmäßig abzufragen. Es gibt vielversprechende Belege für die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie und einer Medikation mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern.

Psychische Störungen

Eine große Unzufriedenheit mit dem Erscheinungsbild kann allerdings mit dazu beitragen, verschiedene psychische Störungen zu entwickeln. Außer bei den Essstörungen ist eine negative Bewertung des Körperbildes auch beteiligt bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der KDS. Die KDS kennzeichnet sich dadurch, dass Betroffene sich um einen (oder mehrere) empfundene Makel im Aussehen sorgen, und zwar so stark, dass sie unter deutlichem Leidensdruck stehen oder durch die Besorgnis im sozialen oder beruflichen Leben oder anderen wichtigen Lebensbereichen beeinträchtigt sind (APA, 2013). Der Mangel, den die Betroffenen beklagen, ist für Andere nicht oder kaum sichtbar. Betroffene entwickeln als Reaktion auf ihre aussehensbezogenen Befürchtungen repetitive Verhaltensweisen (zum Beispiel häufige Überprüfung im Spiegel) oder mentale Handlungen (zum Beispiel Vergleich des Aussehens mit dem von Anderen; APA, 2013). Die Sorgen konzentrieren sich besonders häufig auf das Gesicht und den Kopfbereich, zum Beispiel unreine Haut, eine krumme Nase oder asymmetrische Augen (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993), aber generell kann jeder Körperbereich betroffen sein. Es kommt auch vor, dass die Körperregionen über die Zeit wechseln (Veale & Neziroglu, 2010). 2015 wurde in einer deutschlandweiten repräsentativen Befragung von 2.129 Personen ermittelt, dass zum Zeitpunkt der Erhebung 2,9 % an einer KDS zu leiden schienen – das heißt: von 100 Menschen sind circa drei Personen betroffen (Schieber, Kollé, de Zwaan & Martin, 2015). Letztendlich ist die genaue Häufigkeit der KDS aufgrund von Fehldiagnosen, hoher Komorbidität mit anderen psychischen Störungen wie zum Beispiel Depressionen, Sozialer Angststörung und Zwangsstörungen, Bagatellisierung und Trivialisierung durch Betroffene und Fachpersonal sowie der mangelnden Vertrautheit potenzieller

Behandler*innen mit dem Störungsbild nicht ganz eindeutig zu bestimmen (Hartmann, Grochowski & Buhlmann, 2019). Obwohl die KDS beide Geschlechter ungefähr gleichermaßen häufig betrifft (Phillips, 2005), scheinen jedoch die berichteten Makel häufig geschlechtsspezifisch zu sein. Zu diesem Ergebnis kam auch eine groß angelegte Studie mit 200 KDS-Patient*innen: Die Ähnlichkeiten zwischen den Geschlechtern sind wesentlich größer als die Unterschiede; der wesentliche Unterschied zwischen Männern und Frauen scheint darin zu bestehen, welche Körperregionen als hässlich empfunden werden (Phillips, Menard & Fay, 2006). Männer machen sich häufiger Sorgen über ihre Genitalien, ihren Körperbau und Haarausfall, Frauen sorgen sich eher über Haut, Bauch, Gewicht, Busen, Gesäß, Taille, Beine, Hüften, Zehen und starke Körper- oder Gesichtshaarung (Phillips et al., 2006).

Die KDS ist keine Eitelkeit, sondern eine höchst beeinträchtigende Störung. Nicht nur, dass ein hoher Prozentsatz der Betroffenen außerdem auch an weiteren psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Substanzabhängigkeiten, Zwangsstörungen, Essstörungen oder Persönlichkeitsstörungen leidet (Veale & Neziroglu, 2010), KDS-Betroffene sind auch üblicherweise sozial zurückgezogen oder teilweise komplett an das Haus gebunden, da sie sich vor Scham aufgrund ihres Aussehens nicht in die Öffentlichkeit trauen (Phillips, Menard, Fay, & Weisberg, 2005). Das Wahrnehmen von Verpflichtungen wie zum Beispiel zur Arbeit zu gehen ist häufig nur möglich unter Berücksichtigung bestimmter Sicherheitsverhaltensweisen, die darauf abzielen, den Mangel vor Anderen zu verstecken (Phillips et al., 2005). Hier findet sich auch eine Affinität zu kosmetisch-

Wer länger als eine Stunde täglich über sein Aussehen grübelt, ist eventuell betroffen.



Das umfangreiche
Literaturverzeichnis finden
Sie online im unter [www.
psychotherapieaktuell.de](http://www.psychotherapieaktuell.de).



Dr. rer. nat. Anja Grochowski

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT), Leitung der Hochschul- und Ausbildungsambulanz Erwachsene der Technischen Universität Braunschweig, seit 2013 Leitung der Spezialambulanz für Körperdysmorphie Störung, Supervisorin.

medizinischen Behandlungen (Buhlmann et al., 2010). Außerdem wird von Betroffenen berichtet, dass die Gedanken ständig um das Aussehen kreisen (Phillips, 2005). Wer länger als eine Stunde täglich über sein Aussehen grübelt, ist eventuell betroffen (Phillips, 2005). Sehr häufig sind die Betroffenen so stark von der Realität ihres makelbehafteten Erscheinungsbildes überzeugt, dass diese Überzeugungen wahnhaft erscheinen (Hartmann, Thomas, Wilson, & Wilhelm, 2013). Auch geht die KDS mit deutlich erhöhter Mortalität einher, Suizidversuchsraten (Lebenszeit) liegen bei 17 bis 22 % (Phillips & Menard, 2006; Buhlmann et al., 2010). Obwohl sich erste Symptome oft bereits in der Pubertät zeigen, wird die Störung im Schnitt erst 15 Jahre später diagnostiziert (Veale & Neziroglu, 2010).

Wie kommt es zu einer KDS?

Allgemein wird davon ausgegangen, dass eine eventuell tatsächlich vorliegende leichte Abweichung im Aussehen für sich allein die Störung nicht erklären kann (Hartmann et al., 2019). Wie bei anderen psychischen Störungen auch müssen mehrere Faktoren aufeinandertreffen – den „einen“

Obwohl die KDS so beeinträchtigend für die Betroffenen ist, kommen sie üblicherweise erst spät in psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung.

Grund, warum jemand seinen Selbstwert zentral über sein Aussehen definiert, scheint es

nicht zu geben. Mittlerweile liegen mehrere Störungsmodelle zur Erklärung von Entstehung und Aufrechterhaltung der KDS vor, zum Beispiel ein Diathese-Stress-Modell von Wilhelm, Phillips und Steketee (2013). Als Diathese werden im Modell Lebensereignisse benannt (zum Beispiel Mobbing-erfahrungen aufgrund des Aussehens), Persönlichkeitsmerkmale und Grundüberzeugungen (wie Angst vor Zurückweisung und Perfektionismus) und biologische Faktoren (zum Beispiel tatsächliche kleine „Schönheitsfehler“) (Wilhelm et al., 2013). Die KDS wird dann ausgelöst durch unspezifische Stressfaktoren (wie schwierige Lebensereignisse) oder spezifisch auf das Aussehen bezogene Stressfaktoren (wie körperliche Veränderungen durch die Pubertät) (Wilhelm et al., 2013). Im Zentrum des Modells stehen kognitive Prozesse, wie zum Beispiel negative selbstabwertende Interpretationen und selektive Aufmerksamkeitsprozesse, die dann zu negativen Gefühlen wie Scham, Angst und Depression führen, die ihrerseits Sicherheits- und Vermeidungsverhalten initiieren (Wilhelm et al., 2013). Rückkopplungsschleifen von den negativen Emotionen und den Verhaltensweisen zu den kognitiven Prozessen sorgen dann für die Aufrechterhaltung der Störung (Wilhelm et al., 2013).

Obwohl die KDS so beeinträchtigend für die Betroffenen ist, kommen sie üblicherweise erst spät in psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung (Hartmann et al., 2019). Zum einen liegt das daran, dass Personen mit KDS zunächst Behandlungsmöglichkeiten aufsuchen, von denen sie glauben, dass ihre Makel dort direkt verändert werden können, wie zum Beispiel medizinisch-kosmetische oder dermatologische Behandlungen – diese Behandlungsmaßnahmen, die direkt am Makel ansetzen, führen aber meistens nicht zum Erfolg, sondern eher zu einer Zunahme der Symptomatik (zum Beispiel Crerand, Phillips, Menard, & Fay, 2005). Demzufolge finden sich dort gehäufte Prävalenzen der KDS: Ein aktuelles Review mit Metaanalyse fand (unter Einbezug von 23 Studien) für das plastisch-chirurgische Setting eine Häufigkeit von 15 % und für das dermatologische Setting von 12,7 % (Ribeiro, 2017). Zum anderen kommen die Betroffenen erst spät in Fachbehandlung, weil sie aufgrund von Schamgefühlen, über ihre Sorgen bezüglich des Aussehens zu sprechen, keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung aufnehmen (Buhlmann, 2011). Im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext wird die Störung häufig übersehen, weil die Betroffenen auch hier den Kern ihrer Beschwerden oft aus Scham verschweigen (Veale & Neziroglu, 2010). Es ist hilfreich, wenn Behandler*innen die spezifischen KDS-Symptome routinemäßig abfragen (Veale & Neziroglu, 2010), mittlerweile sind Fragen zur KDS ein fester Bestandteil diverser strukturierter diagnostischer Interviews. Psychotherapeutisch liegen mittlerweile diverse Behandlungskonzepte vor, wobei insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie wissenschaftlich vielversprechende Belege liefern konnte (Ipser, Sander & Stein, 2009; Williams, Hadjistavropoulos & Sharpe, 2006). Erfreulicherweise sind inzwischen KVT-Behandlungsmanuale in deutscher Sprache verfügbar (Hartmann et al., 2019; Brunhoeber, 2019). Kernbestandteile sind Motivationsaufbau und Psychoedukation, die gezielte Veränderung negativer aussehensbezogener Gedanken und Grundüberzeugungen und von Aufmerksamkeitsprozessen, Reduktion der behavioralen Beschäftigung mit dem Aussehen (zum Beispiel Rituale) und Exposition mit Reaktionsverhinderung sowie Rückfallprophylaxe (Hartmann et al., 2019; Brunhoeber, 2019). Auch eine Verordnung von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) scheint hilfreich zu sein, da sie depressive Affekte mildern und die Stärke der Überzeugung, hässlich und entstellt zu sein, abschwächen können (Ipser, Sander & Stein, 2009). Dennoch ist festzustellen, dass die Wirksamkeit der Behandlungsmöglichkeiten noch nicht so gut belegt ist, wie sie es zum Beispiel für Depressionsbehandlungen ist.

Im psychiatrischen/psychotherapeutischen Kontext wird die Störung häufig übersehen, weil die Betroffenen auch hier den Kern ihrer Beschwerden oft aus Scham verschweige.



EGO-STATE-THERAPIE Zertifizierte Fortbildung in Bonn Susanne Leutner und Elfie Cronauer

Unser **spezieller Qualitätsbonus:**

Wir unterrichten zu viert. Vorträge im Wechsel, lebendige Praxisdemos auch online, intensive Kleingruppenbetreuung.

Curriculum 2021 – 2022

Seminar 7: EMDR und EST 28.+29.01.22

Seminar 8: Körpersprache am 18.+19.02.22

Curriculum 2022 – 2023

Seminar 1 am 14.+15.01.22

Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit inneren ressourcenvollen Anteilen

Seminar 2 am 04.+05.03.22

Arbeit mit verletzten Ego-States und besondere Vorsichtsmaßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten Klient:innen

Seminar 3 am 29.+30.04.22

Arbeit mit traumatisierten inneren Anteilen, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen, erste Schritte im Umgang mit kontrollierenden und beschützenden Anteilen

Seminar 4 am 19.+20.08.22

Kontaktaufnahme und Arbeit mit kontrollierenden Anteilen bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Symptomatiken

Seminar 5 am 23.+24.09.22

Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Verhandeln, Verbinden und Kooperieren

Seminar 6 am 18.+19.11.22

Innere Kooperation und mögliche Integration der Ego-States, posttraumatisches Wachstum, Integration des neuen Wissens in die Behandlungsplanung

16 UE, Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum/zur Ego-State Therapeut/in, PTK-Pkt. NRW: 20; Teilnahmevoraussetzung: Approbation

Seminargebühren:

495 € pro Seminar inkl. Verpflegung

Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de

www.EST-Rheinland.de

Eva-Marie Kessler, Christina Tegeler, Fee Hoppmann

Psychotherapie mit vulnerablen alten Patient*innen

Vulnerable, alte Menschen sind psychotherapeutisch stark unterversorgt. Wir bieten im Folgenden Leitprinzipien, um dieser wachsenden Patient*innengruppe aufgeschlossen und fachgerecht begegnen zu können.

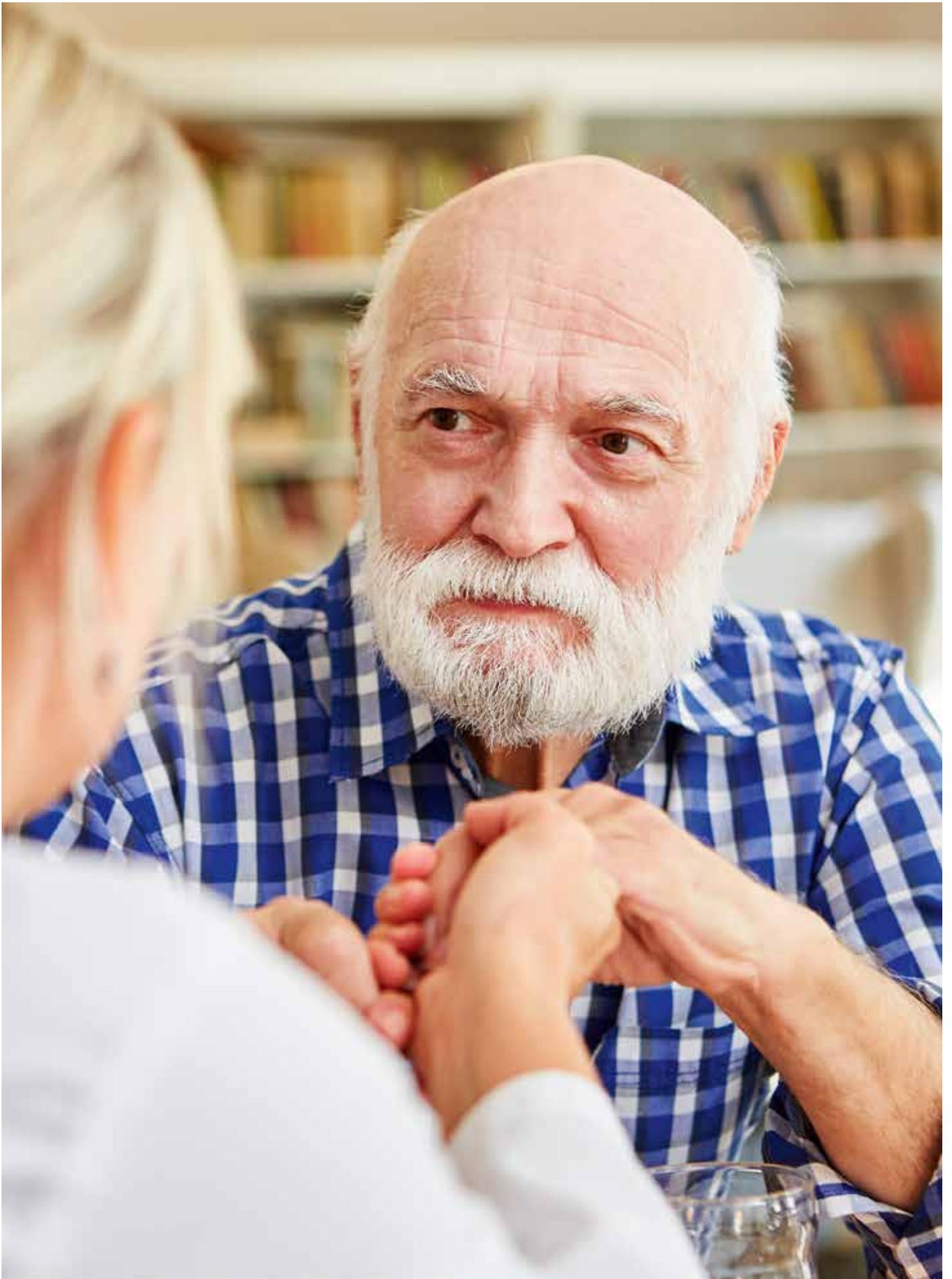
In der Gesellschaft des längeren Lebens wird der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung älterer Menschen weiter steigen. Gerade die Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen – auch die „alten Alten“ genannt – ist die am stärksten wachsende Altersgruppe. Erfreulicherweise gibt es in der Entwicklung und Evaluation von Behandlungsansätzen für alte Patient*innen beträchtliche Fortschritte. Die Wirksamkeit von Psychotherapie zur Behandlung älterer Patient*innen ist insbesondere für die Behandlung unipolarer depressiver Erkrankungen meta-analytisch gut belegt und wird entsprechend mit Empfehlungsgrad A durch die S3-Leitlinie Depression empfohlen (DGPPN, 2015). Die Befundlage fällt dabei am günstigsten für kognitive Verhaltens- und Lebensrückblicktherapie sowie Problem-Solving-Therapy aus (Cuijpers et al., 2014). Sehr alte und vulnerable alte Menschen mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen wurden jedoch in diesen Studien bislang kaum berücksichtigt und sind (trotz dieser demographischen und wissenschaftlichen Entwicklungen) schlecht bis gar nicht versorgt (Kessler & Tegeler, 2018).

Eine der vielfältigen Ursachen dieser eklatanten Versorgungslücke liegt in unseren eigenen Köpfen: Trotz medialer Präsenz vor allem der „fitten Alten“ fallen Stereotype des höheren Lebensalters (zum Beispiel Rigidität, Einsamkeit und schlechte Stimmung) häufig eher einseitig und negativ im Vergleich zu denen anderer Altersphasen aus (Kornadt et al., 2019). Leider sind solche kulturell internalisierten, negativen Vorstellungen über das Alter nachweislich auch immer noch in den Köpfen vieler Psychotherapeut*innen verankert, gehen mit negativen Erwartungen einher und beeinflussen deren therapeutisches Handeln. So werden alte Menschen als eine eher schwierige, unattraktive Patient*innengruppe eingeschätzt, bei der Behandelnde geringere Therapieerfolge antizipieren und weniger Behandlungsbereitschaft zeigen als bei jüngeren Patient*innen (vgl. Bodner et al., 2018).

In der Gesellschaft des längeren Lebens wird der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung älterer Menschen weiter steigen.

Kurz gefasst

Für die Versorgung psychisch erkrankter älterer und vulnerabler Menschen besteht ein zunehmender Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten. Doch weiterhin beeinträchtigen Vorbehalte und Altersbilder die Arbeit und insbesondere die therapeutische Beziehung mit dieser Patient*innengruppe. Um dem zu begegnen formulieren wir Leitprinzipien für die Therapie insbesondere vulnerabler alter Patient*innen. Therapeutische Erfolge setzen Reflexion von Altersbildern, die Förderung von Selbstbestimmung, eine Haltung wertschätzender Authentizität, die Berücksichtigung von intergenerationellen Übertragungsdynamiken und Sozialisationsunterschieden, den Einbezug von Systemmitgliedern sowie interprofessionelles Arbeiten voraus. Als Ausblick wird das aktuell laufende, innovative Modellprojekt „PSY-CARE“ zur Untersuchung von Kurzzeit-Psychotherapie bei älteren Menschen mit Depression bei Pflegebedarf vorgestellt.



AUS DER PSYCHOTHERAPIE

Diese negative Sichtweise ist durch ein komplexes Zusammenspiel vielfältiger sowohl individuell-biografischer als auch gesellschaftlicher Bedingungen geprägt. Privat und beruflich sammeln wir vergleichsweise wenig soziale, intergenerationelle Erfahrungen mit alten Menschen außerhalb der eigenen Familie (Riley & Riley, 1994), was mit größerer sozialer Kontakthemmung und stärkerer Orientierung an intergenerationellen Beziehungsnormen einhergeht. Auch mangelt es weiterhin in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung an gerontopsychologischer Qualifizierung und entsprechender Förderung von Zuversicht in die eigene Behandlungskompetenz bei dieser Patient*innen-gruppe (Becker et al., 2020; Kessler et al., 2013). Damit verbunden ist häufig Unbehagen oder Unverständnis in Bezug auf unterschiedliche Sozialisationserfahrungen und Entwicklungsphasen älterer Menschen, aber zum Beispiel auch bezüglich als bedrohlich erlebter Assoziationen des Alters mit Tod und Vergänglichkeit (Martens et al., 2005).

Diese – keineswegs immer bewusst wahrgenommenen – negativen Einstellungen gilt es angesichts der empirischen Befundlage und gesellschaftlicher Entwicklungen kritisch zu hinterfragen. So bietet sich Psychotherapeut*innen, die sich für die Arbeit mit alten Patient*innen entscheiden, die bereichernde Chance, zeitgeschichtliches Wissen unmittelbar zu erfahren und sich mit einer Lebensphase zu beschäftigen, die ihnen selbst noch bevorsteht. Insbesondere die Behandlung sehr alter, multimorbider Menschen kann sinnstiftende Einblicke in existen-

zielle Fragen und Grenzsituationen des menschlichen Lebens bieten. Auch das Erfahrungswissen der Patient*innen (um Beispiel Bewältigungswissen aus früheren Krankheitsphasen) kann therapeutisch als wertvolle Ressource für den Umgang mit aktuellen Herausforderungen genutzt werden. Aus fachlicher und ethischer Sicht, aber auch im Sinne der Selbstfürsorge, ist es daher in der Arbeit mit älteren Patient*innen essenziell, dass sich Psychotherapeut*innen ihre eigenen Altersbilder bewusstmachen und sich mit diesen auseinandersetzen.

Aufgrund der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung und der Person der/des Psychotherapeut*in für erfolgreiche Therapien haben wir in der Arbeitsgruppe Gerontopsychologie an der MSB Medical School Berlin transdiagnostische und verfahrensübergreifende Leitprinzipien definiert. Diese beziehen sich auf die therapeutische Haltung und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Arbeit insbesondere mit vulnerablen und hochaltrigen Patient*innen. Neben einer Orientierung an den „Guidelines for psychological practice with older adults“ (APA, 2014) und eigenen klinischen Erfahrungen berücksichtigen diese Leitprinzipien auch verhaltenstherapeutische, psychodynamische, systemische und humanistische Literatur zu Psychotherapie im Alter sowie die lebensspannenpsychologische und sozialgerontologische Forschung.

Aus fachlicher und ethischer Sicht, ist es daher in der Arbeit mit älteren Patient*innen essenziell, dass sich Psychotherapeut*innen ihre eigenen Altersbilder bewusstmachen und sich mit diesen auseinandersetzen.



1. Reflektierter Umgang mit Altersbildern:

Verinnerlichte Altersbilder können (insbesondere bei körperlich erkrankten Patient*innen) zu in gut gemeinter Absicht getroffenen Fehlentscheidungen und einer Unterschätzung der therapeutischen Erfolgsaussichten führen (Kessler et al., 2020). Eigene Altersbilder gilt es für Behandelnde durch Explizitmachung zu reflektieren, um einen individuellen Zugang zu den tatsächlichen Ressourcen, Problemen und Bedürfnissen der Patient*innen zu erhalten und Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Dazu gehört die Selbstreflexion sowohl von Altersfremdbildern, also Vorstellungen von alten Menschen im Allgemeinen, als auch von Altersselbstbildern, also Hoffnungen, Erwartungen und Ängsten in Bezug auf das eigene Altwerden und Altsein. Unreflektierte Vorurteile und Ängste bergen das Risiko für abwehrende Haltungen gegenüber älteren Patient*innen. Dies kann sich im Erleben von negativen Gefühlen wie Unaufmerksamkeit, Langeweile, Ärger, Aversion oder Ekel im Kontakt mit älteren Patient*innen ausdrücken.

2. Selbstbestimmung fördern:

Aufgrund defizitorientierter Altersbilder neigen wir dazu, eine eingeschränkte Selbstständigkeit alter Menschen (vor allem bei Pflegebedarf) mit fehlender Fähigkeit zur Selbstbestimmung gleichzusetzen (Kruse & Wahl, 2014) und eine „Fürsprecherrolle“ einzunehmen. Ein solches „Abhängigkeitsunterstützungsverhalten“ (Baltes & Wahl, 1992) birgt Gefahren für das Selbstwirksamkeitserleben und die Aufrechterhaltung von Ressourcen der Patient*innen, aber auch das Risiko sich verausgabender Behandler*innen (Reiß & Kessler, 2019). Das übergeordnete Prinzip in der Therapie besteht darin, Patient*innen zu unterstützen, ihre Ressourcen realistisch einzuschätzen, ihre Interessen und Bedürfnisse wahrzunehmen und adäquat gegenüber ihren Bezugspersonen artikulieren zu können. Das medizinethische Prinzip der Autonomie darf nicht untergraben werden. Psychotherapeut*innen sollten ihren alten Patient*innen Veränderung zutrauen, ohne sie zu überfordern. Vertraulichkeit und Einverständnis sind für eine Behandlung (auch bei Menschen mit kognitiven oder funktionellen Einschränkungen) unbedingt zu beachten (Karel, 2011).

3. Wertschätzende Authentizität:

Als Reaktion auf das Erleben von körperlicher Fragilität, sensorischen Einschränkungen sowie einer als begrenzt und bedrohlich erlebten Zukunftsperspektive begegnen uns vulnerable ältere Patient*innen häufiger mit einem erhöhten Bedürfnis nach Sicherheit, Bindung und Intimität. Empirische Studien zeigen, dass Psychotherapeut*innen alten und sehr alten Patient*innen vergleichsweise warm und zugewandt begegnen und größere persönliche Nähe zulassen (Boschann et al., under review; Peters et al., 2014). Bei zu förmlicher Gestaltung der Beziehung reagieren viele Patient*innen erfahrungsgemäß zurückhaltend. In der Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beziehung geht es daher darum, Nähe und Distanz unter Berücksichtigung dessen flexibel zu handhaben, dass sich gerade vulnerable ältere Menschen eine geringere professionelle Distanz wünschen. Eine daraus resultierende Haltung ist jene der „wertschätzenden Authentizität“ (Peters & Lindner, 2019). Eine therapeutische Beziehung, in der sich Patient*innen aufgehoben und getragen fühlen, ist eine Voraussetzung für klärungsorientiertes Arbeiten.

4. Intergenerationelle Übertragungsdynamiken berücksichtigen:

Bei erheblichen Altersdifferenzen zwischen Patient*innen und Behandler*innen entstehen komplexe intergenerationelle Übertragungskonstellationen. Auf Seite der Patient*innen kann das Jungsein der Behandelnden beispielweise Neid, Scham oder die Konfrontation mit eigenen Verlusten, aber auch positive Gefühle der Fürsorge oder Vitalität auslösen. Auf die Behandelnden können unter anderem Bilder der eigenen (Enkel-)Kinder, aber auch solche von Rettende*r oder Konkurrent*in übertragen werden. Doch auch auf Seiten der Psychotherapeut*innen kommt es zu Übertragungen, zum Beispiel des Wunsches nach einem fürsorglichen alten Gegenüber oder von ungelösten Konflikten mit den (Groß-)Eltern. Zudem kann insbesondere die Wahrnehmung von Hilflosigkeit und Aggression den psychotherapeutischen Prozess beeinflussen. Diese Übertragungsdynamiken müssen reflektiert und therapeutisch berücksichtigt werden.

5. Entwicklungs- und sozialisationsbedingte Unterschiede berücksichtigen:

Psychotherapeut*innen müssen zeitgeschichtlich denken können, um bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen älterer Patient*innen einordnen zu können (Radebold, 2004). Als Tendenz lässt sich etwa feststellen, dass infolge der emotionsnegierenden Sozialisierung der (Nach-)Kriegszeit bei älteren Patient*innen vermehrt Schwierigkeiten in der Wahrnehmung der eigenen Bedürftigkeit und Bagatellisierungstendenzen auftreten. Gleichzeitig sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die Sozialisierung von Menschen lebenslang andauert. So gehören zur Kriegs- und Nachkriegsgeneration auch die zwischen 1940 und 1950 geborene 68er-Generation. Diese hat – insbesondere innerhalb des höher gebildeten Milieus in Westdeutschland – eine Demokratisierung und Emanzipation angestoßen und eine mit ihr einsetzende Psychologisierung und Soziologisierung der Gesellschaft erlebt. Nicht selten bringen ältere Patient*innen dieser Generation weit zurückliegende Erfahrungen mit Psychotherapie, experimenteller Selbsterfahrungen et cetera ein. Zukünftig werden Psychotherapeut*innen auch mit der Babyboomer-Generation arbeiten.

6. Mit dem System der Patient*innen arbeiten:

Insbesondere bei vulnerablen alten Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist es von großer Bedeutung, „Systemmitglieder“ wie Angehörige und professionelle Pflegekräfte (nach Einwilligung der Patient*innen), auf welche sie im Alter häufig zunehmend angewiesen sind, in die Therapie einzubeziehen. Systemmitglieder können die Therapie unterstützen und zu einer Verstärkung des Therapieerfolges beitragen. Eine Herausforderung besteht in der häufig ebenfalls hohen psychischen Belastung von Pflegenden mit Gefahr einer gegenseitigen Verstärkung. In allen Fällen gilt der Grundsatz, dass der/die Psychotherapeut*in stets Behandler*in des/der Patient*in selbst (und nicht des „Systems“) ist und dass deren Anliegen für sie ausschlaggebend ist. Ein hilfreiches Rollenverständnis kann so umrissen werden: Therapeut*innen sind in erster Linie Behandelnde der Patient*innen, nehmen jedoch bei Bedarf die Rolle des „Facilitator“ innerhalb des Systems ein. Dies bedeutet prozessbegleitend gemeinsam mit Patient*in, Angehörigen, Pflegekräften und anderen Systemmitgliedern Veränderungen zu initiieren, begleiten und zu unterstützen (Carpenter et al., 2003).



Damit auch alte Menschen überhaupt in psychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen „ankommen“, ist jedoch noch viel zu tun.

7. Interprofessionelles Arbeiten:

Es ist notwendig, dass Psychotherapeut*innen selbst aktiv zur interprofessionellen Teambildung beitragen und dabei nicht ausgeschöpfte Behandlungen und Unterstützungsangebote berücksichtigen. Zu komplementären Behandlungs- und unterstützenden Angeboten zählen Ergotherapie (um den funktionellen Status zu verbessern), Bewegungstraining (Kraft-, Balance-, Ausdauertraining), Soziotherapie, ehrenamtliche Begleitung und Mobilitätshilfdienste (vgl. Kessler & Tegeler, 2018). Hilfreich sind Pflegestützpunkte, die kostenfrei über Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung, Hilfsmittelbeantragung, Pflegeleistungen, Freizeit- und Sportangebote informieren und beraten können. Weiterhin ist eine Kooperation mit geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen und Gedächtnisambulanzen wichtig.

Damit auch alte Menschen überhaupt in psychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen „ankommen“, ist jedoch noch viel zu tun. Neben den beschriebenen Barrieren seitens Behandelnder besteht eine wichtige Hürde darin, dass das Gesundheitssystem in Deutschland kaum auf die psychotherapeutische Versorgung sehr alter, multimorbider und immobiler Menschen eingestellt ist und beispielweise aufsuchende Angebote absolute Ausnahmen darstellen.

Der Untersuchung dieser Versorgungslücke widmet sich seit Juni 2018 das Modellprojekt PSY-CARE (detailliertere Infos siehe Gellert et al., 2020) unter Konsortialführung der MSB Medical School Berlin. Die randomisiert-kontrollierte Studie wird in Zusammenarbeit mit dem Konsortialpartner, der Charité – Universitätsmedizin Berlin, umgesetzt und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert. Innerhalb eines Jahres wurden 197 pflegebedürftige Menschen über 60 Jahren mit Depression, die in der eigenen Häuslichkeit leben, in die Studie aufgenommen und erhielten Zugang zu ambulanter Kurzzeit-Verhaltenstherapie (Interventionsgruppe) oder telefonischer Beratung und Selbsthilfematerial zum Thema Depression bei Pflegebedarf (aktive Kontrollgruppe), um die Wirksamkeit der Angebote für diese Zielgruppe zu untersuchen. Um die Interventionsgruppe im Rahmen der Regelversorgung zu behandeln, wurde ein Netzwerk aus 39 gerontologisch qualifizierten Psychotherapeut*innen aufgebaut, wobei der Großteil der vermittelten Psychotherapien als Hausbesuche erfolgen. Im Rahmen der manual-basierten Verhaltenstherapien kommen insbesondere Elemente des Lebensrückblicks sowie des Ressourcenaufbaus und -erhalts zum Einsatz. Ein zentrales Therapieziel besteht darin, die Patient*innen darin zu unterstützen, ihr Leben wieder selbstbestimmter und mit größerer Selbstakzeptanz zu gestalten. Zusätzlich zur quantitativen Auswertung, ob das Therapieangebot dem Beratungsangebot in Hinblick auf die Depressionsverläufe überlegen ist, werden auch die therapeutischen Erfahrungen hinsichtlich praktischer Implikationen für die klinische Arbeit systematisch ausgewertet. Die Ergebnisse sollen genutzt werden, um die bisherigen Versorgungswege auf den Prüfstein zu stellen.

Der Artikel beruht auf einer gekürzten und überarbeiteten Fassung der Kapitel 1, 3 und 6 des Werkes: Eva-Marie Kessler, Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen. Buchreihe „Psychotherapie kompakt“. Stuttgart 2021. © W. Kohlhammer Verlag 2021.



Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie online im unter www.psychotherapieaktuell.de.



Prof. Dr. habil. Eva-Marie Kessler

Professorin für Gerontopsychologie an der MSB Medical School Berlin, Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde in VT, Supervisorin im Bereich Gerontopsychiatrie und Dozentin für Alterspsychologie und -psychotherapie in der Aus- und Fortbildung.



Dr. Christina Tegeler

Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde in VT und wissenschaftliche Mitarbeiterin der MSB Medical School Berlin im Projekt „PSY-CARE – Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegenden“.



Fee Hoppmann

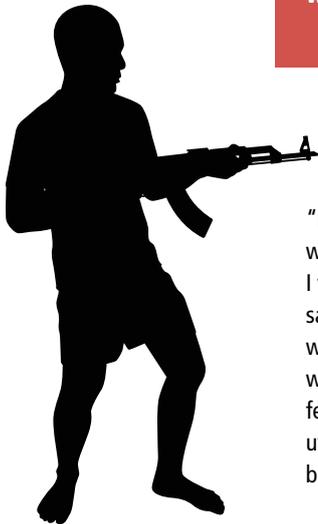
Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde in VT und wissenschaftliche Mitarbeiterin der MSB Medical School Berlin im Projekt „PSY-CARE – Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegenden“.

Thomas Elbert, Maggie Schauer

Menschliche Aggressions- und Tötungsbereitschaft

Entstehung, Folgen und Behandlung menschlicher Gewalt- und Tötungsbereitschaft.

„Ich kann ehrlich sagen, dass ich diesen mentalen Zustand erlebt habe. Da musst Du mir nichts erzählen! Als ich jung (und dumm) war, habe ich mich schon auf Kämpfe eingelassen. Nicht oft, aber es ist eben passiert. Wenn ich in dann in einem Kampf war, war es, als könnte ich nur noch mehr und härter kämpfen. Ich kann nicht einmal sagen, dass ich überhaupt ‚nachgedacht‘ habe. Es gab kein Gefühl für ‚richtig‘ oder ‚falsch‘; es gab auch keine Zeitwahrnehmung. Ich konnte nur den Kerl sehen, gegen den ich kämpfte. Es gab da nur den alles durchdringenden Fluss, und der riss mich vorwärts. Ich hatte ein derartiges Gefühl auch beim Leistungssport erlebt (ich habe jahrzehntelang Basketball gespielt). Mir war im Kampf gar nicht bewusst, was ich tat (und dabei waren meine Kampfhandlungen ziemlich komplex, weil ich, wenn ich das mal so sagen darf, ziemlich gut war). Es war, als würde mich das Spiel spielen. Sehr seltsam und etwas süchtig machend. Es war ein gutes Gefühl.“



“I can honestly say that I've experienced this mental state. You tell me. When I was young (and stupid) I used to get in fights. Not a lot, but it happened. When I was in a fight, it was as if all I could do was fight more and harder. I can't even say that I was 'thinking' at all. There was no sense of 'right' or 'wrong'; there was no sense of time passing; all I could see was the guy I was fighting. There was just the immersive flow, and it carried me forward. I've also experienced this feeling in competitive athletics (basketball, which I played for decades). I was utterly unconscious of the things I was doing (and they were pretty complicated because I was, if I don't say so myself, pretty good). It was as if the game was playing me. Very strange, and somewhat addictive. It was a good feeling.”



Deutet dieser Bericht eines hoch gebildeten Akademikers auf antisoziales, amoralisches oder gar krankhaft psychopathisches Empfinden, Denken und Verhalten hin? Oder liegt in der Lust an der Jagd (letztlich auch auf Menschen), der Faszination an Kampf bis hin zum Töten eine wesentliche Antriebsart unserer menschlichen Natur, so wie etwa sexuelles Verlangen oder Nahrungssuche? Und, wenn moralisch akzeptabel oder gar erforderlich – etwa im Verteidigungskrieg – darf, ja soll sogar diese Lust dann ausgelebt werden? Ist Lust, Freude, Vergnügen pathologisch, oder sind diese Gefühle zutiefst menschlich, wenn es um das Jagen in Gruppen geht, sei es real in der Treibjagd oder wenn die Armee kriminelle Angreifer schlägt oder nur virtuell, in Form eines Computerspiels, gekämpft wird?

Liegt in der Lust an der Jagd (letztlich auch auf Menschen), der Faszination an Kampf bis hin zum Töten eine wesentliche Antriebsart unserer menschlichen Natur, so wie etwa sexuelles Verlangen oder Nahrungssuche?

Vergnügen am Clash of Clans, wie sich die erfolgreichste Spiele-App des Jahres 2013 nennt, und die heute

noch zu den zehn umsatzstärksten Spielen zählt, und deren Kampf Normalität, „moderne Normalität“ kennzeichnet. Wer das vor vier Jahren erschienene Third-Person-Schießspiel Fortnite nicht kennt, hat keinen Teenager, zumindest keinen männlichen, zuhause. Fortnite hat bereits mehr als 350 Millionen registrierte Spieler*innen, mit Einnahmen im Milliardenbereich. Teams aus bis zu vier Personen starten in eine Auseinandersetzung in virtueller Umgebung mit bis zu 100 Spieler*innen gleichzeitig, um sich Waffen, Munition und Ausrüstung zu sammeln und um damit

Feinde durch Töten zu überwinden, was Punkte, Erfolg und Rang bringt. Offensichtlich gelingt es den Herstellern dieser Spiele, eine grundlegende menschliche, zumindest männliche Vorliebe des Menschen zu kapern und die belohnende Wirkung des Jagens in Gruppen kommerziell zu nutzen, vielleicht zum Vergnügen der Spieler, vielleicht auch zu deren Schaden, wenn etwa die ständige Aktivierung der Belohnungssysteme zu suchartigem Verhalten verführt.

In der realen Welt bildet dieses suchartige Potenzial der belohnenden Aggression eines der größten, wenn nicht vielleicht das größte Problem für die Menschheit. Studien belegen fraglos, dass Gewalttätigkeiten, die auf dem Schlachtfeld angemessen sein mögen, nach dem Ende des Konflikts nicht aufhören wollen. Frühere Kampferfahrungen stören die Bemühungen zur Friedenssicherung. Da Kämpfer motiviert sind, Destabilisierung zu verursachen (Mädl et al., 2010). Zudem springt die Aggressionsbereitschaft bei vormaligen Kämpfern auch in die zivile Gesellschaft (Forbes et al., 2013) bis hin zu häuslichen und intimen Bereichen über (Jones, 2012, Nandi et al., 2015). Dabei nährt sich aggressives Verhalten meist aus zwei Quellen (Elbert et al., 2018): einerseits aus reaktiver Aggression, also aus dem erleichternden Gefühl, eine Bedrohung durch Zurückschlagen zu bewältigen, und aus der appetitiven Aggression, also dem eingangs geschilderten intrinsischen Lust- und Jagderleben, das die meisten ehemaligen Kämpfer als positives Gefühl schildern (Elbert et al., 2010; Elbert & Schauer, 2020; Weierstall & Elbert, 2010).

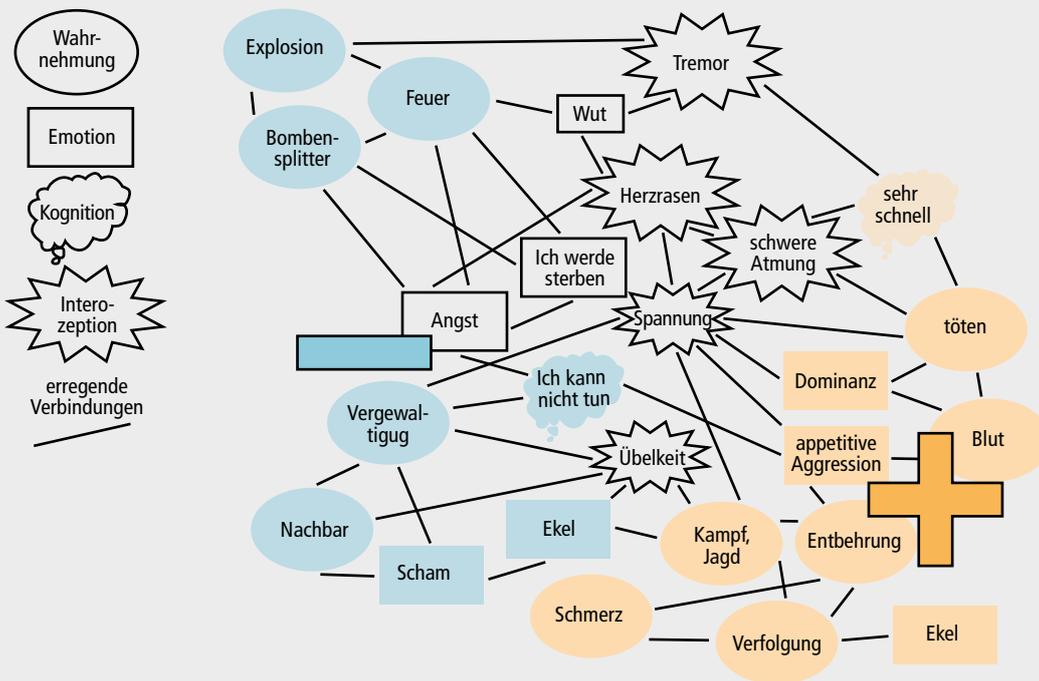


Abbildung 1: Erfahrungen bilden ein assoziatives neuronales Netzwerk, bei denen Aktivierung von einzelnen Elementen die Schwelle der Aktivierung der anderen Elemente erniedrigt. Während ein Furcht-/Traumanetzwerk (blau) aversive Erfahrungen repräsentiert (Minuszeichen in der Abbildung), ist das „Jagdnetzwerk“ (orange) durch positive affektive Valenz gekennzeichnet (symbolisiert durch das Pluszeichen in der Abbildung). Beide Netzwerke stehen in Konkurrenz und versuchen, Cues auf ihre Seite zu ziehen, so kann Blut etwa Angst und Übelkeit auslösen oder auch ein Schlüsselreiz für Jagd, Nahrung und Heldentum darstellen (je nach Kontext, Alter, Gender, Vorerfahrung et cetera). Kämpfer weisen deshalb eine gewisse Resilienz gegen Traumafolgestörungen auf, stehen aber aufgrund der Konkurrenz der beiden Netzwerke in der Gefahr, nach Beendigung ihrer Mitgliedschaft in einer bewaffneten Gruppe PTSD und Depression zu entwickeln, da sie insgesamt eine hohe Traumabelastung aufweisen. Ziel der NET ist die Reorganisation des Furchtnetzwerks durch Anbindung der einzelnen Elemente an Ort und Zeit des Erlebnisses. Bei FOR-NET wird dieses Verfahren auch für die Reorganisation des Jagdnetzwerkes eingesetzt.

Wir haben Mitglieder bewaffneter Gruppen unterschiedlicher Kriege in vier Kontinenten befragt und auch Straßenkinder und Gangs. Sie alle berichten uns, wie sie im Moment des Kampfes von dem Gefühl appetitiver Aggression davongetragen werden, vergessen, selbst verwundbar zu sein und zunehmend weniger die Angst empfinden, welche eigentlich der Bedrohung angemessen wäre. So gesehen bewegen sie sich im Spannungsfeld zwischen einerseits berauschen- den und belohnenden Gefühlen und andererseits traumatischem Stress, wie er häufig bei den ersten Kampf- und Tötungshandlungen entsteht (Abbildung 1). Dieser kann von der positiven Valenz appetitiver Aggression überschrieben werden. Nach einem Übermaß ständiger Bedrohungen von Leib und Leben (bei steigender Traumabelastung) dominieren dann doch zunehmend Traumafolgestörungen das psychische Geschehen (Crombach & Elbert, 2014; Hecker et al., 2013; Köbach et al., 2015; Weierstall et al., 2011).



Werden Personen Gewalthandlungen ausgesetzt, auch solche, in die sie selbst involviert sind, so tritt bei hinreichender Exposition PTBS-Symptomatik, Depression und letztlich auch Dissoziation auf. Die Behandlung dieser Traumafolgestörungen berücksichtigt aber nur eine Seite dieser leidvollen Medaille. Wenn Tendenzen zu extremer Aggression unbehandelt bleiben, setzt andauernde Aggressionsbereitschaft und resultierende Gewalt das Leid von Opfer wie Täter fort. Die Narrative Expositionstherapie (NET, Schauer, Neuner & Elbert, 2011) wurde

Wenn Tendenzen zu extremer Aggression unbehandelt bleiben, setzt andauernde Aggressionsbereitschaft und resultierende Gewalt das Leid von Opfer wie Täter fort.

zur Therapie für Forensic Offender Rehabilitation (FOR-NET, Elbert et al., 2012) weiterentwickelt, um appetitive Aggression zusätzlich zu den PTBS-Symptomen bei ehemaligen Kombattanten zu behandeln. Nach erfolgreicher Implementierung in der Demokratischen Republik Kongo (Hermenau et al., 2013; Köbach et al., 2017, 2020, Robjant et al., 2019) und Behandlungsstudien in Burundi mit Straßenkindern (Crombach & Elbert, 2014b) und in Südafrika unter Mitgliedern krimineller Banden (Hinsberger et al., 2020) gilt FOR-NET als evidenzbasiert. In diesen Behandlungsstudien hat FOR-NET nicht nur die PTBS-Symptome statistisch und klinisch signifikant reduziert, sondern auch die Zahl aggressiver und krimineller Handlungen und Gewalttaten reduziert.

Die Tendenz zu gewalttätigen Handlungen kann gehemmt werden, wenn die eigenen traumatisch erlebten Gewalterfahrungen als Opfer aufgearbeitet werden können und die lustvoll erlebte Gewaltausführung, die Kognitionen und Emotionen und die gemachten Erlebnisse als Täter beim Bedrohen, Verletzten und Töten bewusst in die vergangene Erfahrungswelt einsortiert, relativiert (durch ergänzende, ambivalente und negativ-erregende Erlebnisbereiche wie Angst-/Ekelgefühle, negative Erregung und unangenehme soziale Emotionen) und verstanden werden können.

Da ehemalige Kämpfer eine stigmatisierte Bevölkerungsgruppe sind, deren Gefühlswelt der Kampferfahrung von Zivilisten nicht ohne weiteres erschlossen werden kann, erleichtert die Therapieerfahrung in der Gruppe den sozialen Einstieg in die friedliche Gemeinschaft.

AUS DER PSYCHOTHERAPIE

Box 1:

Checklist für Ereignisse, bei denen die Person aktiv Gewalt ausgeübt hatte, zum Beispiel Kampf, Gewalt, Vergewaltigung, ... (vgl. auch THL-Threats to Human Life; Köbach, Schauer, Elbert, 2016)

Haben Sie ...

- jemanden verbal bedroht, zum Beispiel beschimpft oder als „dick“, „hässlich“, „dumm“ oder ähnlichem bezeichnet?
- jemanden angeschrien?
- jemandem absichtlich Angst gemacht durch Androhen von Verletzung der Organe, des Gewebes oder des ZNS wie körperliche Gewalt, Verbrennungen, Würgen, unter Wasser tauchen, am Atmen hindern, Bedrohen mit Hilfe von Tieren, Drogen, Waffen/Messer oder spitze, scharfe oder stumpfe (Schlag-)Gegenstände, große Höhe, Beschleunigung, Einsperren, etwas Verabreichen mit Gewalt, was der Person schaden könnte et cetera?
- jemanden aggressiv sozial ausgegrenzt oder herabgesetzt, zum Beispiel aus Ihrem Haus oder aus Ihrer Gruppe weggeschickt, beleidigt, erniedrigt, absichtlich beschämt, gemobbt ...?
- jemanden mit einem Gegenstand beworfen oder jemandem einen Gegenstand nachgeworfen, zum Beispiel einen Schuh, ein Werkzeug et cetera?
- jemanden mit der Hand oder Faust geschlagen, gewalttätig niedergerungen?
- jemals jemanden verfolgt oder gejagt, um dieser Person Verletzungen anzudrohen oder zuzufügen?
- jemals einem Tier Schmerzen zugefügt oder es gequält?

Ist es also passiert, dass Sie sich so verhalten haben, dass dies zu Verletzungen bei der anderen Person geführt hat?

- Rötung/blau Flecken
- Blüten
- Knochenbruch oder andere schwere Verletzungen

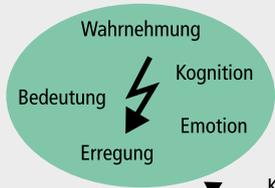
Sind Sie dabei in eine Art (Blut-)Rausch gefallen? Was hat die Lust erhöht?

Haben Sie ...

- eine Frau/einen Mann/ein Kind (auf sexuelle Weise) berührt, ohne, dass sie/er es wollte?
- mit jemandem gegen deren Willen Sex gehabt?
- jemandem Essen/Nahrung weggenommen?
- jemanden beraubt/bestohlen?



Vergangene Gewalt und Trauma



Was hast Du damals erlebt?

Narration



Was erlebst Du, wenn Du Dich jetzt bei der Erzählung daran erinnerst?

Umgang mit appetitiver Gewalterfahrung in der Zukunft



Wie wirst Du Situationen in der Zukunft erleben, die Dich an vergangene Gewalt- und Kampfhandlungen erinnern?

Abbildung 2:

Das Janusgesicht von FOR-NET: In den Expositionssitzungen der NET wird durch die kleinschrittige Erzählung mit Betonung auf der damaligen Wahrnehmung, den Erinnerungen an die damals begleitenden Gedanken und Gefühle sowie der körperlichen Erregung der Kontrast zu heutigem Erleben und moralischer Einordnung dieser Erinnerungen hergestellt. Auch ambivalente Gefühle bei der Ausübung der damaligen Gewalt gewinnen an Bedeutung. Welche Einflüsse diese Erfahrungen auf Verhalten in der Zukunft haben werden, betont FOR-NET. Ziel ist es, Aggressionsbereitschaft künftig besser kontrollieren zu können und positives Erleben von Kampf und Jagd bewusst erkennen zu können sowie Impulse von tatsächlich ausführendem Verhalten abkoppeln zu lernen. Selbst bei abscheulichen Taten akzeptieren Therapeut*innen die aufgetretenen Emotionen bedingungslos.

- > Die Klient*innen werden ermutigt, über positive und negative Wahrnehmungen, Emotionen, Gedanken und Körpersensationen zu sprechen – auch bei Erinnerungen schrecklicher Gewalttaten und Übergriffe.
- > Die Klient*innen werden ermutigt, alle Wahrnehmungen, Emotionen, Gedanken und Körpergefühle, die mit der Gewalttat zusammenhängen, zu verbalisieren und das jetzige Erleben zu beschreiben.
- > Die Therapeut*innen führen die Klient*innen und kontrastieren zwischen DAMALS und HEUTE

Ziel für die Gewalttaten: Verstehen, Sinn zuschreiben.

- > Unter welchen Umständen kam es zu der Gewalttat?
- > Wie denken Sie heute über die Gewalttat?
- > Was wird Ihre Handlungsoptionen in der Zukunft bestimmen?

FOR-NET hat ein Janusgesicht (siehe Abbildung 2 und Schauer, Neuner, Elbert (2011). Narrative Exposure Therapy. Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber). Neben der individuellen Narrativen Exposition hochehrregter Erlebnisse aus der Vergangenheit wurde in der FOR-NET ein zukunftsorientierter Teil hinzugefügt, um den Fokus auf die Verhaltensänderung in der Gemeinschaft zu maximieren, weg von der fortgesetzten Gewaltausübung. Wenn möglich wird dabei in Gruppensitzungen auch die Unterstützung durch Kameraden mit ähnlicher Erfahrungswelt eingefordert. Da ehemalige Kämpfer eine stigmatisierte Bevölkerungsgruppe sind, deren Gefühlswelt der Kampferfahrung von Zivilisten nicht ohne weiteres erschlossen werden kann, erleichtert die Therapieerfahrung in der Gruppe den sozialen Einstieg in die friedliche Gemeinschaft. Diese zukunftsorientierte Komponente beinhaltet ein Kompetenztraining zur Erkennung negativer Affekte und zum grundlegenden Umgang mit Wut, der Vermeidung von Konflikten und der Lösung von Problemen in Stresssituationen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Steigerung der Motivation, sich gewaltfrei zu verhalten und eine konstruktive Rolle in der Gemeinschaft zu übernehmen. Bei FOR-NET wie in Robjant et al. (2019) und Köbach et al. (2020) ausgearbeitet wird die Vergangenheit mittels NET in mehreren Einzelsitzungen von jeweils 90 bis 120 Minuten aufgearbeitet (siehe Abbildung 2 und Box 2). Zunächst werden mithilfe von Checklisten die Erlebnisse und Lebensereignisse abgefragt und gesammelt. Danach erfolgt eine verständliche und jeweils angepasste Psychoedukation über Traumatisierung, appetitive Gewalt und die menschliche Disposition zum gemeinsamen Kämpfen und Jagen als prosoziale Aktivität mit intrinsisch motivierter Lust. Wichtig ist es, die Interaktion von Angst, reaktiver und appetitiver Aggression zu erklären (The bi-cycle of violence, Elbert, Schauer, Moran, 2018).

Die folgende Sitzung beinhaltet die Konstruktion einer Lebenslinie, in der zusätzlich zu den typischen „Steinen“ und „Blumen“ der NET (vergleiche Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie, Schauer & Ruf-Leuschner, 2014) eigene Gewalttaten und das Miterleben von Gewalttaten (siehe Box 1) in chronologischer Reihenfolge dargestellt und in den Kontext der Lebenszeit des Individuums sowie in den weiteren systemischen und sozio-politischen Kontext zu dieser Zeit eingeordnet werden. Ein Therapieplan wird entsprechend den idiosynkratischen Erfahrungen des Individuums und den traumatischen Ereignissen erstellt. Es werden Lebensbedrohungen und Gewalttaten (Box 2) ausgewählt, die in aufeinander folgenden Expositionssitzungen in chronologischer Reihenfolge erarbeitet werden. Dabei übersteigt in der Regel die Anzahl der traumatischen Ereignisse und Gewalttaten bei weitem die Anzahl der mög-

lichen Expo-Sitzungen. Ereignisse, welche in der Tiefe durchgearbeitet werden sollten, können dann nach den folgenden Prinzipien ausgewählt und für die imaginative Exposition priorisiert werden:

- Erlebte körperliche, sexuelle und emotionale Gewalt in der eigenen Kindheit, vor allem durch Bezugspersonen;
- Andere signifikante traumatische Ereignisse, die früh im Leben auftraten, wobei die Abfolge chronologisch erfolgt;
- Ereignisse, die mit dem größten Stress, der größten physiologischen Erregung und den meisten Symptomen verbunden sind;
- Ereignisse unterschiedlichen Typs werden gegenüber einer zweiten Exposition desselben Ereignistyps priorisiert;
- Ereignisse, die mit Gewaltausübung verbunden sind, werden im Gleichgewicht mit der Erfahrung traumatischer Bedrohung einbezogen;
- Gewaltausübung außerhalb des Kontextes der Beteiligung an einer bewaffneten Gruppe wird dabei ebenfalls mit einbezogen.

Entscheidungen darüber, welche Ereignisse für die Exposition priorisiert werden sollten (unter Beibehaltung der chronologischen Reihenfolge), wurden während Super- oder Intervention getroffen. Typischerweise finden die Sitzungen im Wochenrhythmus statt.

Wichtig ist es, die Interaktion von Angst, reaktiver und appetitiver Aggression zu erklären.

vfkv
Ausbildungsinstitut München

Ihre Weiterbildung zur/zum
Supervisor*in
in Verhaltenstherapie

Nächster Starttermin:
Oktober 2021

vfkv – Ausbildungsinstitut München gGmbH
Lindwurmstraße 117 | 80337 München | Tel: 089 4524166-0
vfkv.de/supervisorenausbildung

Box 2:

Umgang mit aggressiven Handlungen in der NET

Töten/Verletzen

- alle Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken, Körpersensationen und Bedeutungsinhalte von Damals wieder aktivieren und verbalisieren, also explizit in Worte und eine Narration fassen
- möglichst spezifisch auf das erste Töten/Verletzen eingehen, da hier Ambivalenz, Angst und Zögern noch deutlicher erlebt werden können
- neben den Basis-Emotionen (Ekel, Furcht oder Freude et cetera) werden auch die sozialen Emotionen (Stolz, Neid, Scham, Verachtung, Rache) benannt
- präzisieren, wie das Opfer wahrgenommen wurde (Wie sah das Opfer aus, hat es geschrien, wie wurden die Reaktionen des Opfers erlebt, in welchen Momenten traten Hemmungen auf und wie wurden diese überwunden, wie wurde das Opfer verletzt, zum Bluten gebracht ...?)
- erarbeiten, welche Rechtfertigungen dabei halfen, einen anderen Menschen zu töten/verletzen zu können („Outgroup“, Feind, Untermensch)
- anfühlen und verbalisieren, welche emotionalen Reaktionen (Basis wie Angst und sozial wie Rache, Hass, Neid) die Tat unterstützt haben
- heutige/jetzig Gedanken und Gefühle über das erste Töten/Verletzen in Worte zu fassen und die Bedeutung dieses Geschehens für ihn und sein Leben gemeinsam mit dem Therapeuten zu erörtern

Vergewaltigung

- während der detaillierten Wiedererinnerung und autobiographischen Rekonstruktion einer Vergewaltigung benennt der Klient positive (Lust, positives Arousal, Dominanz) und negative (Angst, Ekel, Scham) Gefühle
- vor allem während Gang-Rape, also Vergewaltigung in Gruppen von meist zwei bis sechs Männern, berichten die Täter Gefühle von Ekel, Versagensangst und Kontrollverlust
- nach der autobiographischen Bearbeitung und dem Perspektivenwechsel in die Gegenwart diskutieren der Therapeut und der Klient sexuelle Wünsche des Klienten und vergleichen deren erwartetes Vergnügen mit den Erfahrungen aus der Vergewaltigung

Raub/Plünderung

- wiederum wird der ersten derartigen Tat eine besondere Bedeutung eingeräumt, mitsamt deren positiven (Belohnung, Machtgefühle) und negativen (Angst vor Verletzung, Niederlage und Bestrafung) Gefühlen

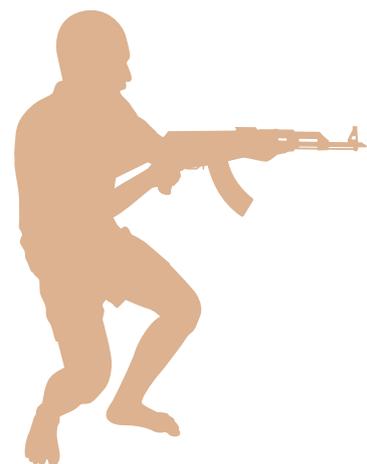
Generell werden Gewalttaten vor allem dann besprochen, wenn sie mit hohem Erregungsniveau einhergingen und so unvergesslich zur Formation des Jagdnetzwerks beigetragen haben.

Im Rahmen der Bedeutungszuschreibung wird nicht vergessen, dass viele der Täter auch Opfer derartiger Taten waren.

Ereignisse, die in unmittelbarer zeitlicher Nähe stattgefunden haben, werden innerhalb ein und derselben Sitzung aufgearbeitet (zum Beispiel Entführung, Vergewaltigung und erzwungene Folter/Tötung als Initiationsereignisse, die innerhalb eines Zeitraums von 24 Stunden stattfanden, werden in einer längeren Sitzung erarbeitet).

Die Expositionssitzungen schließen niemals, bevor sich empfundene Lust an der Aggression und einhergehende physiologische und emotionale Erregung gelegt haben und/oder neutralisiert sind. Die Aufregung muss sich beruhigt haben, kontrastiert worden sein mit Empfindungen, Gedanken und einer moralischen Einordnung im Hier und Jetzt, begleitet von gutem Grounding in der Gegenwart.

Zusätzlich zur Konstruktion der individuellen Narration vergangener prägender Erfahrungen werden Gedanken und Gefühle in künftigen Situationen gleichfalls in mehreren Sitzungen im Wochenrhythmus erörtert. Wo möglich, kann dies als gruppentherapeutische Komponente realisiert werden. Die Gruppensitzungen zielen darauf ab, Fähigkeiten und Motivation zu entwickeln, um die Ausübung von Gewalt innerhalb der Gemeinschaft zu vermeiden. Die erste Sitzung konzentriert sich auf den Rollenwechsel vom bewaffneten Gruppenmitglied wie von Hemenau et al. (2013) vorgeschlagen. Die zweite und dritte Sitzung beinhalten Psychoedukation und grundlegende Fähigkeiten zur Wuterkenntnis, Emotionsregulation und Verhaltensänderung zur Vermeidung von Gewalt. In der zweiten Sitzung wird ein „Buddy-System“ eingeführt, bei dem die Klienten



ermutigt werden, Paare zu bilden, um sich gegenseitig bei der Bewältigung von Frustrationen zu unterstützen und zu versuchen, gewaltfreie Methoden zur Konfliktlösung zu finden. In den Sitzungen drei bis sechs geht es um die Dekonstruktion von Gewalterfahrungen und Gewaltvermeidung in der vorangegangenen Woche. Die Gruppenmitglieder wurden ermutigt, sich gegenseitig bei den Versuchen, Gewalt zu vermeiden, zu unterstützen, alternative Methoden der Konfliktbewältigung vorzuschlagen und Probleme bei praktischen Schwierigkeiten zu lösen.

Die Expositionssitzungen schließen niemals, bevor sich empfundene Lust an der Aggression und einhergehende physiologische und emotionale Erregung gelegt haben und/oder neutralisiert sind.

Obwohl die Verbindung von früherer interpersoneller Traumaerfahrung und zukünftigem gewalttätigem Verhalten seit langem eindeutig belegt ist (siehe Delsol & Margolin, 2004 für einen Überblick), übersehen bisher sowohl die öffentlichen Gesundheits- und Rehabilitationsprogramme als auch die Gewaltpräventionsprogramme die Notwendigkeit, das zugrunde liegende Trauma der Täter zu heilen und deren Gefühls- und Denkwelten bei Gewaltausübung als Vergangenheit zu erkennen und zu würdigen und gleichzeitig das Wiederaufflammen vergangener Gewalt zu löschen, um so Aggressionsbereitschaft in ihre akzeptablen Schranken zu verweisen. Die Studien zu FOR-NET haben in randomisiert-kontrollierten Studien einen evidenzbasierten psychotherapeutischen Lösungsvorschlag erarbeitet.



Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie online im unter www.psychotherapieaktuell.de.



Prof. Dr. Thomas Elbert
Professor Em. für Klinische Psychologie, Hector-Fellow und Träger des Deutschen Psychologie Preises.



PD Dr. Maggie Schauer
Ehemalige Leiterin des Kompetenzzentrum Psychotraumatologie an der Universität Konstanz.

Die Autor*innen haben zusammen mit Prof. Frank Neuner die NET geschaffen. Sie wurden für ihr Lebenswerk mit dem Carl-Friedrich-von-Weizsäcker-Preis durch die Leopoldina ausgezeichnet.

CGM SOUL

Informationssystem für Psychotherapeuten



CGM SOUL:

GKV-konforme Praxissoftware für Psychotherapeuten

Unsere Praxissoftware CGM SOUL wird allen Ansprüchen Ihres psychotherapeutischen Alltags gerecht. Mit ihr können Sie neben Privat- auch GKV-Leistungen abrechnen. Profitieren Sie bei der Behandlung Ihrer gesetzlich versicherten Patienten von der übersichtlichen Darstellung und automatischen Aktualisierung aller Therapiedaten. CGM SOUL unterstützt Sie dabei zusätzlich durch Ausfüllhilfen, Erinnerungsfunktionen und automatische Prüfungen. Informieren Sie sich gleich weiter über die vielfältigen Funktionen unserer Praxissoftware von Psychotherapeuten für Psychotherapeuten.

CGM SOUL – jetzt mehr erfahren:
cgm.com/soul-anzeige



CGMCOM-11999_SOUL_0321_SWI

Dr. Inez Freund-Braier, Gunda Frey

Methoden für die Traumabehandlung bei Kindern und Jugendlichen

Mittlerweile gibt es zahlreiche wirksame und kindgerechte Behandlungstechniken, die jedoch (noch) nicht alle im Rahmen der Richtlinienbehandlung eingesetzt werden können.

Die Biografien unserer Patient*innen werden auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie seit einigen Jahren wieder vermehrt in den Blick genommen und gelten zunehmend als Quelle dysfunktionaler psychischer Prozesse und Syptombildung (Loose & Graf, 2013). Dazu werden neben kumulierten alltäglichen Kränkungen wie Mobbing, Versagen und Verlust auch monotraumatische Schockreaktionen (Unfälle, Operationen) bis hin zu frühkindlicher Vernachlässigung und schwere interpersonelle Gewalt-

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass im Grunde jede belastende Lebenserfahrung ein möglicher Grund für die Entwicklung einer psychischen Störung sein kann.

erfahrungen (Sexueller Missbrauch) gezählt. Der damit verbundene psychische Stress führt zunächst zu Reaktionen, die funktional sind und beim „Überleben“ helfen (zum Beispiel emotionales Einfrieren, Vermeiden von Situationen, Sich-Wehren). Langfristig jedoch, über die verschiedenen Lebensphasen hinweg, können sich diese Reaktionen als maladaptive Symptombilder manifestieren und die weitere Entwicklung eines Kindes und Jugendlichen nachhaltig bis in das Erwachsenenalter hinein beeinträchtigen.

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass im Grunde jede belastende Lebenserfahrung ein möglicher Grund für die Entwicklung einer psychischen Störung sein kann. So resümierte beispielweise Felitti (2002) in der ACE-Studie „dass belastende Kindheitserfahrungen überraschend häufig und in den besten Familien auftreten, obwohl sie meist verborgen und unerkant bleiben. (...) und dass belastende Kindheitserfahrungen Hauptdeterminanten für mangelnde Gesundheit und geringeres soziales

Wohlergehen sind.“ In der ACE-Studie zeigte sich zudem, dass neben der psychischen auch die körperliche und soziale Funktionalität mit ansteigendem Belastungsgrad immer gravierender eingeschränkt wird, dabei steigt der Zusammenhang zunächst linear, später exponentiell an (vergleiche Hensel, 2017).

Jedoch entwickeln bei weitem nicht alle Personen nach Belastungen eine solche Störung. Als zentrale Variable, die diesen Zusammenhang beeinflusst, wird grundsätzlich die unterschiedliche Stressregulationsfähigkeit einer Person gesehen. Als weitere Faktoren, die diesen Ursache-Wirkungszusammenhang moderieren, konnten in der Metaanalyse von Trickey et al. (2012) beispielsweise die geringe soziale Unterstützung, das peritraumatische Angstniveau und die wahrgenommene Lebensbedrohung sowie ungünstige kognitive Copingstile ausgemacht werden. Je nach Konstellation der genannten Faktoren kann eine einschneidende Lebenserfahrung entweder integrierend verarbeitet werden, gepaart mit einem Reifungsfortschritt der Persönlichkeit und Beförderung von Lernen und Entwicklung (zum Beispiel Thoma, 2016) oder aber maladaptiv, mit fehlender Integration des Erlebten und Auslösung von innerem Stress und in der Folge zu einer möglichen Chronifizierung dysfunktionaler Regulations- und Attributionsprozessen führen (Hensel, 2017).

Folglich verstehen wir unter Trauma die körperlichen, seelischen, geistigen und menschlichen Folgen eines einschneidenden Ereignisses.

Kurz gefasst

Reale, belastende Lebenserfahrungen im Rahmen der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in den Blick zu nehmen, erscheint angesichts des aktuellen Forschungsstandes mehr als geboten. Kinder und Jugendliche erhalten häufig aufgrund der fehlenden Kriterien keine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)-Diagnose und es werden in der Mehrzahl nur die Symptome behandelt, ohne Berücksichtigung der ursächlichen, biografischen Belastungen. Dabei hat die klinische Erfahrung mehr und mehr gezeigt, dass auch bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen die zügige und vorrangige Aufarbeitung von erlebtem emotionalen Stress größte Erleichterung bringt und somit auch motivationsfördernd für die weitere Behandlung ist. Dabei ist die Fokussierung auf das Trauma bei gleichzeitigem „Einweben“ von Ressourcen entscheidend. Im Rahmen dieser Konsolidierung werden die maladaptiven Teile des Traumaerlebens modifiziert und damit neutralisiert, während der Inhalt der Traumaerinnerung erhalten bleibt. Inzwischen gibt es zahlreiche wirksame und kindgerechte Behandlungstechniken, die jedoch (noch) nicht alle im Rahmen der Richtlinienbehandlung eingesetzt werden können.

Der Begriff „Trauma“

Mit „Trauma“ ist nicht das Ereignis selbst gemeint, viel mehr ist „Trauma“ die Wunde, die ein Ereignis hervorruft, das als lebensbedrohlich erlebt wird, bei dem es keinen Ausweg gab, weil man weder fliehen noch sich dagegen wehren konnte. Folglich verstehen wir unter Trauma die körperlichen, seelischen, geistigen und menschlichen Folgen eines einschneidenden Ereignisses. Huber (2020) prägte hierfür den Begriff der „traumatischen Zange“, um die innere Dynamik zu beschreiben, die bei der Verarbeitung in Gang kommt und das Gehirn zwingt, auf besondere Weise mit diesem Ereignis umzugehen. Letztlich liegt einem Trauma ein Diskrepanzerlebnis zugrunde. Es ist ein Erleben von fehlenden Bewältigungsstrategien für eine emotional überfordernde Situation.

Innerpsychisch wird bei einer Traumatisierung die Informationsverarbeitung des Gehirns so überflutet, dass die Person den Eindruck bekommt, als „ginge jetzt nichts mehr“, als sei „jetzt alles aus“, als täte sich ein Abgrund auf, in den man hineinstürzt, oder als müsse man sterben. Instinktiv weiß die Person, dass dies eine Situation ist, die ihr Leben für immer verändert, es wird nie mehr sein wie zuvor. Eigentlich ist das Gehirn

für solche existenzbedrohenden Situationen ausgerüstet, denn wir reagieren in diesen Situationen reflexartig und funktional. Dennoch können entweder die Bewältigungsmechanismen einer Person nicht ausreichen, um die Situation zu bewältigen oder eine traumatische Erfahrung so massiv sein, dass die betroffene Person eine solche nicht ohne psychische Schäden verarbeiten kann (vergleiche dazu Huber, 2020).

Die Bandbreite möglicher Folgeerscheinungen erstreckt sich von einem sogenannten Mono-trauma, bei dem es sich um die Folgen eines einmaligen, extrem belastenden Ereignisses handelt, bis hin zu einer komplexen Traumatisierung als Auswirkung von massiven, seit Kindesalter immer wieder vorkommenden und auch über längeren Zeitraum sich erstreckenden, wiederkehrenden Vorfällen wie zum Beispiel Missbrauchserfahrungen, Vernachlässigung, ständige aggressive Übergriffe und ähnliche Ereignisse.



Symptomatik nach traumatisierender Erfahrung

Wie äußert sich nun die mangelnde Verarbeitung der stressreichen Erfahrung? Bekommen nun alle diese Kinder und Jugendliche mit entsprechenden Belastungserfahrungen und deren maladaptiver Verarbeitung eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit entsprechenden Symptomen wie zum Beispiel Intrusionen oder Hyperarousal? Oft erfüllen Kinder diese Kriterien nicht, auch weil zu den Symptomen außerdem noch die Benennung eines konkreten Ereignisses (A-Kriterium) notwendig ist. Wer schon einmal ein chronisch vernachlässigtes und misshandeltes Kind in Behandlung hatte, weiß, dass die Benennung singulärer „traumatisierender Ereignisse“ quasi unmöglich ist. Die Folge ist, dass Kinder und Jugendliche trotz nachgewiesener langfristiger, chronischer interpersonaler Gewalterfahrung nicht die Kriterien für eine PTBS erfüllen. Stattdessen finden sich bei Kindern und Jugendlichen in der Folge der Traumatisierung andere Störungsbilder: So zeigt die klinische Erfahrung beispielsweise, dass Trennungsangst im Vorschulalter die häufigste Störung nach Belastungserfahrungen darstellt, hinzu kommen Diagnosen der Störung des Sozialverhaltens und Phobien (Ackermann, 1998). In der Folge werden zahlreiche Kinder symptom- und diagnosegeleitet behandelt, was nach Auffassung der Traumaforschung nur begrenzt zielführend und effektiv ist (Steil & Rosner, 2009). Stattdessen sollte die Behandlung und Verarbeitung der belastenden Lebensereignisse in der psychotherapeutischen Behandlung unbedingt stärker in den Blick genommen werden.

Differenzialdiagnostik unter Traumablickwinkel

Da sich – wie ausgeführt – die Symptomatik bei einer juvenilen posttraumatischen Belastungsstörung unterscheidet, ist es durchaus möglich, auch zu anderen Diagnosen zu kommen, ohne den Zusammenhang zu einer traumatischen Erfahrung in der Vorgeschichte herzustellen: So ist es durchaus möglich, dass Symptome von Hyperaktivität und Konzentrationsschwierigkeiten einer Aufmerksamkeitsstörung zugeordnet werden, es sich dabei aber eigentlich um ein nicht verarbeitetes Trauma mit Hyperarousal und Dissoziationstendenzen handelt. Auch sozialer Rückzug und Lustlosigkeit an vorher normalen Aktivitäten können bei Kindern Kennzeichen einer Traumatisierung sein. Zeigt ein Kind in bestimmten Situationen immer wieder dissoziales Verhalten (zum Beispiel Wutanfälle), sollte erwogen werden, dass ein Triggerreiz altes Erleben aktualisiert und das auffällige Verhalten ein sich Wehren (Fight) darstellt. Die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens beschreibt diese Verhaltensauffälligkeit dagegen nur oberflächlich. Unter diesem Blickwinkel zeigt sich eine Behandlung nach dem Trauma-First-Prinzip von noch größerer Bedeutung.

Oft sind auch unter der Auflösung von traumatischem Stress subtilere Probleme der Behandlung erst zugänglich.



Das „Trauma-First-Prinzip“

Nach Hensel (2017) hat die klinische Erfahrung gezeigt, dass auch bei Kindern und Jugendlichen eine zügige und vorrangige Aufarbeitung der stressreichen Erfahrung zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung mit großer Erleichterung verbunden ist. Oft sind auch unter der Auflösung von traumatischem Stress subtilere Probleme der Behandlung erst zugänglich. Durch die bewusste, vereinfachende Annahme, dass belastende Lebensereignisse den Ausgangspunkt für psychische Dysfunktionalität darstellen, ergeben sich für die Psychotherapie oft sehr schnell klar abgrenzbare Behandlungsziele, sodass sich die klinische Komplexität deutlich reduziert. Umfangreiche Themen, wie zum Beispiel Mobbing in der Schule, depressive Entwicklungen, Regulationsstörungen sowie Erfahrungen von Ohnmacht und Hilflosigkeit werden auf einzelne Erfahrungsmomente heruntergebrochen. In diesem singulären Moment (Hotspot) ist dabei meist implizit die komplette psychische Dysfunktionalität als Erinnerung enthalten.

Einschränkend ist zu sagen, dass bei komplextraumatisierten Kindern und Jugendlichen, die ihre Erfahrungen abgespalten und dissoziiert haben, und denen die traumatisierende Erfahrung nicht bewusst zugänglich ist, nicht direkt an den belastenden Lebensereignissen gearbeitet werden kann.

Ist das Kind noch klein und das belastende Lebensereignis offensichtlich (zum Beispiel Hundebiss, Unfall), so ist die Behandlung vergleichsweise einfach und kann in wenigen Behandlungsstunden erfolgen. Liegt das Ereignis jedoch länger zurück, handelt es sich um mehrere, unterschiedliche Belastungserfahrungen und ist ein Bezug dazu nur schwer herstellbar, ist auch die traumaspezifische Behandlung umfangreicher. Im Rahmen einer Trauma- und Ressourcenlandkarte ist es möglich, die bedeutsamen Stressoren, aber

auch mögliche Ressourcen im Leben der Patient*innen einzugrenzen und Cluster herauszufinden, die dann traumatherapeutisch angegangen werden sollten. Dabei ist die Fokussierung auf das Trauma bei gleichzeitigem „Einweben“ von Ressourcen entscheidend. Der Therapeut oder die Therapeutin steuert diesen Prozess und moderiert gemäß seiner beziehungsweise ihrer Erfahrung einfühlsam und motivierend.

Einschränkend ist zu sagen, dass bei komplex-traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die ihre Erfahrungen abgespalten und dissoziiert haben, und denen die traumatisierende Erfahrung nicht bewusst zugänglich ist, nicht direkt an den belastenden Lebensereignissen gearbeitet werden kann. Hier sollte zunächst die Verringerung der Dissoziationsneigung und Förderung von Ressourcen angezielt werden, da sonst die Gefahr einer Retraumatisierung gegeben ist oder aber kein Weiterkommen in der Behandlung zu verzeichnen ist, weil das „Kind dicht macht“ (= in der Behandlung dissoziiert). Entsprechend gehört zu jeder Traumabehandlung eine entsprechende Diagnostik auf Dissoziation.

Heute zielen alle Traumabehandlungen – auch für Kinder und Jugendliche und sogar schon für Säuglinge – auf die Rekonsolidierung des stressvollen Erlebens ab.

Die Traumabehandlung für Kinder und Jugendliche

Heute zielen alle Traumabehandlungen – auch für Kinder und Jugendliche und sogar schon für Säuglinge – auf die Rekonsolidierung des stressvollen Erlebens ab: Nachdem die Gedächtnisforschung bis vor wenigen Jahren davon ausging, dass eine einmal gespeicherte und über lange Zeit fixierte Erinnerung nicht mehr verändert werden kann, weiß man heute, dass die Neuroplastizität des Gehirns es erlaubt, gespeicherte Erinnerungen nicht nur zu modifizieren, sondern sie zu transformieren (Übersicht zum Beispiel unter Ecker, 2015). Dabei bleibt der Wahrnehmungsteil der Erinnerung (Zeit, Ort) erhalten, erscheint eventuell sogar präziser und differenzierter als vorher. Lediglich der maladaptive Teil der emotionalen Verarbeitung an der Erinnerung wird im Sinne einer neuen Erlebnisqualität überschrieben. Zudem fanden Nadel & Moscovitch (1997) heraus, dass die Aktualisierung einer alten Erinnerung diese in einen fragilen, veränderungsoffenen Zustand bringt. Hier können nun neue Informationen und Erkenntnisse als Ressourcen hinzugefügt werden.

a. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) nach Shapiro

Eine der inzwischen wichtigsten und effektivsten Techniken der Traumtherapie ist das EMDR, das mit seiner kurzen Stimuluskonfrontation unglaublich zügige Ergebnisse erbringt. Die klinische Erfahrung zeigt, dass dies auch bei Kindern und Jugendlichen in hervorragender Weise funktioniert (Hensel, 2017).

Hierbei wird zunächst der zentrale oder schlimmste Moment eines Erlebnisses gesucht und ins Gedächtnis gerufen. Dabei sind der entstehende Affekt zusammen mit dem Körpergefühl und das Bild die zentralen Komponenten. Dann wird die zu diesem Ereignis gehörige negative Selbstüberzeugung gesucht (zum Beispiel „Ich bin schuld.“ „Ich habe keine Kontrolle.“), die auch im Präsens formuliert sein sollten. Als Ressource wird nun eine passende positive Selbstüberzeugung formuliert, die im späteren Verlauf des Prozesses verankert werden soll (zum Beispiel „Ich habe daraus gelernt.“ „Heute habe ich die Kontrolle.“). Dann werden das Ausgangsbild, der Affekt und das dazugehörige Körpergefühl aktiviert und mehrere Sets von Augenbewegungen durchgeführt (bilaterale Stimulation). In der Prozessierung werden die Patient*innen gebeten, sich achtsam und nicht wertend ihren autonomen Verarbeitungsprozess zuzuwenden. Am Ende der Prozessierung wird dann die positive Selbsteinschätzung verankert, sodass die Patient*innen nun eine integrierte Erfahrung und eine daraus resultierende Selbsteinschätzung repräsentieren kann.

In der Arbeit mit Kindern wird mit einem altersmodifizierten Protokoll (mit altersgerechten Kognitionen) gearbeitet. Oft wird auch die Stimulation nicht über Augenbewegungen, sondern akustisch oder taktil vorgenommen.

Leider ist dieses Verfahren nicht als Richtlinienbehandlung für Kinder und Jugendliche zugelassen und darf nur außerhalb der Richtlinie zur Anwendung kommen. Eine entsprechende Änderung zum Wohle unserer kleinen Traumapatient*innen halten wir für längst überfällig.



b. Ressourcenorientierte narrative Traumatherapie (ResonaT®) nach Hiller & Hensel (2019)

Hier handelt es sich um selbsterstellte, auf das traumatisierende Erleben des Kindes zugeschnittene Geschichten. Dabei ist der Hauptakteur ein Tier (vielleicht das Lieblingstier des Kindes), was in sich schon eine Distanzierung vom Traumamaterial schafft. Zunächst wird mit einem positiven Bild begonnen, im Mittelteil folgt dann das frühere, belastende Erlebnis, bei dem in der Regel ressourcenvolle Aspekte einwebt werden. Im dritten und letzten Teil wendet sich alles zum Guten und wird vom heutigen Stand aus als „vorbei“ und „du bist heute in Sicherheit“ bewertet. Das wiederholte Pendeln zwischen Belastungsmaterial und aktuellen Ressourcen sowie das Einweben gewährleistet eine sanfte und schonende Form der Nachbearbeitung.



Dr. Inez Freund-Braier

Dipl.-Psych., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT), Traumatherapeutin nach EMDRIA und DeGPT. Seit 2004 in eigener Praxis niedergelassen. 1993 bis 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Philipps-Universität Marburg und an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln. Heutige Behandlungsschwerpunkte: Traumatisierte Kinder und Jugendliche, Komplexe Traumafolgestörungen und Dissoziationen, Dissoziative Identitätsstörungen.



Gunda Frey

Gunda Frey ist Visionärin, die an die Veränderung von Systemen zum Wohl von Kindern glaubt. Gunda Frey absolvierte das Diplomstudium der Sozialpädagogik und die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Es folgten die Ausbildungen zur Traumatherapeutin (KTI) und zur EMDR-Traumatherapeutin. Sie ist die Gründerin und Leiterin des Fortbildungsinstituts FreyMuT-Academy GmbH.



c. IRRT (Ahrens-Eipper & Nelius 2017)

Dies ist eine Behandlungsform der kognitiven Verhaltenstherapie zur Bearbeitung von Traumata, die auf einem schmerzorientierten Modell basiert und auf die Informationsverarbeitung fokussiert. Dabei wird auf den Abbau der intrusiven Symptome und die Veränderung der durch die Traumatisierung entstandenen Überzeugungen, Attributionen und Schemata abgehoben. In diesem ursprünglich von Schmucker entwickelten Verfahren, das von Ahrens-Eipper und Nelius auf Kinder übertragen wurde, wird die reine Traumaexposition um ein die weitere Verarbeitung förderndes, ressourcenhafte Element ergänzt: Zunächst wird der schlimmste Moment in den Blick genommen, und das Kind berichtet von

Fast alle Techniken haben gemeinsam, dass sie auf die Rekonsolidierung der belastenden Lebenserfahrung abzielen, ressourcenvolle Aspekte einweben und eine Neubewertung des Ereignisses aus heutiger Sicht („Es ist vorbei.“) erlauben.

den traumatischen Ereignissen mit dem tatsächlichen Ausgang. Im zweiten Durchgang berichtet das Kind erneut, hier wird jedoch

im schlimmsten Augenblick die „Geschichte“ dahingehend verändert, dass dann eine imaginative Auseinandersetzung mit dem Aggressor erfolgt, bis die/der Patient*in die Oberhand gewinnt (zum Beispiel kommt die Polizei und steckt den Täter ins Gefängnis, Superman kommt und verleiht dem Kind Superfähigkeiten, sodass es sich selbst wehren kann). Im dritten Schritt wendet sich die/der Patient*in in liebevoller Weise dem „betroffenen Kind in der Geschichte“ zu. Der verletzte Anteil wird in Sicherheit gebracht und erhält Fürsorge durch das heutige, nun größer gewordene Kind.

Es finden sich zahlreiche, weitere Traumakonfrontationsbehandlungen für Kinder und Jugendliche wie zum Beispiel Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (Cohen, Manarino & Deblinger), PITT-KID Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche (Krüger & Reddemann), TRIMB (Trauma Rekapitulation with Imagination, Motion and Breath), die traumabezogene Spieltherapie (Weinberg) und anderes. Fast alle Techniken haben gemeinsam, dass sie auf die Rekonsolidierung der belastenden Lebenserfahrung abzielen, ressourcenvolle Aspekte einweben und eine Neubewertung des Ereignisses aus heutiger Sicht („Es ist vorbei.“) erlauben. Der Zugang zum Kind oder Jugendlichen ist dabei sehr unterschiedlich, aber grundsätzlich eignen sich alle diese Methoden zur Bearbeitung eines traumatischen Erlebnisses.

Wir wünschen uns, dass bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen viel mehr als bisher die möglichen belastenden Lebensereignisse in den Blick genommen werden, die sehr guten Behandlungsansätze zur Anwendung kommen und somit traumatherapeutische Behandlungen mit Kindern und Jugendlichen effektiver und fokussierter stattfinden können.



Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie online im unter www.psychotherapieaktuell.de.

Kay Katzenmeier, Julia Müller-Mellin

Umgang mit Aggression und Gewalt in der Praxis

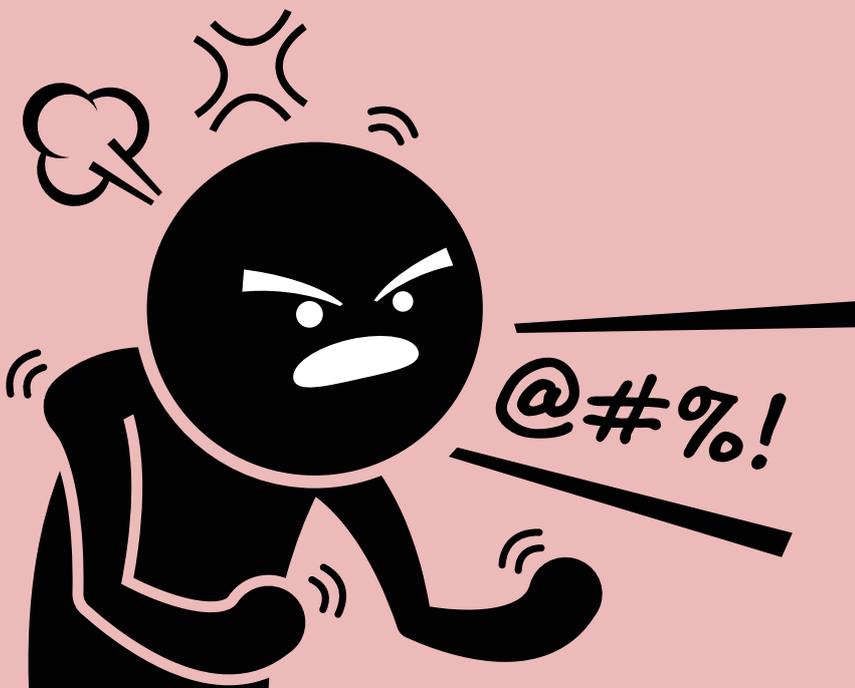
Wie sich Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen auf den Ernstfall vorbereiten können.

„Arschloch“ – „Du *otze“ – „Ich mach' Dich platt“ – diese Art von Beschimpfungen hören Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen in ihrem Arbeitsalltag mehr und mehr. Längst richtet sich aggressives und gewalttätiges Verhalten von Patient*innen und/oder deren Angehörigen nicht nur gegen Rettungssanitär*innen, Mitarbeitende in der Notfallambulanz oder das medizinische Personal in Krankenhäusern – diese Fälle gelangen in die Presse – auch die niedergelassenen Psychotherapeut*innen beklagen zunehmend die steigende Zahl von Übergriffen und Bedrohungen. Dabei ist die ganze Bandbreite an Erscheinungsformen von Gewalt festzustellen: Sie reichen von Drohungen, Beschimpfungen, Anschreien, Beleidigungen, Einschüchterungsversuchen über Randalieren, Werfen von Gegenständen bis hin zu sexuellen Übergriffen und brachialaggressiven Gewaltscenarien, die das Eingreifen der Polizei erfordern. Betroffene reagieren oft mit Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit im Umgang mit gewaltbereiten Menschen.

Die Zahlen sind bedrückend: Laut Arztmonitor 2018 kommt es täglich zu mindestens 75 Fällen von körperlicher Gewalt gegen niedergelassene Mediziner*innen und ihre Praxisteams. Weitaus höher sind die Vorkommnisse von verbaler Gewalt: Mit bundesweit 2.870 Fällen täglich haben sie vier von zehn Ärzt*innen schon erlebt.

Die konkreten Ereignisse, in denen Gewalt auftritt, können situativ sein, geplant sein oder sich gruppenspezifisch entwickeln und sind damit nicht vorhersehbar. Wohl aber die Situationen, in denen Gewalt auftreten kann. Von daher ist es von elementarer Bedeutung, in der Psychotherapeutenpraxis feste Absprachen für den Fall der Fälle zu treffen und diese regelmäßig innerhalb des Praxisteams zu reflektieren. So entsteht für alle in der Praxis Arbeitenden mehr Verhaltenssicherheit im Umgang mit aggressiven und hochangespannten Patient*innen.

Die konkreten Ereignisse, in denen Gewalt auftritt, können situativ sein, geplant sein oder sich gruppenspezifisch entwickeln und sind damit nicht vorhersehbar.



Kay Katzenmeier und Julia Müller-Mellin haben sich auf das Training von Deeskalation und Gewalt in den Gesundheitsberufen spezialisiert und führen regelmäßige Schulungen von Ärzt*innen, medizinischem Fachpersonal und Therapeut*innen in Klinik und Praxis durch. Ziel ist es, die Mitarbeitenden in den Gesundheitsberufen zu befähigen, Konfliktsituationen im Arbeitsalltag zu bewältigen und flexibel auf herausfordernde Ereignisse zu reagieren. Die Teilnehmenden lernen, wie sie souverän mit Beleidigungen, Aggressionen und Bedrohungssituationen umgehen können und trainieren Methoden, um Stärke und Selbstsicherheit auszustrahlen und in bedrohlichen Situationen gezielt Techniken der Deeskalation einzusetzen. Auch leichte patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken als letzte Maßnahme im Notfall werden trainiert. Dazu wird das Bewusstsein geschult für die Eigensicherung im Behandlungszimmer.

Die individuell zusammenstellbaren Inhalte sind zum Beispiel:

- Erkennen des eigenen verbalen und nonverbalen Verhaltens
- Verstehen des Verhaltens meines Gegenübers
- Kommunikation in angespannten Situationen und Sensibilisierung der eigenen Wortwahl
- Verlaufsdynamik Wut-Aggression-Gewalt
- Erlernen von Deeskalationstechniken
- Rechtliche Aspekte und Rechtfertigungsgründe
- Interkulturelle Kompetenz
- Hilfsmittel der Verteidigung
- Abwehr- und Fluchttechniken bei Handgreiflichkeiten
- Grenzen setzen – Grenzen durchsetzen
- Aufarbeiten der erlebten Fälle der Teilnehmenden

Ein grundsätzlicher Baustein ist die Arbeit an der eigenen inneren Haltung aggressiven Personen gegenüber. Aus einer sicheren inneren Haltung erwächst achtsames, selbstkontrolliertes und bestimmtes Verhalten – sowohl verbal als auch nonverbal. Eine gelassene Wachsamkeit und ein gesundes Bauchgefühl helfen zudem, potenziell gefährliche Situationen rechtzeitig zu erkennen. Die Aggressivität kann damit in den allermeisten Fällen verbal aufgefangen und vorab entschärft werden. Kommunikation ist also das A und O. Wenn sich eine Situation am Empfang oder in der Sprechstunde hochzuschaukeln beginnt, entscheiden oft vermeintliche Kleinigkeiten, ob sie am Ende eskaliert. Die richtige Ansprache eines aggressiven Menschen ist entscheidend. Zu vermeiden sind zum Beispiel Rechtfertigungsfragen wie „Warum gucken Sie so?“ oder „Wieso pöbeln Sie hier herum?“ Geeigneter sind Fragen nach dem Muster: „Sie wirken angespannt. Was brauchen Sie?“ Gewalttäter*innen in der Praxis handeln in der Regel nicht planvoll, sondern aus dem Affekt und stehen unter Adrenalin. Zunächst sollte man immer „sanfte“ Methoden einsetzen, da „harte“ Methoden die Gefahr zu Widerstand erhöhen. Wichtig ist die Anwendung von gesprächsfördernden Aspekten wie zum Beispiel offene Körper- und Sitzhaltung, Blickkontakt, Interesse zeigen und das aktive Zuhören.

Wenn sich eine Situation am Empfang oder in der Sprechstunde hochzuschaukeln beginnt, entscheiden oft vermeintliche Kleinigkeiten, ob sie am Ende eskaliert.

Weiterhin ist es entscheidend, ruhig zu bleiben, das heißt Panik und Hektik vermeiden.

Unvorhergesehene Situationen lösen bei Menschen Stress aus – ihr Verhalten ist dann oftmals nicht angemessen. Das bewusste Anwenden gesprächsfördernder Aspekte trägt erheblich zu einem konstruktiven Gesprächsverlauf bei. Dies kann durch ruhiges, sicheres und selbstbewusstes Auftreten gegenüber aggressiven Menschen gelingen, in welchem der Blickkontakt hergestellt und die Stimme laut und deutlich eingesetzt wird. Ziel einer verbalen Deeskalation ist es, die Erregtheit, Verzweiflung, Angst oder Wut eines Patienten oder einer Patientin wahrzunehmen und diesen Emotionen verbal zu begegnen, um dadurch eine weitere Eskalation zu vermeiden.



Kay Katzenmeier

Kriminalbeamter, Dipl.-Verwaltungswirt, Konfliktberater, Zertifizierter Anti-Gewalt-Trainer, Zertifizierter Technischer Risikomanager, Dozent.



Julia Müller-Mellin

M.A. in Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Ausbilderin Mediation, Mediatorin BM®, Internationale Mediatorin D-A-CH und MiKK, Coach, Trainerin, Dozentin, Straffälligenhelferin, Moderatorin Tat-Ausgleich.

Wenn eine verbale Deeskalation misslingt beziehungsweise verbal „nichts mehr geht“ und es zu einem direkten körperlichen Angriff kommt, wohnen uns Menschen drei archaische Verhaltensmuster inne: Wir reagieren mit Angriff oder Flucht oder Erstarren. Die letzte Möglichkeit ist dabei die schlechteste. Die wichtigste Sicherheitsregel lautet immer: „Weg vom Angreifer, raus aus der Situation – und Hilfe holen“. Das Recht und die Pflicht, sich in Sicherheit zu bringen, geht über jegliche Verpflichtung anderer Art, zum Beispiel Schutz der Akten oder des Mobiliars. Dabei ist es

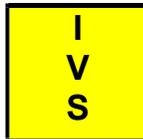
Die wichtigste Sicherheitsregel lautet immer: „Weg vom Angreifer, raus aus der Situation – und Hilfe holen“.

notwendig, diese Maßnahmen für den Ernstfall zu erproben beziehungsweise zu durchdenken. Was müsste getan oder verändert werden, um einem Ernstfall erfolgreich begegnen zu können. Viele Verletzungen geschehen, weil die Opfer zu lange in einer eskalierenden Situation verbleiben. Im Notfall gilt es, sich niemals auf ein Gerangel oder auf einen Kampf einzulassen und grundsätzlich einen Körperkontakt zum Gegenüber zu vermeiden. Bei körperlicher Bedrohung heißt es also: Distanz

herstellen (doppelte Armlänge), Arme hoch (vor die Brust) und/oder Schutz hinter einem Hindernis (zum Beispiel Tisch) suchen, sofern es möglich ist. Machen Sie sich körperlich groß und setzen Sie die eigene Stimme laut und fest ein. Holen Sie sich kollegiale Unterstützung. Personelle Überlegenheit führt häufig zur Beruhigung der Situation. Die Anwendung körperlicher Abwehrtechniken sollte das allerletzte Mittel der Gefahrenabwehr sein. Sie dürfen nur angewendet werden, wenn alle anderen Möglichkeiten der Deeskalation ausgeschöpft sind. Für das Personal müssen die Interventionstechniken leicht erlernbar und im Praxisbetrieb effektiv durchführbar sein.

Weitere entscheidende Präventionsaspekte sind die baulichen Gegebenheiten sowie die Ausstattung der Praxis. Bei letzterer ist es ein deeskalierende Maßnahme, spitze oder schwere Gegenstände im Vorfeld wegzuräumen oder gar nicht erst anzuschaffen. Wenn möglich, ist es wichtig, Tische und Stühle so zu stellen, dass Ihnen Fluchtmöglichkeiten bleiben. Auch ein Alarmknopf am PC oder am Empfangstresen ist ein gutes Mittel.

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



Institut für
Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie
Verhaltensmedizin
Systemisch fundierte Psychotherapie
und Sexuologie

staatlich anerkannt und zertifiziert n. ISO 9001:2015

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

• Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r

Laufend neue Termine



Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-, Zivil- u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine:

Prof. Dr. DP Rudolf Egg „Grundlagen Rechts- und Polizeipsychologie“ 26./27. Juni 2021 (Grundlagen, Strafrecht)

Dr. DP Thomas Merten „Beschwerdenuvalidierung i. d. soz.-, zivil- u. verwaltungsrechtl. Begutachtung...“ 3./4. Juli 2021 (Grundl., SZV)

Dr. DP Sandra Loohs „Aussagequalität - Inhaltsanalyse v. Zeugenaussagen“ 24./25. Juli 2021 - online (Glaubhaftigkeit, Fam.-, Strafrecht)

• Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation für Mediziner und Psychologen (Curr. 136 Std.) nächster Termin:

Dr. DP Rolf-Dieter Trautmann „Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik u. therapeutische Ansätze“ 19./20. Juni 2021

• Klin. Hypnose, Hypnotherapie u. hypnosystemische Interventionen m. Kindern u. Jgdl. (KiHyp) Fortbildungscurr. (K1-K7) d. MEG, nächster Termin: **DP Hiltrud Bierbaum-Luttermann** „K4 Arbeit mit hypnotherapeutischen Teilekonzepten...“ 11./12. Juni 2021

• EMDR-Zusatzqualifikation: **DP Gertrud Skoupy** „Trainingsseminar zur Praxis des EMDR“ 16. Juli 2021

• Klinische Hypnose (KliHyp) Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken)

Nächster Termin: **Dr. Wolfram Dormann** „B5 Nutzung von Trancephänomenen II: Regression - Reorientierung i. der Zeit“ 12./13. Juni 21

nächster Beginn: **Dr. DP Burkhard Peter** „Einführung in die Hypnose (B1/KE)“ 19./20. November 2021

C/CK-Sem: **DP Frauke Niehues** „Prokrastination - Erfolgreich erledigt statt aufgeschoben!“ Online-Seminar 16./17. Juli 2021



Neu!

• Supervisor/in (verhaltenstherapeutisch fundiertes Curr.) 80 FE in 5 Blöcken u. 6 Treffen in Kleingr. á 8 FE - Beginn: 5. Juni 2021

• Sexualtherapie / Sexualmedizin (Curriculum 156 FE in 10 Blöcken) nächste Termine: **DP Pamela Grassl** „Internet, Pornographie u. Sexualität“ 11. Juni 2021 und „Therapeutische Strategien bei sexuellen Störungen“ 12.-13. Juni 2021

• Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern u. Jugendlichen 200 WE, Curriculum mit z. T. individuell wählbaren Seminarthemen u. -terminen zum Erwerb der Fachkunde für die Abrechnung verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Kontakt und Infos: Psychotherapeutische Ambulanz III des IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 43, 90762 Fürth, Tel.: 0911-975607-201, Fax: -202
Homepage/**Online-Anmeldung:** www.ivs-nuernberg.de - (hier finden Sie auch Termine für weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen)

Kurz gemeldet ...

Weiterbildung geregelt – finanzielle Förderung nötig
Beim 38. DPT wurden mit den Abschnitten A (Paragrafenteil) und B (Gebiete) wesentliche Teile der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen. Bis zum Herbst-DPT wird es nun um inhaltliche Details zum Kompetenzerwerb in den unterschiedlichen Psychotherapieverfahren gehen, die dann verabschiedet werden sollen. Mit großer Mehrheit entschieden sich die Delegierten für eine fünfjährige Weiterbildungsdauer. Zudem gibt es künftig drei Fachgebiete: Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Psychotherapie mit Erwachsenen oder Neuropsychologische Psychotherapie.

tinyurl.com/2mcr7kse

Qualitätssicherung muss der Versorgung dienen

Auf der KBV-Vertreterversammlung stellte die stv. Bundesvorsitzende Barbara Lubisch einen Antrag zu der im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) geplanten Qualitätssicherung vor: „Qualitätssicherung ist kein Selbstzweck, sondern muss einen Sinn für die Versorgung haben. Die Praxen brauchen hier keine Androhung von Sanktionen, sondern Förderung und Unterstützung.“

tinyurl.com/49xdtwjx

Kinder brauchen mehr / Jugend braucht mehr

Ein breites Bündnis von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, -psychiater*innen und Kinder- und Jugendärzt*innen fordert ein entschlossenes Handeln der Politik, um dem massiven Leiden der Kinder und Jugendlichen in der Corona-Krise mit einem Maßnahmenpaket entgegenzuwirken.

tinyurl.com/jtpvc44j

„Corona wird die Psyche noch länger beschäftigen“

DPTV: „Report Psychotherapie 2021“ in zweiter Auflage erschienen

Die Psychotherapeut*innen in Deutschland arbeiten mit viel Engagement und Flexibilität. Das zeigt der Report eindrücklich. 2018 wurden knapp 1,5 Millionen erwachsene Patient*innen und über 310.000 Kinder und Jugendliche von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen behandelt“, sagt Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV). Nach der Premiere im vergangenen Jahr veröffentlicht die DPTV nun den neuen „Report Psychotherapie 2021“. Die aktualisierte und erweiterte Auflage beinhaltet zwei neue Kapitel zur ambulanten und stationären psychotherapeutischen Behandlung. „Auch die psychischen Folgen der COVID-19-Pandemie sind ein Thema des Reports“, ergänzt Hentschel. „Corona wird die Psyche der Menschen voraussichtlich noch länger beschäftigen.“

Übersichtliches Nachschlagewerk

„Wer die Versorgung psychisch kranker Menschen langfristig verbessern möchte, braucht belastbare Daten“, erklärt Bundesvorsitzender Hentschel die Idee des DPTV-Reports. „Nur wer die Fakten kennt, kann mit ihnen argumentieren.“ Die Autor*innen Dr. Cornelia Rabe-Menssen, Anne Dazer und Dr. Enno Maaß haben dazu erneut den aktuellen Wissensstand in einem übersichtlichen Nachschlagewerk zusammengefasst.

Psychotherapeutische Sprechstunde stark nachgefragt

„Die mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie eingeführten Leistungen, psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlungen, sind in die Versorgung etabliert und werden von den Patient*innen gut angenommen. Gleichzeitig bleibt den Psychotherapeut*innen dadurch etwas weniger Zeit für die Durchführung von antragspflichtigen Richtlinienpsychotherapien“, sagt Hentschel. Dass die Nachfrage ungebrochen hoch ist, zeigten Zahlen der Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen. „Bei 41 Prozent aller TSS-Anfragen ging es 2020 um psychotherapeutische Leistungen.“

Stationär: Drehtüreffekt verhindern

Neu ist 2021 der Blick auf den stationären Bereich: „Psychische Erkrankungen verursachen bundesweit die höchste Anzahl an Krankenhaustagen“, berichtet Hentschel. „Hier zeigt sich, dass die psychische Gesundheit kein Randbereich des Gesundheitssystems ist. Die Schnittstellen-Optimierung zwischen ambulanten und stationärem Bereich ist daher wichtig, um ‚Drehtüreffekte‘ bei den Patient*innen zu verhindern. Innerhalb von vier Monaten nach Entlassung werden über 40 Prozent der Patient*innen wieder stationär aufgenommen.“

Psychische Auffälligkeiten unter Corona gestiegen

„Die Datenlage zu den psychischen Folgen von COVID-19 hat sich stark verdichtet. Vor allem die Zahlen zu Kindern und Jugendlichen sind alarmierend“, sagt Bundesvorsitzender Hentschel. „Der Anteil der Kinder mit psychischen Auffälligkeiten ist in der Pandemie von 20 Prozent auf fast ein Drittel gestiegen. Ende 2020 gaben 70 Prozent der Kinder in einer Umfrage eine geminderte Lebensqualität an.“ Ob die konkreten Diagnosen psychischer Erkrankungen zunehmen werden, müsse noch beobachtet werden.

www.dptv.de/report2021

Wissenschaft und Forschung
DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

REPORT PSYCHOTHERAPIE 2021

Seelensang – Geschichten vom Leben und Sterben

	Neşmil Ghassemlou
	Seelensang – Geschichten vom Leben und Sterben
	2020, Claudius Verlag
	144 Seiten
	978-3-532-62855-3
	18,00

Nachdem ich mir das Buch „Seelensang – Geschichten vom Leben und Sterben“ in der Buchhandlung abgeholt hatte, wollte ich „nur mal reinschauen“; aber das Ergebnis war: Ich konnte nicht mehr aufhören zu lesen, so packend, so fesselnd waren die einzelnen, sehr persönlichen Geschichten und Erfahrungen. Es ist ein Buch, das mit ganz viel „Herzblut“ geschrieben ist. Die Autorin ist Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoonkologin und Palliativmedizinerin.

Das Buch ist von der Thematik her schwer in eine Kategorie einzureihen, denn es ist eine Mischung aus Fachbuch und Lebensbegleiter über das Sterben bis in den Tod. Als wohldurchdachtes Begleit- und Handbuch für viele Stationen auf der letzten Wegstrecke des Lebens ist es sowohl für Betroffene, Angehörige, Pflegekräfte, Hospizbegleiter*innen, Psychoonkolog*innen und last but not least für Ärzt*innen in vielerlei Hinsicht hilfreich.

Durch das in konkreten Beispielen beschriebene Verhalten und die Reaktionen der Beteiligten mit eingestreuter Erklärung der Gesprächstechnik gibt es eine sehr anschauliche Hilfestellung, wie dieser oft mit Angst besetzte letzte Weg bis zum letzten Atemzug bewältigbar ist. Es entsteht ein heilendes und tröstliches Bild von der palliativen Arbeit. Eine weitere Stärke des Buches sind auch die von der Autorin selbst erlebten Schicksalsmo-

mente, die so wirklichkeitsnah erzählt werden, so wie das Leben ist! Ebenso berührt hat mich immer wieder, wenn in besonders tiefgehenden Momenten der „Seelensang“ als Mittel der Beruhigung, des still Werdens eingesetzt wurde. Das konnte ich fast körperlich spüren.

Richtig schön sind die den einzelnen Geschichten vorangestellten kleinen Gedichte von Kierkegaard, Hilde Domin, Martin Buber, Rilke und auch von der Verfasserin selbst.

Gerade das Kapitel „Sternbenediction“ interessierte mich sehr, wie auch schon das vorangegangene, in dem die Autorin den Verlauf des Sterbeprozesses erklärt. Das fand ich für mich persönlich sehr wichtig und einleuchtend. Das hat mir etwas von meiner eigenen Angst vor dem Sterbemoment genommen. Auf viele Fragen hat mir das Buch Antworten gegeben; manche Antworten sind noch „im Werden“...

Das alles sind die Stärken dieses außergewöhnlichen Buches! Schwächen konnte ich bisher keine feststellen, denn das, was der eine oder andere Kritiker anführen könnte – streckenweise zu emotional – ist gerade die Stärke dieses Buches, das es aus der Reihe anderer Bücher zu diesem Thema so wohltuend heraushebt.

Rezensiert von Dr. Grith Graebner



ACT in der Psychoonkologie

	Judith Alder
A	ACT in der Psychoonkologie. Ein Praxisleitfaden
	2020, Hogrefe Verlag
	203 Seiten
ISBN	978-3-8017-2966-0
€	29,95

Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) bietet sowohl ein ergänzendes Modell für eine verbesserte psychische Flexibilität von Patient*innen und Beteiligten in der Psychoonkologie als auch einen evidenzbasierten therapeutischen Ansatz: Laut Judith Alder greift ACT „mittels erfahrungs- und erlebnisorientierter Übungen und Metaphern in (...) Prozesse ein mit dem Ziel, trotz Leid und aufkommenden belastenden Gedanken und Gefühlen adaptiv und sinnerfüllt handeln zu können – denn das gute Leben beginnt nicht erst dann, wenn alle Probleme gelöst sind“ (vgl. Seite 11).

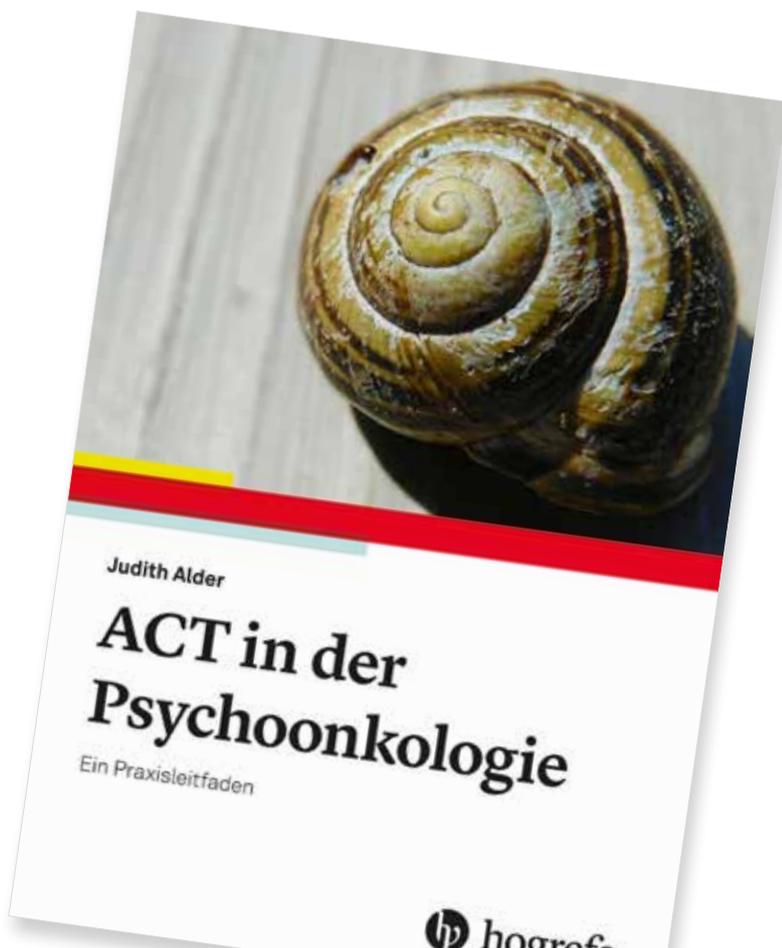
In diesem kompakt und übersichtlich gegliederten Praxisleitfaden integriert die Autorin Erfahrungen aus ihrer langjährigen Tätigkeit mit Krebspatient*innen und der zusätzlichen Perspektive einer individuell herausgearbeiteten Fallkonzeption und Ableitung des Behandlungskontextes anhand der Kernprozesse von ACT. Für die Leser*innen wird deutlich, wie verwandte Konzepte abzugrenzen und welche Besonderheiten in der

Psychoonkologie zu beachten sind. Was passiert zum Beispiel bei übermäßigen Schonverhalten bei einer Patientin mit anhaltender Angst vor einem Rezidiv? Wie kann diese Form der Erlebnisvermeidung als (unwirksame) Kontrollstrategie im Rahmen von ACT eingeordnet werden, wie könnten konkret die therapeutischen Ziele für mehr Bereitschaft und Akzeptanz eine schwere Erkrankung zu bewältigen bei dieser Patientin aussehen? Hier führt der transdiagnostische Ansatz von ACT zu mehr Fallverständnis und zur Identifikation von fördernden Prozessen. Die Autorin zeigt konkret auf, wie die ACT-Therapeut*innen den Kontext der Patient*innen in den Mittelpunkt setzen und aus dieser Perspektive „nicht die Krebserkrankung selbst das Problem (...) ist, sondern das durch Vermeidung, Inakzeptanz oder Wertentfremdung geprägte Verhalten reaktiv auf die Krebserkrankung“ (vgl. Seite 46) gemeint ist.

Im Hauptteil des Praxisleitfadens wird die kreative Arbeit mit ACT anschaulich und mithilfe zahlreicher Fallbeispiele aufgezeigt. In den Fokus rückt unter anderem die besondere Therapiebeziehung, der Umgang mit bisherigen Bewältigungsstrategien, die Klärung von Lebenswerten und erkrankungsspezifischer Inhalte wie der Umgang mit Hoffnungslosigkeit, Krankheitserleben und eigener Endlichkeit.

Im Anhang finden sich grafische Hilfestellungen zur Fallkonzeptualisierung anhand ACT, Fragebögen zur Arbeit mit Werten und Zielen sowie eine Sammlung ACT-basierter Übungen. Eine CD-ROM liegt dem Buch bei und enthält sämtliche Materialien als PDF-Dateien. Insgesamt ein sehr empfehlenswerter Praxisleitfaden, der auch ohne spezifische Vorkenntnisse des ACT-Ansatzes eine Bereicherung für die psychotherapeutische Begleitung schwer körperlich erkrankter Menschen darstellt.

Rezensiert von Daniela Kraus



Sexuelle Probleme bei Kindern und Jugendlichen

	Andreas Rose, Sandra Poppek, Thomas Mösler, Johannes Kemper, Wolfram Dormann (Hrsg.)
A	Sexuelle Probleme bei Kindern und Jugendlichen
	2018, Psychotherapie-Verlag
	223 Seiten
ISBN	978-3-86333-102-3
€	19,90

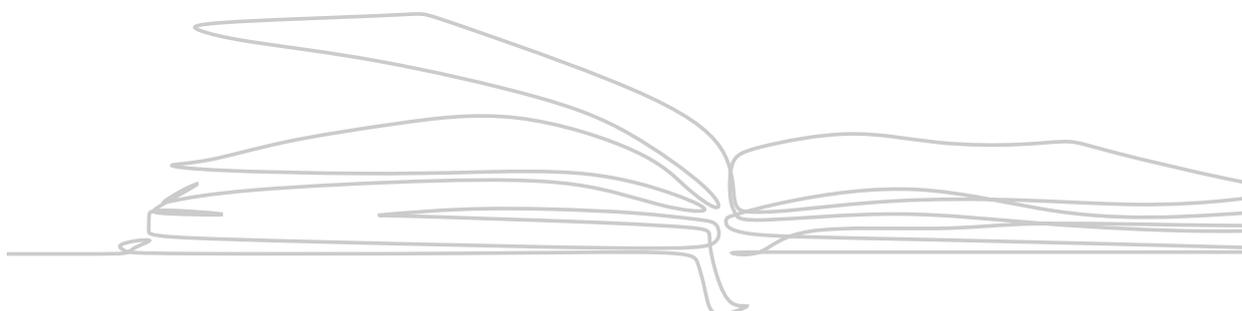
Dieses ungewöhnliche Buch beschäftigt sich vorwiegend mit unerwarteten Themen. Diese ungewöhnlichen Schwerpunkte sind Jugendliche mit Behinderungen, die Wirkung von Pornografie bei Jugendlichen, Störungen der Geschlechtsidentität, psychische Störungen und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung, die Arbeit mit Mädchen, die Psychotherapie mit grenzverletzenden Kindern und Jugendlichen, Psychotherapie der Störung der sexuellen Präferenz und Delinquenz. Zusätzlich, auch online abrufbare Materialien und einen Ausflug in die Comicwelt runden das Buch angenehm ab.

Sexualität in der kinderpsychotherapeutischen Praxis wird nicht so oft thematisiert. Die Verfasserinnen und Verfasser sind am Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS) in Nürnberg tätig, und zeigen bereits bei der Themenschwerpunktsetzung, dass sie etwas von der Materie verstehen. Es ist ja nicht gängig, Kinder und Jugendliche mit sexuellen Störungen in Verbindung zu bringen. Aber jede Arbeit mit Kindern und Jugendlichen darf dieses Thema nicht außer Acht lassen. Diese Lücke soll mithilfe dieses Buches geschlossen werden.

Wie feinfühlig die Kollegin Hartmann mit Jugendlichen mit Behinderungen umgehen kann, zeigt sie kurz und knapp, jedoch ohne die notwendige Tiefe in den praktischen Beispielen vermissen zu lassen. Rose bringt uns zum Nachdenken mit seinen Informationen über Pornografie und kanalisiert dabei nicht in bestimmten Richtungen, sodass wir genügend Platz für eigene Überlegungen erhalten.

In den Kapiteln von Bastian und Stang/Schleider, die ich gerne in einer Einheit betrachten möchte, werden sowohl theoretische als auch praktische Aspekte in der Betrachtung/Diagnostik/Therapieplanung und Behandlung von sexueller Entwicklung und Orientierung näher beschrieben. Das Spannungsfeld von Geschlechtskorrektur und „Wechsel“ der Geschlechtsidentität wird gesehen und aufgegriffen. „Sex and the girls“ ist ein Muss für die Kolleg*innen, die mit Mädchen einzeln oder in der Gruppe an diesem Thema arbeiten wollen. Ambulante und stationäre Therapie zum Teil mit den schwierigen Themen der Täterseite zeigen, dass es durchaus ausgereifte, erfolgsversprechende Ansätze gibt.

**Rezensiert von
Dr. Alessandro Cavicchioli**



Schwierige Situationen in Therapie und Beratung

Wer psychotherapeutisch tätig ist und das Inhaltverzeichnis der nunmehr dritten Auflage der beiden Autoren durchschaut, dem werden wohl viele der dort aufgeführten Problemsituationen bekannt vorkommen: „Intellektualisieren“, „Terminabsagen“ und „Machtkampf“ sind nur einige der in 34 Kapiteln einzeln bearbeiteten Schwierigkeiten, mit denen Psychotherapeut*innen sich in ihrem Arbeitsalltag gegenüber Patient*innen konfrontiert sehen. Wie gut, dass mit dem Nachschlagwerk (Anordnung alphabetisch) unkompliziert erste Hilfe geleistet und Lösungsansätze angeboten werden.

Die um einige Kapitel angereicherte Neuauflage (unter anderem „Sekundärer Krankheitsgewinn“) folgt dem immergleichen Schema in der Besprechung der jeweiligen Problemsituation, was das Buch besonders leicht zugänglich macht: Nach einer Einführung mithilfe eines praxisnahen Beispiels wird das vorliegende Problem konkretisiert und seine möglichen Hintergründe werden erläutert, um den Leser*innen dann „Dos“ und „Dont's“ an die Hand zu geben. Die Autoren nutzen für ihre Empfehlungen Quellenangaben, die somit eine weitere Vertiefung in die angebotene Vorgehensweise möglich machen.

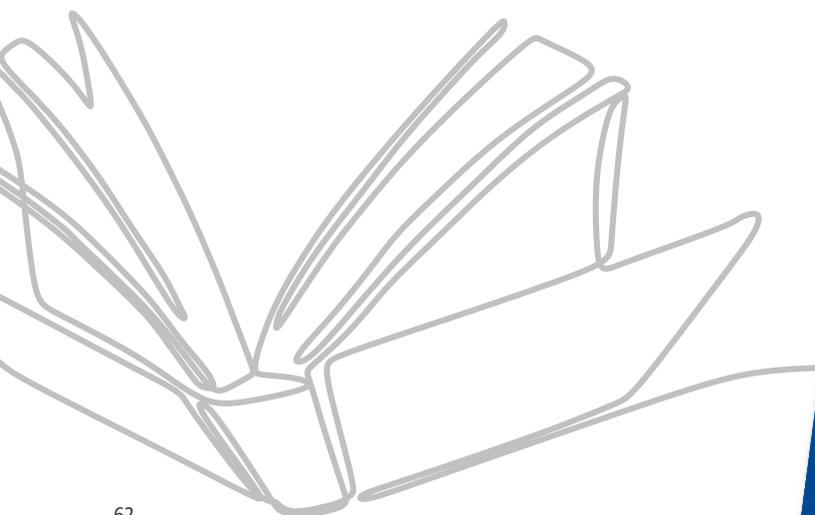
Doch genau darin liegt auch die Herausforderung, die dieses Buch an sich selbst stellt: Es wendet sich nicht nur (schulenübergreifend) an Psychotherapeut*innen, sondern auch an Berater*innen. Es wendet sich an sie in unterschiedlichsten Arbeitskontexten (einmal bis in die forensische Psychiatrie). Und es wendet sich an sie mit inhaltlichen (Klient*innenverhalten), privaten („Beratungsanliegen im persönlichen Kontext“) sowie rechtlichen („Strafbare Handlungen“) Fragestellungen. Können die Herausforderungen in allen Bereichen mit einer Art „Patentrezept“ angegangen werden?

Nein – und das sehen auch die Autoren nicht so. Gleich im Vorwort verweisen sie auf ihren eklektischen Ansatz und mögliche Limitierungen. Sie verstehen ihre Antworten mehr als einen Weg aus (augenscheinlichen) Dilemmas (zum Beispiel „Wie den Plaudermodus stoppen, ohne die Beziehung zu gefährden?“) denn als universelle Lösungskonzepte. Insofern kommen Leser*innen mit therapeutischen Strategien in Kontakt, denen sie in ihrer gewohnten „Grundausrichtung“ wohlmöglich gar nicht begegnet wären.

Dennoch: Es wird (zum Glück) auch weiter in der Aufgabe der Therapeut*innen liegen, Schwierigkeiten in das individuelle Gesamtverständnis der Patient*innen einzubetten und sich gegebenenfalls selbst weiterführende Unterstützung wie Supervision einzuholen. Aber mal ehrlich, wäre es denn ansonsten nicht auch zu einfach?

Rezensiert von Sebastian Hüting

	Alexander Noyon, Thomas Heidenreich
	Schwierige Situationen in Therapie und Beratung: 34 Probleme und Lösungsvorschläge. Mit E-Book inside
	2020, BELTZ
	261 Seiten
	978-3-621-28646-6
	€ 42,95



Selbstverletzung

Wie viele andere Kolleg*innen kenne ich selbstverletzendes Verhalten insbesondere im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Christian Schmahl und Christian Stiglmayr widmen sich jedoch umfänglich dem Thema nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Jugend- und Erwachsenenalter, zum Beispiel bei Trauma, Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen sowie dissoziativen Störungen. NSSV wurde nämlich im DSM-5 als Forschungsdiagnose aufgenommen. Schmahl und Stiglmayr gehen dabei auf die Erscheinungsform bei unterschiedlichen psychischen Störungen ein, nachfolgend skizzieren sie Störungstheorien, Risikofaktoren und Befunde aus der Neurobiologie. Weiterhin stellen sie Diagnostikmöglichkeiten vor und in einem ausführlicheren Kapitel auch Behandlungsmöglichkeiten.

Abgerundet wird das Buch mit Angaben zur wissenschaftlichen Evidenz, einem Fallbeispiel, weiterführender Literatur sowie Fragebögen, unter anderem der DSHI (Deliberate Self Harm Inventory) oder dem Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten (FSSV). Als Zusatzmaterial gibt es eine Checkliste mit Beispielfragen zur Anamnese.

Sehr spannend fand ich die Klassifizierung von Selbstverletzungen nach Nock mit der Differenzierung unter anderem zwischen Androhungen, Impulsen und Verhaltensweisen. Auffällig ist die hohe Prävalenz (circa 10 %), die aufzeigt, wie wichtig das Thema ist, insbesondere in der Arbeit mit Jugendlichen, die in vulnerablen Phasen selbstverletzende Maßnahmen ergreifen, ohne dass eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostisch vorhanden ist. Die Autoren stellen zudem die Forschungskriterien für NSSV vor, die für mich neu waren, aber sehr praxisnah und sicherlich hilfreich zur Einordnung von Symptomen sind. Den Überblick über NSSV bei unterschiedlichen psychischen Störungen hätte ich mir etwas ausführlicher gewünscht (Was ist zum Beispiel mit NSSV bei Essstörungen?) und durchaus wären auch Angaben zu kultursensitiven oder genderspezifischen Aspekten interessant gewesen.

Besonders spannend an den vorgestellten Störungsmodellen fand ich das Benefits-Barrieren-Modell, das besagt, dass NSSV dann wahrscheinlich wird, wenn die Benefits (Affektverbesserung, Erfüllung von Selbstbestrafungstendenzen, verbesserte Peergroup-Affiliation und Kommunika-

tion von Stress /Stärke) die Barrieren (zum Beispiel positive Sicht vom Selbst, körperlicher Schmerz et cetera) überwiegen. Die Angaben zu neurobiologischen Verarbeitungsprozessen (insbesondere Schmerz) und Risikofaktoren sind in einem guten Überblick dargestellt.

Das Kapitel zur Diagnostik war für mich besonders einsichtsreich: Ich kannte bis dato wenige Fragebögen, die sich nur mit Selbstverletzung beschäftigen und war über die Vielfalt der Messmethoden überrascht. Ein sehr guter Überblick über den Aufbau einer Verhaltensanalyse rundet die Diagnostik ab. Hier wäre es wünschenswert gewesen, ein Fallbeispiel damit zu kombinieren.

Im Behandlungsteil widmen sich die Autoren einzelnen Therapiebausteinen (Behandlung von schweren Problemen auf der Verhaltensebene, Akzeptieren und Verändern von schwerem Leid auf der emotionalen Ebene sowie Probleme der Lebensführung akzeptieren und lösen). Anhand von Beispieldialogen werden diese erläutert. Sehr gut fand ich Unterpunkte wie Telefoncoaching bei Patient*innen, die eine Waffe vor sich haben und dem Selbstverletzungsdruck nachgehen wollen sowie Vermitteln des „Genervtseins“ vom Therapeuten. Auch die Auflistung von möglichen Problemen in der Therapie und möglichen Interventionsmöglichkeiten empfinde ich als sehr gewinnbringend für die alltägliche Praxis.

Ich erlebe das Buch aus der Reihe Fortschritte der Psychotherapie als extrem hilfreich für ein Phänomen, das – unabhängig von der Borderline-Persönlichkeitsstörung – sehr oft im ambulanten und stationären Setting aufkommt. So bekomme ich mehr Ideen, was ich neben der Etablierung eines Notfallplans und einer Skillsliste machen kann. Es könnten durchaus mehr Fallbeispiele vorkommen. Ansonsten empfehle ich dieses Buch für alle in Kliniken und Praxen tätige Kolleg*innen, die einen guten ersten Überblick über Behandlungsmöglichkeiten bei NSSV bekommen möchten.

**Rezensiert von
Marie-Christine Reisch**

	Christian Schmahl, Christian Stiglmayr
	Selbstverletzung
	2020, Hogrefe
	109 Seiten
	9783801727512
	19,95



Lehrbuch der Psychotraumatologie

Das 2020 in erweiterter und aktualisierter Auflage erschienene „Lehrbuch der Psychotraumatologie“ deckt den gesamten titelgebenden Bereich ab. Im ersten Teil, „Allgemeine Psychotraumatologie“, der mehr als die Hälfte des Textes einnimmt, führen die Autor*innen in das Thema ein und legen allgemeine Gesetzmäßigkeiten psychotraumatologischer Verläufe dar. Dabei entwickeln sie ein Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung, mit dessen Hilfe die Struktur und Dynamik traumatischer Prozesse erklärt und nachvollzogen werden kann. Die Autor*innen weisen darauf hin, dass ein vorhandenes Syndrom als Momentaufnahme eines Traumaverarbeitungsprozesses verstanden werden sollte, in dem intrusive und Vermeidungsphasen abwechseln. Das Verständnis dieser Pendelbewegung ermöglicht es, eine Vielzahl möglicher Symptomatiken auf traumatische Ursprünge zu beziehen.

Im zweiten Teil des Buches, „Spezielle Psychotraumatologie“, werden potenziell traumatisierende Situationen und deren mögliche Auswirkungen dargestellt. Dabei werden bekannte traumatische Situationen wie Krieg und Folter ebenso benannt wie oft übersehene wie Mobbing oder Arbeitslosigkeit. Die Autor*innen beziehen soziologische und politische Fragen ein und bereichern den Text mit Fallvignetten an.

Es ist den Autor*innen in bemerkenswerter Weise gelungen, einen Überblick über das Fachgebiet zu geben. Im ersten Teil des Buches gibt es kaum Fallvignetten, die Sprache bleibt oft nüchtern, fast technisch. Auch kommt die Behandlung von Traumafolgestörungen sehr kurz, es wird nur ein Überblick über mögliche Ansätze gegeben. Die Stärke des Behandlungskapitels liegt darin, therapeutische Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung speziell für Traumafolgestörungen in den Blick zu nehmen und darauf hinzuweisen, wie wichtig es ist, eine minimale Differenz zwischen Übertragung und Arbeitsbündnis zu schaffen: Das, was Patient*innen in der Therapie erleben, muss der Traumasituation so ähnlich sein, dass es als Korrektur durchgearbeitet werden kann – es darf aber nicht zu ähnlich sein und zur Retraumatisierung führen. Der zweite Teil wirkt sehr viel lebendiger und praxisnäher.

Insgesamt ist ein Buch entstanden, das allen, die potenziell mit traumatisierten Personen zu tun haben, zu empfehlen ist, auch weil es Hinweise zum Umgang mit traumatisierten Personen für eine Vielzahl von Fachpersonen enthält.

Rezensiert von Dr. phil. Katja Rose

	Gottfried Fischer, Peter Riedesser
	Lehrbuch der Psychotraumatologie
	5., aktualisierte und erweiterte Auflage, 2020, Ernst Reinhardt Verlag
	480 Seiten
	978-3-8252-8769-6
	49,90



Stellenangebote

Jobangebot für PiA (TP):

Behandlungen in Kassenpraxis nahe Kassel Hbf.
2 Tage/Woche, 2000,- brutto, Übernachtungs-
möglichkeit. 0172-2812328

Für 10 h-Anstellung suche ich app. Kolleg*in, das
Stundenkontingent kann gerne durch Privatbehand-
lungen erweitert werden; in netter Praxengemein-
schaft in Issum/Niederhein
kontakt@silke-kaba.de

Für meine VT-Praxis in Düsseldorf Innenstadt
(halber Kassensitz) suche ich ab 01.11.21 oder
früher eine zuverlässige Elternzeitvertretung für
1,5 Jahre auf Honorarbasis. Im Anschluss ist bei guter
Kooperation eine weitere Zusammenarbeit möglich.
Chiffre PA20210202

Verschiedenes

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte
Supervision bei VT-Antragstellung
von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234 / 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Verkaufe günstig verschiedene sehr gut erhaltene
psychologische Testverfahren sowie sehr gut erhal-
tene Psychologie/VT Fachbücher.
Tel. Nr. 01601833503

Praxisabgabe

Praxisabgabe im Kreis Kleve

Psychotherapeutische Praxis (Verhaltenstherapie)
für Erwachsene im Kreis Kleve zu verkaufen. KV-Zu-
lassung vorhanden. Sehr gute Auslastung und War-
telisten. Praxisübergabe nach Absprache. Kontakt per
E-Mail: jjdulos@t-online.de

Kreis Freising

Halbe Praxis (VT-Erwachsene) zum 01.07.21 zu ver-
kaufen. KV-Zulassung vorhanden. Hohe Therapie-
nachfrage. Tel.: 08166/99 49 300 oder
E-Mail: Angelica.Mueller@t-online.de

Psychotherapeutische Praxis in **Nürnberg/Innen-
stadt** zum nächstmöglichen Zeitpunkt abzugeben.
KV-Zulassung vorhanden.
E-Mail: hisom@t-online.de

1/2 Praxis in Görlitz ab 10/21 abzugeben, KV-Zulas-
sung vorhanden. Räumlichkeiten und Inhalt können
ggf. übernommen werden.
Tel.: 03588-200382

Bad Orb im Main-Kinzig-Kreis: Halber Praxisanteil
zu verkaufen. KV-Teilzulassung vorhanden.
Kontakt: 0178-3235291 oder
s.stoekert@posteo.de

Praxisgesuch

**Psychologische Psychotherapeutin mit
Kassensitz sucht zum 01.07.2021
oder später Praxisräume in Bonn.**
Kontakt: s.aurich@web.de

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 Metadaten 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

Anzeigenschluss für Heft 3.2021:

16. Juli 2021

Kleinanzeigenpreise 2021

Pro Millimeter: 3,70 Euro
Mindesthöhe: 17 mm

Liebe DPtV-Mitglieder,

bitte geben Sie Ihre Anzeige über medhochzwei-
verlag.de oder direkt unter mhz-anzeigen.de ein. Für
Aufträge, die nicht über ein Portal gehen, müssen wir
15,00 Euro Bearbeitungskosten in Rechnung stellen.
Kleinanzeigen können wie gewohnt auch im Bundes-
mitgliederbrief der DPtV erscheinen. Hierzu kontak-
tieren Sie bitte die DPtV (bmb-anzeigen@dptv.de).

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlags

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

Der sogenannte KV-Sitz ist eine vom regionalen
Zulassungsausschuss erteilte Zulassung zur ver-
tragsärztlichen 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 Abrechnungsgenehmi-
gung 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 Formulierun-
gen, 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 Verlags

#DPtVgoesgreen

**Sie lesen lieber online statt
auf Papier? Kein Problem!**

Sie können statt der gedruckten Aus-
gabe die Psychotherapie Aktuell auch
als PDF per Mail beziehen. Eine kurze
Nachricht an psychotherapieaktuell@
dptv.de genügt.



**DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung**

www.dptv.de

Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen 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 Psychotherapeuten-Vereinigung (DPTV) e.V. Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der DPTV ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Aktuelle Auflage: 17.500 Exemplare

Verlag und Herausgeberin

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-0 · Fax 030 235009-44
bgst@dptv.de · www.dptv.de

Verantwortliche Schriftleitung

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

Kontaktanschrift der Redaktion

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Jeannine Nickolai
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-73
psychotherapieaktuell@dptv.de

Layout/Satz

Jacqueline Lee

Redaktionsbeirat

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

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. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder der Herausgeberin wieder. 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 Verlags unzulässig. Nachdruck, Aufnahme in Onlinedienste und im Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlags. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Hinweise für Autor*innen

Das Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung können Sie per Mail unter psychotherapieaktuell@dptv.de anfordern.

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

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei
und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH
Karl-Liebkecht-Straße 24/25
14476 Potsdam (OT Golm)
ISSN 1869-0335

Inserentenverzeichnis

Seite

CompuGroup Medical Deutschland AG, Koblenz	49
Ego State Therapie, Institut Rheinland, Bonn	37
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth	57
Jugendberatung und Jugendhilfe e. V., Frankfurt am Main	13
Julius Beltz GmbH & Co. KG, Weinheim	17
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster	19
new media company GmbH & Co. KG, Oldenburg	U4
Pluswert Wirtschaftsdienst GmbH & Co. KG, Münster	4
vfkv Ausbildungsinstitut München gGmbH, München	47

Bildnachweise

Seite

Adobe Stock/Dirima	U1, 30
Adobe Stock/M-Production	5, 33
Adobe Stock/epixproductions	5, 17
Adobe Stock/WC 24	5, 43-48
Adobe Stock/loreanto	6
Adobe Stock/spass	14
Adobe Stock/Gorodenkoff	18
Adobe Stock/Halfpoint	18
Adobe Stock/Fahkamram	24
Adobe Stock/MicroOne	25
Adobe Stock/tiagozr	32
Adobe Stock/Cute Designs	34
Adobe Stock/fizkes	36, 52
Adobe Stock/tatyanadjemileva	36
Adobe Stock/Photographie.eu	36, 54
Adobe Stock/Robert Kneschke	39
Adobe Stock/Syda Productions	40
Adobe Stock/ Marina Zlochinn	51
Adobe Stock/Prostock-studio	53
Adobe Stock/leremy	55
Adobe Stock/ngupakarti	59-64

Die Bilder sind in Leserichtung benannt (von links nach rechts, oben nach unten). Die Autorenbilder wurden privat zur Verfügung gestellt.

Wir drucken klimaneutral auf FSC®-zertifiziertem Papier.



Die nächste Ausgabe von Psychotherapie Aktuell erscheint am **27. August 2021**.

Adressen DPTV

Bundesgeschäftsstelle

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 235009-0
Bundesgeschäftsführer: Carsten Frege

Pressesprecher: Hans Strömsdörfer
Telefon 030 235009-27
presse@dptv.de

Berufsbezogene Mitgliederberatung:
Telefon 030 235009-40
Mo, Fr 10:00 – 13:00 Uhr, Mi 11:00 – 15:00 Uhr
mitgliederberatung@dptv.de

Hotline zur Ausbildungsreform:
Telefon 030 235009-26
Di 15:00 – 16:00 Uhr

Fragen rund um die Mitgliedschaft:
mitgliederverwaltung@dptv.de

Bundesvorstand

Bundesvorsitzender

Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 60
48143 Münster
gebhardhentschel@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
barbaralubisch@dptv.de

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

Dr. Anke Pielsticker
Tal 15
80331 München
ankepielsticker@dptv.de

Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
sabineschaefer@dptv.de

Kooptiertes Mitglied

Dr. Christina Jochim
Rubensstraße 125, Haus 17
12157 Berlin
christinajochim@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung

Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Ilka Heunemann (Stellv. Vorsitzende)

Ansprechpartner*innen/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg

Dr. Alessandro Cavicchioli
dralessandrocavicchioli@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg
Laura Cavicchioli
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0157 35361267
gs-bw@dptv.de

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
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
ilkaheunemann@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Hessen
Martina Büschel
Rheinstraße 1
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

Dr. Enno Maaß
ennomaass@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Niedersachsen
c/o Michael Kladny
Peiner Straße 4
30519 Hannover
gs-niedersachsen@dptv.de

Nordrhein

Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
a.pichler@t-online.de
Landesgeschäftsstelle Nordrhein
c/o Olaf Wollenberg
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
freund.braier@kjpp-letmathe.de
Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe
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
sabine.maur@dptv-rlp.de
Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz
Katharina Dries
Kaiserstraße 38
55116 Mainz
k.dries@dptv-rlp.de

Saarland

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

Sachsen

Sven Quilitzsch
Osterweihstraße 5
08056 Zwickau
Telefon 0375 2004875
psychotherapie@quivial.de
Landesgeschäftsstelle Sachsen
Torsten Löffelmann
Himmelfürststraße 15
08062 Zwickau
Telefon 0375 2004877
vorstand@sachsen.dptv.de

Sachsen-Anhalt

Jeannette Erdmann-Lerch
Goethestraße 26
29410 Salzwedel
jeannette.erdmann-lerch@dptv.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

Ihre Aufgabe ist es, zu helfen. Unsere auch!

Ein wichtiger Bestandteil Ihrer Praxistätigkeit ist Ihre Praxisverwaltungssoftware. Dieses Arbeitsmittel sollte einfach sein und Ihren Arbeitsalltag erleichtern, nicht erschweren.

Mit **Smarty**® bieten wir Ihnen eine hochprofessionelle Praxissoftware und einen ausgezeichneten Support.

Testen und kontaktieren Sie uns!

0441 - 390 112 66

GEWINNER

der DPTV-Mitgliederbefragung
in den Kategorien
Erreichbarkeit,
Wartung vor Ort und
Betreuung durch Spezialisten.*

*Quelle: „Psychotherapie Aktuell“ Ausgabe 2.2020

