



# WLP news

3 | 2014 Zeitschrift des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie

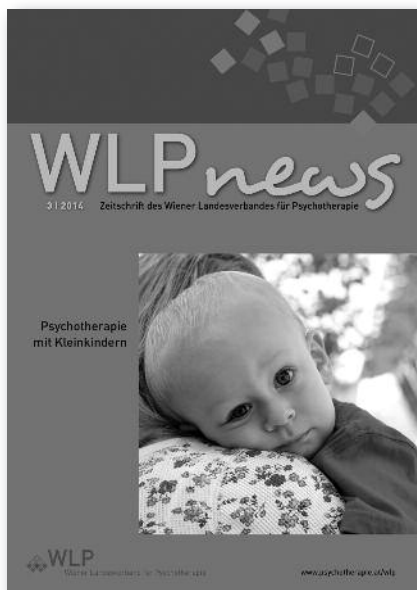
Psychotherapie  
mit Kleinkindern



WLP

Wiener Landesverband für Psychotherapie

[www.psychotherapie-wlp.at](http://www.psychotherapie-wlp.at)



# 3 | 2014

Editorial **2**

**3** Brief der Vorsitzenden

WGKK-Formular und mehr ... **4**

**6** Zur Entstehung und den theoretischen Wurzeln der Eltern-Kleinkind Therapie

Psychotherapie mit Säuglingen **10**

**12** **Baby-Kummer und Eltern-Sorgen:** Zur Prävention von frühen Störungen in der analytischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie

**15** **Über die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT)**

Das Neugeborene – ein Rätsel – ein „enfant terrible“? **18**

Psychosoziale Einrichtungen in Wien stellen sich vor  
Eltern-Kleinkind-Psychotherapie am Institut für Erziehungshilfe **22**

**24** **Neue Wege einer Trennungs- und Scheidungskultur – Collaborative law (CL)**

Neue Regelungen im Psychotherapiegesetz **25**

**26** **Informationsecke**  
Pin-Board  
Familientag der Österr. Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

**27** **Aktuelles aus den Bezirken**  
Termine

Das WLP-Team **28**

## Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:  
Wiener Landesverband für Psychotherapie WLP  
ZVR Nummer: 910346914  
DVR Nummer: 3003139  
Löwengasse 3/5/6, 1030 Wien  
T: ++43.1.890 80 00  
F: ++43.1.512 70 90-44  
E: office@psychotherapie-wlp.at  
www.psychotherapie-wlp.at

**Chefredakteur:** Dr. Hermann Spielhofer  
**Redaktion:** Leonore Lerch, Dr. Gerhard Pawlowsky  
**Anzeigen:** Mag<sup>a</sup> Eva Lamprecht  
**Grafische Gestaltung:** Mag<sup>a</sup> Gisela Scheubmayr/  
www.subgrafik.at  
**Coverfoto:** © Shutterstock  
**Druck:** Gröbner, Oberwart  
**Auflage:** 1.200 Stück  
**Verlagspostamt:** 1010 Wien



## Editorial

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Die Bedeutung der ersten Lebensjahre für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben bereits Sigmund und Anna Freud, René Spitz, Margret Mahler oder John Bowlby nachgewiesen und zuletzt wurde diese Thematik vor allem von der Säuglingsforschung aufgegriffen und weiterentwickelt. Inzwischen gibt es eine umfassende Literatur zu dieser Problematik. Im vorliegenden Heft werden die neuesten Entwicklungen im Bereich der Forschung zur Kleinkind-Eltern-Beziehung und den daraus resultierenden Behandlungskonzepten dargestellt.

Beim Studium dieser frühen Beziehung gerät allerdings oftmals der Umstand aus dem Blickfeld, dass die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung nicht nur von der familiären Situation abhängt, sondern auch von den sozialen und ökonomischen Bedingungen. Dies betrifft übrigens auch die Situation der Kinderpsychotherapie selbst, die durch die mangelnde Finanzierung prekären Bedingungen ausgesetzt ist.

Gertraud Diem-Wille gibt in ihrem Artikel, *Zur Entstehung und den theoretischen Wurzeln der Eltern-Kleinkind-Therapie*, vorerst einen Überblick über die Entwicklung der Erforschung der frühen Mutter-Kind-Beziehung, die in den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in London begann und damals zu der berühmten Kontroverse zwischen Anna Freud und Melanie Klein geführt hat. Die Ergebnisse dieser Forschung, die vor allem von E. Bick, J. Bowlby sowie später von D. Stern und P. Fonagy weitergeführt wurden, haben in der Folge auch die therapeutische Arbeit beeinflusst. Außerdem beschreibt Diem-Wille die Entwicklung der Eltern-Kleinkind-Therapie in Österreich.

Barbara Burian-Langegger, langjährige Leiterin des „Instituts für Erziehungshilfe“, betont in ihrem Beitrag, *Psychotherapie mit Säuglingen*, dass die Mutter-Kind-Beziehung einem ständigen Wandel unterzogen ist und durch meist unbewusste Phantasien und Projektionen gestaltet und umgestaltet wird. Unzureichende gegenseitige Abstimmungen haben bereits früh Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes und äußern sich in Störungen der Affektregulation, der Psychomotorik oder der kognitiven Entwicklung.

Cornelia Wegeler-Schardt beschreibt in ihrem Beitrag, *Baby-Kummer und Eltern-Sorgen: Zur Prävention von frühen Störungen in der analytischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie*, die Arbeit der Frankfurter Baby-Ambulanz am „Anna-Freud-Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie“. Die Autorin wirft eingangs die Frage

auf, wie man mit Säuglingen Psychotherapie machen kann und wer eigentlich dabei behandelt wird. Es werden sehr detailliert die komplexen Austauschprozesse zwischen Kleinkind und Bezugsperson beschrieben sowie deren Auswirkungen auf das Befinden des Kindes und auch der Mutter.

Im Beitrag von Helga Reiter, *Über die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT)*, geht es um die, von der Psychoanalytikerin E. Bick begründete, Methode der „Infant Observation“, d.h. um die Beobachtung von Säuglingen und deren Eltern von Geburt an in der realen Situation. Dieses Verfahren wurde an der Tavistock Clinic in London zentraler Bestandteil der Ausbildung von Kinder- und JugendtherapeutInnen und hat inzwischen weltweit Verbreitung gefunden.

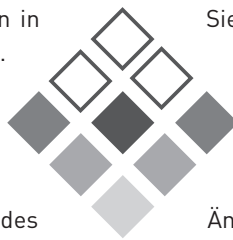
Sabine Fiala-Preinsperger berichtet in ihrem Beitrag, *Das Neugeborene – ein Rätsel – ein „enfant terrible“?*, ebenfalls von der Arbeit mit Kleinkindern und Eltern und zwar im Kinderambulatorium der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung (WPV). Aufgrund fehlender Erfahrung und Schulung greifen die Eltern oft auf bewusste und unbewusste Beziehungsmuster aus ihrer eigenen Geschichte zurück. Psychoanalytische Eltern-Kleinkindtherapie stellt für Eltern eine Chance dar, sich dieser unbewussten Muster bewusst zu werden und die frühen pathologischen Kreisläufe zu verändern.

Lea Hof-Vachalek und Karin J. Lebersorger beschreiben in der Rubrik „Einrichtungen stellen sich vor“, *Eltern-Kleinkind-Psychotherapie am Institut für Erziehungshilfe*, die Arbeit mit Kleinkindern bis zum 3. Lebensjahr und deren Eltern.

Sie ist gekennzeichnet durch einen bifokalen Zugang, d.h. es stehen sowohl die interaktiven Prozesse von Mutter und Kind im Zentrum der Beobachtung und Intervention als auch die intrapsychische Dynamik der Beteiligten. Dabei ist das Kleinkind oft Katalysator für die Äußerungen elterlicher Ängste, Schuldgefühle und Konflikte, die oft über Generationen weitergegeben werden. Anhand eines Fallbeispiels wird veranschaulicht, wie durch affektive Ausbrüche eines kleinen Mädchens die Probleme und Konflikte der Eltern zum Ausdruck kommen und in Gesprächen verständlich gemacht werden können.

Leonore Lerch informiert in ihrem Beitrag, *WGKK-Formular und mehr ...*, über die aktuellen Entwicklungen zum neuen Antragsformular der Wiener Gebietskrankenkasse.

Sabine Dugl-Nemetz und Sabine Sommerhuber berichten in dem Artikel, *Neue Wege einer Trennungs- und Scheidungskultur – collaborative law (CL)*, von einem Scheidungsverfahren, das vor 20 Jahren entwickelt wurde und inzwischen weltweit angewandt wird. Beim „Collaborative Law“, einem

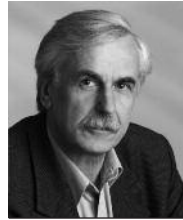




außergerichtlichen Konfliktlösungsmodell, begleiten, beraten und unterstützen ausgebildete AnwältInnen, Kinder- und Finanzcoaches mit ihrem Fachwissen den Trennungsvorgang. Am Ende sollte eine tragfähige Übereinkunft entstehen, die eine verbindliche Grundlage für eine einvernehmliche Scheidung darstellt.

Gerhard Pawlowsky berichtet über die neuen Regelungen, die mit 14. Mai 2014 – in Umsetzung einer EU Richtlinie – in das

Psychotherapiegesetz aufgenommen worden sind. Dies betreffen vor allem eine erweiterte Dokumentationspflicht und eine nunmehr obligate Berufshaftpflichtversicherung. ♦



**Hermann Spielhofer**

für das Redaktionsteam



## Brief der Vorsitzenden

Leonore Lerch



### Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Zum Themenschwerpunkt dieser Ausgabe „**Psychotherapie mit Kleinkindern**“ möchte ich das Engagement von Kollegin **Dr.<sup>in</sup> Gertraud Diem-Wille** besonders hervorheben. Ihrer Initiative ist es zu verdanken, dass zahlreiche AutorInnen unterschiedliche Perspektiven und Ansätze zu diesem Thema verfasst haben. Wir bedanken uns sehr herzlich.

Die Sommerpause fiel heuer kurz aus. Wir waren bis in den August hinein mit den Ereignissen bzgl. neuem WGKK-Formular beschäftigt. Nachfolgend informieren wir zum aktuellen Stand.

#### WGKK-Infoblatt Nr. 8a

Das neue WGKK-Formular ist mit 01.07.2014 ausschließlich gültig. Die WGKK hat Anfang Juli begleitend zum neuen Antragsformular ein Infoblatt Nr. 8a veröffentlicht, das bei der WGKK als Drucksorte angefordert werden kann. In diesem Infoblatt werden PatientInnen darüber informiert, dass gemeinsam

von PsychotherapeutIn und PatientIn festzulegen ist, welche Daten im Formular angegeben werden. Jedenfalls dürfen von dem/der PsychotherapeutIn nur die Daten im Formular ausgefüllt werden, denen der/die PatientIn zustimmt.

#### Überprüfungsantrag bei der Österreichischen Datenschutzbehörde

Am 07.07.2014 haben wir bei der Österr. Datenschutzbehörde einen Überprüfungsantrag bzgl. WGKK-Formular eingebracht. Die WGKK wurde über diesen Schritt im Vorhinein informiert. Wir gehen davon aus, dass mit einem Ergebnis in den kommenden Wochen zu rechnen ist.

#### Jour-fix zwischen WGKK und WLP

Am 09.07.2014 fand ein persönliches Gespräch zwischen WGKK und WLP statt mit dem Ergebnis, einen regelmäßigen Jour-fix zwischen WGKK und WLP einzurichten.

#### BMG-Stellungnahme

Am 10.07.2014 kam vom BMG die Stellungnahme, dass gegen die Verwendung des neuen WGKK-Formulars keine Einwände bestehen. Es ist zu unter-

scheiden zwischen Informationen, die gemäß Psychotherapiegesetz § 15 als Geheimnisse zu betrachten sind (diese dürfen von dem/der PsychotherapeutIn NICHT angegeben werden) und Informationen, die keine Geheimnisse für den/die PatientIn darstellen (diese dürfen im Formular angegeben werden). Ein besonderes Augenmerk ist hierbei auf die Angabe von „Dritt-Geheimnissen“ zu verwenden – also Geheimnisse über z.B. Familienangehörige oder Personen im Umfeld des/der PatientIn.

#### Erste Erfahrungen mit dem neuen WGKK-Formular

In der Praxis zeigt sich, dass PatientInnen, die von ihrem Recht auf den Schutz ihrer sensiblen Krankendaten Gebrauch machen und diese Daten als „Geheimnisse“ betrachten und daher der WGKK nicht oder nur teilweise übermitteln möchten, von der WGKK zur fachärztlichen Begutachtung geladen werden.

**Wir bitten Sie, uns Ihre Erfahrungen mit dem neuen Antragsformular der WGKK mitzuteilen.** ♦

Mit besten Grüßen ...

**Leonore Lerch**



## WGKK-Formular und mehr ...

Leonore Lerch

Als Berufsvertretung der Wiener PsychotherapeutInnen setzen wir uns für die Interessen von PsychotherapeutInnen und PatientInnen ein. Daher haben wir entschieden eine Modifizierung des neuen WGKK-Formulars gefordert und in der letzten Ausgabe der WLP-News ausführlich über die Aktivitäten des WLP in dieser Sache berichtet.

Im Vergleich zur Berufsvertretung der PsychotherapeutInnen war die Wiener Ärztekammer als Vertragspartner der Wiener Gebietskrankenkasse in der Verhandlungsposition, die Einführung des neuen Formulars für ÄrztInnen, die Psychotherapie ausüben, abzulehnen. Diese Verhandlungsposition haben wir als Berufsvertretung der PsychotherapeutInnen nicht.

Es bedarf eines klaren politischen Willens, eine gesamtvertragliche Struktur für die Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen umzusetzen.

Wir hoffen, dass die **neue Gesundheitsministerin, Dr.<sup>in</sup> Sabine Oberhauser**, ein deutliches Signal in diese Richtung setzen wird.

Der **Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Dr. Arthur Wechselberger**, kritisierte die restriktive Vertragspolitik der Krankenkassen. „Er empfiehlt Maßnahmen zu einer integrierten Gesundheitsversorgung mittels Kassenverträgen auch für nichtärztliche Gesundheitsberufe“ (APA-OTS ÄKÖ, 02.04.2014; 11.08.2014)

Durch die Rochaden in der Politik - der bisherige Hauptverbandsvorsitzende, Dr. Hans Jörg Schelling übernahm das Amt des Finanzministers - ist nun der

Verbandsvorsitz nachzubeseetzen. Für den **Hauptverbandsvorsitz** wurde der stellvertretende Obmann der SVA, **Dr. Peter Mc Donald**, zum Nachfolger nominiert (seine Wahl im Oktober gilt als relativ fix). Er äußerte sich in der Vergangenheit grundsätzlich positiv zu Gesamtverträgen d.h. wir können hoffen, dass wieder Bewegung kommt in die Gespräche bzgl. einer österreichweiten Vertragslösung. Im November ist ein Gespräch zwischen Hauptverband und ÖBVP diesbezüglich geplant.

Psychotherapie wurde 1992 mit der 50. ASVG-Novelle in den Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen und der ärztlichen Krankenbehandlung gleichgestellt (§ 135(1) 3) und sollte wie die ärztliche Krankenbehandlung durch einen Gesamtvertrag geregelt werden (§338.(1)). Dieser gesetzliche Auftrag wurde jedoch bis heute von den Kassen nicht umgesetzt. Psychotherapie ist als „Sachleistung“ kontingentiert.

Im Vergleich zur Schweiz oder Deutschland, die eine psychotherapeutische Versorgung von ca. 3 Prozent der Bevölkerung aufweisen, bekommen in Österreich lediglich 0,8 Prozent der Bevölkerung die benötigte psychotherapeutische Behandlung. Wenn die Kontingente ausgeschöpft sind, heißt es: Bitte warten! - Oft mehrere Monate, bis wieder ein kassenfinanzierter Psychotherapieplatz zur Verfügung steht.

### Stellungnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit

Die WGKK hat im neuen WGKK-Formular große Teile des Salzburger Antragsverfahrens übernommen, jedoch nicht die Anonymisierung des Fragenkatalogs im Formular.

Als die SGKK vor 10 Jahren das Salzburger Modell einfuhrte, äußerte sich das Bundesministerium für Gesundheit sehr kritisch zu diesem Verfahren.

#### Auszug: Gutachterliche Stellungnahme des Psychotherapiebeirates zum Antragsverfahren der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK), 2005

„Das von der SGKK vorgesehene Antragsverfahren beschränkt sich allerdings nicht auf die legitime Einholung der fachlich-psychotherapeutischen Feststellung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung seitens der behandelnden PsychotherapeutInnen. Die von der SGKK seit 1.7.2004 für Neuanträge vorgegebenen Antragsbögen sind vielmehr direkt und indirekt darauf gerichtet, in die fachliche Methodik und die Inhalte der Informationsgewinnung in der psychotherapeutischen Arbeit selbst unmittelbar einzugreifen. Darin unterscheidet sich die von der SGKK gewählte Vorgangsweise grundsätzlich von allen in Österreich schon lange problemlos praktizierten Formen der Einholung der fachlich-psychotherapeutischen Stellungnahme zum Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Störung.“

Die SGKK fordert damit keinen fachlich weisungsfrei erstellten psychotherapeutischen Kurzbefund ein, sondern versucht über die Vorgabe von Antragsformularen, die den Charakter detaillierter Erhebungsbögen aufweisen, fachliche Vorgaben - faktisch Anweisungen - für Methodik und Inhalte der Informationsgewinnung innerhalb der psy-

chotherapeutischen Krankenbehandlung zu erteilen. Das von der SGKK seit 1.7.2004 vorgeschriebene und zur Zeit der Gutachterserstellung nach wie vor gültige Antragsprozedere weist die behandelnden PsychotherapeutInnen an, zur Ausfüllung dieser Antragsformulare ihre PatientInnen mit einer Reihe von hochsensiblen Themen zu konfrontieren<sup>3</sup> [Da die entsprechenden Formulare den Patienten vor Weitergabe an die Krankenkasse zwingend vorzulegen sind, erfolgt diese Konfrontation in jedem Fall, auch wenn dann zu den einzelnen Fragen in den zu verwendenden Fragebögen keine Antworten eingetragen werden.], die bei vielen Psychotherapie-Bedürftigen zumindest in der Eingangsphase, oft aber auch im weiteren Verlauf einer Psychotherapie (noch) nicht und jedenfalls nicht in dieser Form anzusprechen sind. Dies widerspricht diametral einer fachlich korrekten Vorgangsweise in der Psychotherapie, kann unmittelbar den Aufbau des für den Behandlungserfolg unabdingbaren Vertrauensverhältnisses zwischen PsychotherapeutIn und PatientIn verhindern und damit die psychotherapeutische Krankenbehandlung insgesamt in Frage stellen. Die psychotherapeutische Fachlichkeit erfordert zu jedem Zeitpunkt der Therapie die vorrangige Orientierung an der je subjektiven Lebens- und Erlebnisrealität der PatientIn und damit an dem Material und den Informationen, die von der PatientIn selbst eingebracht werden. Art und Weise, Inhalt und Zeitpunkt des Einbringens von Fragen und Themen durch die behandelnden PsychotherapeutInnen sind nicht beliebig, sondern Teil der methodenspezifischen wissenschaftlich-psychotherapeutischen Praxeologie. Die von der SGKK für das Antragsverfahren vorgeschriebenen detaillierten Erhebungsbögen leiten die behandelnden PsychotherapeutInnen zum systematischen Abfragen von sensiblen PatientInnen-Daten und -informationen an, was allen Regeln wissenschaftlich-psychotherapeutischer Diagnose- und Behandlungstechnik widerspricht.

Die vom Psychotherapiebeirat am 19.4.2005 beschlossene Präambel zu einer Informations-Richtlinie stellt zu dieser Thematik grundsätzlich fest:

„Informationsgewinnung ist integraler Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung und erfolgt ausschließlich nach den Regeln der psychotherapeutischen Wissenschaft und in unmittelbarer Zweckbindung an die Ziele der psychotherapeutischen Behandlung. **Anliegen Dritter, die Informationsgewinnung in der psychotherapeutischen Behandlung selbst mitzubestimmen,**

indem sie Berufsangehörigen nahelegen, diese Informationsgewinnung *nach anderen Gesichtspunkten, mit anderen Methoden oder mit anderen Inhalten* zu betreiben, als sie sich aus dem psychotherapeutischen Behandlungszweck und den dafür maßgeblichen allgemeinen und methodenspezifischen wissenschaftlich-psychotherapeutischen Grundsätzen ergeben, stehen im unmittelbaren Widerspruch zur Ausübung des psychotherapeutischen Berufs im Sinne des PthG, stellen Eingriffe in die gesetzlich garantierte Behandlungsfreiheit dar und sind von Angehörigen des psychotherapeutischen Berufs generell zurückzuweisen. Dies gilt gleichermaßen gegenüber Betreibern von Psychotherapie-Forschungsprojekten (auch den eigenen des behandelnden Berufsangehörigen), gegenüber Kontrollinstanzen für die Prüfung der Anspruchsberechtigung für die (Teil-)Finanzierung von psychotherapeutischen Behandlungen durch Krankenkassen und Privatversicherungen, wie gegenüber vergleichbaren Institutionen und Einrichtungen.“

In diesem Sinn ist die von der SGKK seit 1.7.2004 praktizierte Vorgangsweise schon grundsätzlich – also unabhängig von den schwerwiegenden fachlichen und ethischen Bedenken gegen die vorgesehenen Regelungen für Niederschrift und Weitergabe der so gewonnenen Informationen – als unzulässiger Eingriff in die Behandlungsfreiheit und fachliche Weisungsfreiheit der PsychotherapeutInnen abzulehnen.“

Im Juni 2014 wurde die „**Information des Bundesministeriums für Gesundheit zur psychotherapeutischen, klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen und musiktherapeutischen Verschwiegenheitspflicht (07.06.2014)**“ veröffentlicht.

AUSZUG S. 1–3:

„Diese strenge berufsrechtlich normierte Verschwiegenheitspflicht über Geheimnisse gegenüber Dritten ist Grundlage für das besondere Vertrauensverhältnis in der Beziehungsarbeit zwischen Berufsangehörigen und Patientinnen (Patienten). ... Unter den Geheimnisbegriff fallen auch sogenannte „Drittgeheimnisse“. Es handelt sich dabei um Geheimnisse, welche nicht die Sphäre der Patientin (des Patienten), sondern die eines (einer) Dritten an-

langen ... Die Verschwiegenheitspflicht bezieht sich auf alle Geheimnisse und gilt gegenüber allen Dritten, einschließlich Ehegatten und Verwandten sowie privaten und öffentlichen Einrichtungen (wie z.B. Sozialversicherungsträgern, Kammern, Behörden).“ Kurz darauf vertritt das **BMG in seiner Stellungnahme vom 10.07.2014** die Ansicht, dass Informationen, die im Formular von PatientIn und PsychotherapeutIn einvernehmlich angegeben werden, gegenüber der Krankenkasse keine Geheimnisse sein können und die Verschwiegenheitspflicht der PsychotherapeutInnen einer Weitergabe dieser Informationen an die Krankenkasse nicht im Wege stehen. Somit stellt das BMG für PsychotherapeutInnen eine Rechtssicherheit her: PsychotherapeutInnen, die das WGKK-Formular für bzw. mit ihren PatientInnen ausfüllen, verletzen grundsätzlich NICHT ihre Berufspflichten.

Wieso das BMG nun die Verschwiegenheitspflicht im Gegensatz zu früheren Äußerungen gegenüber der Krankenkasse eingeschränkt hat, ist uns nicht nachvollziehbar. In wieweit hier parteipolitische Interessen eine Rolle gespielt haben könnten, kann nur vermutet werden.

Alle Stellungnahme finden Sie als Download auf unserer Website:

[www.psychotherapie-wlp.at/mitgliederservice/krankenkassen/neues-antragsformular-wgkk-ab-01072014](http://www.psychotherapie-wlp.at/mitgliederservice/krankenkassen/neues-antragsformular-wgkk-ab-01072014)

Nachdem der **Ethikausschuss des Psychotherapiebeirates** in der Beiratssitzung im Juni 2014 den Auftrag erhielt, sich mit den Antragsverfahren der Österreichischen Krankenkassen zu befassen, bleibt abzuwarten, wie sich der Psychotherapiebeirat diesbezüglich äußert.

Wir erwarten in den nächsten Wochen das Ergebnis auf unseren **Überprüfungsantrag bzgl. WGKK-Formular** bei der Österreichischen Datenschutzbehörde und werden darüber berichten. ♦



# Zur Entstehung und den theoretischen Wurzeln der Eltern-Kleinkind Therapie

Gertraud Diem-Wille

Es ist mir ein großes Anliegen, die psychotherapeutische Arbeit mit Eltern, Babys und Kleinkindern in diesem Heft vorzustellen, um mehr TherapeutInnen für diese überaus wichtige und emotional befriedigende Arbeit zu motivieren. Ich habe 1992/93 diese Therapieform während meines eineinhalb jährigen Studienaufenthalts in London an der Tavistock Clinic als „Under Five Councelling Service“ kennengelernt und dort gemeinsam mit Dilys Daws und alleine mit Familien gearbeitet (Pozzi, 2003; Emanuel & Bradley, 2008;

zweifeln, ihre Aufgabe als Eltern zu reichend gut wahrzunehmen. Der Leistungsdruck der Eltern, die vorher oft schon zahlreiche KinderärztInnen und FachärztInnen aufgesucht haben, erzeugt eine außergewöhnlich hohe Motivation, etwas zu verändern.

Die psychoanalytische Beobachtung von Säuglingen und Eltern, die Esther Bick in London in den 50er Jahren entwickelt hat, ist eine unverzichtbare Lernmöglichkeit für die therapeutische Arbeit mit Familien mit kleinen Kindern. Sie hilft, die eigene emotionale Antwort

pie. Die Probleme des Babys, die kein Kinderarzt verändern konnte, führen zu einer Überweisung in eine Eltern-Kleinkind Therapie. Das Angebot wurde gut angenommen.

Die Wiener Psychoanalytische Akademie hat nach einer dreijährigen Vorbereitung ein anspruchsvolles Curriculum eines Weiterbildungslehrgangs entsprechend dem Psychotherapiegesetz für eine „**Psychoanalytisch orientierte Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT)**“ ausgearbeitet, das im SS 2014 begann und bis zum WS 2015/16 dauert.

## Die Eltern-Kleinkind Therapie hat in den letzten 20 Jahren große Aufmerksamkeit wegen ihrer raschen Wirksamkeit erfahren.

Daws, 1989). Ich war von der raschen Wirkung dieser Kurztherapie (1–5 Sitzungen) sehr beeindruckt. Oft sind schon nach dem ersten therapeutischen Treffen mit der Familie die Symptome des Babys besser geworden, sodass die Hoffnung der Eltern und ihre Zuversicht beim zweiten Treffen viel lebhafter sind.

Sehr oft hat man den Eindruck, dass das Kind seine Eltern „in Therapie bringt“, die sonst ihre Angst niemals hätten überwinden können. Für ihr Kind, bzw. für ihr Leben mit dem Kind als Eltern wollen sie Hilfe in Anspruch nehmen, weil sie sich große Sorgen um die Entwicklung ihres Kindes machen. Die Symptome eines Babys, wie etwa Schlafprobleme ihres Babys, anhaltendes Weinen oder Essprobleme verunsichern die Eltern tief, weil sie daran

auf die Triade Mutter-Baby-Vater als Innerer Beobachter aufzunehmen. Es ist wichtig, sich über die Stärke dieser Gefühle klar zu werden. Wir können dem Baby am besten helfen, wenn wir den infantilen Anteilen der Mutter und des Vaters Verständnis entgegen bringen und unsere Gegenübertragungsreaktionen als Mitteilung über unbewusste Phantasien der Eltern nützen.

Bei meiner Rückkehr nach Wien im Dezember 1993 habe ich der damaligen Leiterin des FEM, Frau Beate Wimmer-Puchinger (heute Frauenbeauftragte der Stadt Wien), von dieser Therapieform erzählt, die sie bereits am nächsten Tag ins Programm aufgenommen hat. Die Angschwelle der Eltern, eine Therapie zu beginnen, ist bei einer Kurztherapie von ein bis fünf Stunden geringer als bei einer Langzeitthera-

Die Eltern-Kleinkind Therapie hat in den letzten 20 Jahren große Aufmerksamkeit wegen ihrer raschen Wirksamkeit erfahren. Diese Art der therapeutischen Arbeit ist kurz, tief und effektiv und kann in wenigen Sitzungen Zugang zur Psyche der teilnehmenden Eltern und Kindern herstellen. Es ist dies ein Beispiel, wie aus heftigen theo-



retischen Kontroversen eine fruchtbare, kreative Forschung und klinische Anwendung entstehen konnte.

### Forschung zur frühen Entwicklung der Mutter-Kind Beziehung

In den 1940er Jahren kam es zu tiefgreifenden konzeptuellen Unterschieden innerhalb der Psychoanalyse, die unter dem Namen der „kontroversiellen Diskussionen“ in London bekannt wurden und die fast zu einer Spaltung



geführt hätten (King & Steiner, 1990). Eine der zentralen Differenzen bezog sich auf die unterschiedliche Annahme der frühen Entwicklung der Persönlichkeit: Entwickelt sich das „Ich“ erst nach sechs Monaten aus dem „Es“, wie es Freud und seine Tochter Anna Freud annahm, oder kann man bereits ab der Geburt von einem rudimentären Ich-Kern ausgehen, der auf ein Du, ein Objekt bezogen ist, wie es Melanie Klein und Wilfried Bion postulieren. Da es in der psychoanalytischen Theoriediskussion zu keiner Einigung kam, wurde eine politische Lösung gesucht und gefunden: die psychoanalytische Ausbildung kann im „British Psychoanalytic Institute“ in einer der drei Subgruppen absolviert werden: bei den klassischen Freudianern, der Melanie Klein Gruppe und der „Independent Group“, der Winnicott und Bowlby angehörten. Diese emotional und theoretisch sehr anspruchsvollen Diskussionen führten zu einem gesteigerten Interesse an der frühen Entwicklung.

Die Analyse mit sehr kleinen Kindern ermöglichte es Melanie Klein, die Psyche der frühen Erlebnisweisen, der archaischen Wurzeln des Fühlens und Denkens zu erforschen, die sie die „paranoid-schizoide Position“ nannte. Die Spaltung in gute und böse Objekte und der Wunsch alles zu kontrollieren einerseits und die Sehnsucht nach Geborgenheit andererseits sind Charakteristika dieser Zeit. Bion erforschte die vorsprachliche primitive Kommunikation zwischen Baby und Mutter, die durch Projektionen und ein Aufnehmen und mentales Verdauen dieser Projektionen („Containment“) gekennzeichnet ist – wie es Helga Reiter in ihrem Beitrag ausführlich darstellt.

An der Tavistock Clinic in London wurde von Esther Bick und John Bowlby eine Ausbildungsmethode der „Infant Observation“ konzipiert und eingeführt, bei der eine psychoanalytische Beobachtung der ersten beiden Lebensjahre eines Kindes im Kontext der Familie durchgeführt wird (Bick, 1963; Miller u.a., 1989; Diem-Wille & Turner, 2012). Statt ein Baby aus den Erzählungen der erwachsenen Patienten zu rekonstruieren, sollen die in Ausbildung stehenden TherapeutInnen, bevor sie mit ihrer klinischen Arbeit beginnen, über einen Zeitraum von zwei Jahren die Interaktionen eines Babys mit seinen Eltern in der natürlichen Umgebung seiner Familie beobachten. So können sie nicht nur etwas über die Entwicklung des Babys lernen und in einer Seminargruppe Hypothesen über die Bedeutung der Interaktion für die Entstehung ihrer inneren Welt formulieren, sondern auch als „innere Beobachter“ etwas über ihre aktualisierten Gefühle als Übertragung und Gegenübertragung verstehen lernen.

In den USA entwickelte Margaret Mahler mit Manuel Furer 1959 am Masters Children's Centre in Manhattan ein „Tripartite Treatment Model“, bei dem auch die Mutter in die Behandlung von schwer gestörten Kindern einbezogen wurde. Aus dieser therapeutischen

Arbeit entwickelte sie ein Entwicklungsmodell der menschlichen Psyche, das sie „Symbiose und Individuation“ nannte (Mahler u.a., 1973).

Daniel Stern begann in Genf und später in San Francisco mit Unterstützung von Videoaufzeichnungen die Interaktion von Eltern und Kindern zu untersuchen (Stern, 1975). Bei seiner Theorie zur „Entwicklung des Selbst“ zieht er Freuds Konzept und Bowlbys Bindungstheorie heran; Stern unterscheidet zunächst zwischen einem auftauchenden Selbst (mit 2/3 Monaten abgeschlossen – bis Lebensende), dem „Kern-Selbst“ (Alter: ab 7/9 Monate bis Lebensende), dem subjektiven Selbst (Alter: ab 15/18 Monate bis Lebensende), dem verbalen Selbst (Alter: ab 15/18 Monaten bis Lebensende) und dem narrativen Selbst = eine weiter entwickelte Form des verbalen Selbst (ab ca. 3.–4. Lebensjahr bis zum Lebensende). In der überarbeiteten Einleitung zu „Die Lebenserfahrung des Säuglings“ 2013 revidiert er seine Mei-



nung und setzt den Beginn der Entwicklung des auftauchenden Selbst bereits ab der Geburt an (Diem-Wille, 2003/2009, 150).

Bowlby entwickelte mit Mary Ainsworth ein Verständnis der frühen emotionalen Entwicklung des Kindes, die er als ein angeborenes Bedürfnis nach Bindung versteht. Es werden unterschiedliche Qualitäten der Bindung zwischen Mutter und Baby entwickelt, die mit einem Test, dem „Fremden Situationstest“,



gemessen werden können (Bowlby, 1951; Ainsworth u.a. 1978).

Eng verbunden mit der Erforschung der Beziehung zwischen Mutter und Baby war die therapeutische Arbeit, bei der das Wissen, das die forschenden PsychoanalytikerInnen erwarben, gleich für die therapeutische Arbeit mit Familien fruchtbar gemacht wurde.

### Wurzeln der Eltern-Kleinkind Therapie

An verschiedenen Orten haben sich ähnliche Formen der Eltern-Kleinkind Therapie entwickelt. Selma Fraiberg (1980) bereicherte unser Verständnis der unbewussten Beziehungsmuster durch das Konzept der „Geister im Kinderzimmer“ (ghosts in the nursery). Das Baby wird zum Repräsentanten einer Figur aus der Lebensgeschichte der Eltern oder eines Aspekts des elterlichen Selbst, der abgelehnt oder verleugnet wird. Die Aufgabe von Thera-

peutInnen und SozialarbeiterInnen ging zu den Familien in ihre Wohnung, sodass Fraiberg u.a. diese Form auch „Therapy in the Kitchen“ nannten. Die Ergebnisse sind in dem Buch „The First Year of Life“ (1980) beschrieben worden und hatten großen Einfluss auf andere Forschungseinrichtungen und klinische Zentren zur Förderung der mentalen Gesundheit von Babys. Später setzte sie ihre Arbeit in San Francisco mit A.F. Lieberman und J.H. Pawl (1993) fort.

Im Genfer Institut arbeiten T.B. Brazelton und B.G. Cramer (1991) mit Familien, deren Kinder Symptome hatten. Sie verwendeten auch Videos, die sie vom Spiel der Eltern mit den Kindern in Abwesenheit von TherapeutInnen angefertigt hatten, um gemeinsam zu besprechen, wie sich die Probleme in der Interaktion zeigen.

Serge Lebovici (1990) hat in Paris für Adoleszente und Babys eine Abteilung

sche Veränderung ermöglicht wird, soll in den weiteren Artikeln dargestellt werden. Der Zeitpunkt kurz nach der Geburt eines Babys stellt eine günstige Rahmenbedingung dar, da die Schwangerschaft für die werdende Mutter und den Vater eine Umgestaltung der inneren Welt mit sich bringt, die Zugang zu verschütteten, tief liegenden unbewussten Konflikten ermöglicht (Diem-Wille, 2009). Ein neues Baby stellt auch einen Neubeginn dar. Der große Wunsch der Eltern ist, ihrem Kind einen guten Start im Leben zu ermöglichen; sie wollen ausreichend gute Eltern sein – was ein emotionales Kapital für die therapeutische Arbeit darstellt.

### Einführung der Eltern-Kleinkind Therapie in Österreich

In Wien hat sich in den letzten 20 Jahren seit 1993 ein vielfältiges eindrucksvolles Angebot entwickelt. An der Child Guidance Clinic werden Eltern mit kleinen Kindern gemeinsam gesehen, was

## Im Zentrum für Entwicklungsförderung ... besteht seit 2000 die Ambulanz für Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen („Schreiambulanz“) für Kinder von 0 bis 3 Jahren und deren Familien aus Wien und Niederösterreich.

peutInnen ist es, die Vergangenheit und Gegenwart der Eltern zu erforschen, um diese und ihr Baby von den alten „Geistern“ zu befreien. Deshalb bewegen wir uns in der klinischen Arbeit rasch zwischen Gegenwart und Vergangenheit, wie es den Eltern als Baby gegangen ist, hin und her, kehren aber immer zum Baby zurück und schlagen Brücken, um die unbewusste Dynamik zu verstehen und den Eltern zu helfen, die Projektionen zurückzunehmen und zu bearbeiten. Ursprünglich (1965 und 1972) arbeiteten Fraiberg und ihr Team in Ann Arbor an einem Langzeitprojekt mit gehörlosen Babys und ihren Müttern. Beeindruckt durch die mögliche Hilfestellung wurde ein weiteres Projekt eingereicht, das Hilfestellung für sozial benachteiligte Eltern anbot, deren Kinder Beziehungsstörungen hatten. Das

gegründet und dort Eltern und Babys behandelt. Daniel Stern gibt in seinem Buch „Die Mutterschaftskonstellationen“ (1998) einen Überblick über die verschiedenen Therapieansätze.

An der Tavistock Clinic in London wurde 1980 ein „Under Five Counselling Service“ eingerichtet, um Familien, bei denen ein Familienmitglied unter fünf Jahre alt ist, therapeutisch zu helfen. Übereinstimmend – wenn auch in unterschiedlicher Terminologie – wird von den therapeutischen Richtungen die Bedeutung der „sicheren Bindung“ (Bindungstheorie, Bowlby), der frühen Beziehung (Objektbeziehungstheorie, Klein) und Trennung und Wiederannäherung (Mahler, A. Freud) betont. Der rasche Erfolg dieser Kurztherapie, bei der in einigen Sitzungen eine dramati-

im Betrag von Karin Lebersorger dargestellt wird.

Im Zentrum für Entwicklungsförderung in 1220 Wien, Langobardenstraße 189, besteht seit 2000 die Ambulanz für Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen („Schreiambulanz“) für Kinder von 0 bis 3 Jahren und deren Familien aus Wien und Niederösterreich. Eltern kommen zum Teil aus eigener Initiative (z.B. aufgrund einer Vorinformation aus dem Internet) oder werden u.a. von den betreuenden KinderärztInnen, Kinderkliniken oder Eltern-Kind-Zentren überwiesen. G. Gelbmann beschreibt die Arbeitsweise folgendermaßen: „Beim Ersttermin in der Ambulanz für Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen werden zunächst die ausgefüllten Fragebögen vom Schreiambulanzteam (Kinderärz-

tin, Klinische Psychologin, Sozialarbeiter) durchgesehen, um sich ein erstes Bild über die bestehende Problematik zu verschaffen. Beim Termin selbst erfolgen eine ausführliche, allgemeine Anamnese und eine genaue Exploration des Problems, die von der Kinderärztin und der Klinischen Psychologin gemeinsam durchgeführt werden. Teil des weiteren diagnostischen Prozesses ist die videographische Aufzeichnung der Eltern-Kind-Interaktion. Bei Säuglingen wird hierbei ein spontanes Zwiesgespräch bzw. eine zweiminütige Spielsequenz mit jeweils einem Elternteil ohne Spielzeug aufgezeichnet, auf die eine zweiminütige Episode von Aufmerksamkeitsentzug von Seiten der Bezugsperson (Elternteil bleibt teilnahmslos mit leerem Gesichtsausdruck, sogenanntes „Still-Face-Paradigma“, vgl. Tronick et al., 1978; Papousek, 2007) folgt. Im Anschluss wird eine zweiminütige Spielsequenz mit einem Spielzeug gefilmt. Bei älteren Kindern werden ein gemeinsames Spiel mit einem Elternteil auf der Matte, darauffolgend eine Abgrenzungssituation, bei der die Mutter/der Vater neben dem Kind im Sessel sitzend Zeitung liest (Wollwerth de Chuquisengo & Papousek, 2004) und eine gemeinsame Spielszene zu dritt aufgezeichnet. Abhängig vom Störungsbild erfolgt auch die Aufzeichnung einer Fütter- oder Wickelsituation. Bei der Analyse des Videomaterials im Schreiambulanzteam wird versucht Sequenzen positiver und negativer Gegenseitigkeit zu identifizieren (Papousek, 1996). In der gemeinsamen Reflexion des Videomaterials mit den Eltern wird in einem ersten Schritt besonders auf die positiven Interaktionssequenzen eingegangen, sodass sowohl das Vertrauen in die kindlichen als auch in die elterlichen intuitiven Fähigkeiten gestärkt wird. Oft bedarf es noch weiterer Abklärung der Problemlage, die sich über mehrere Termine erstreckt, während aufgrund des hohen Belastungsgrads der Eltern jedoch auch sofort Interventionen gesetzt werden.“ (Agnes Müller, o.J.) Das Team setzt sich aus Frau Mag.<sup>a</sup> Bettina

Schuh-Tüchler (Psychologin und Ergotherapeutin), Mag.<sup>a</sup> Agnes Müller (Psychologin und Logopädin), Herrn DSA Robert Reischitz (Sozialarbeit) und Frau Dr.<sup>in</sup> Daniela Eulert-Fuchs (Kinderärztin mit Additivfach Neuropädiatrie, Psychotherapeutin, A.P., Zusatzqualifikation SKJ) zusammen.

In Wien gibt es neben dem ZEF einige Stellen mit ähnlicher Ausrichtung, z.B. die Baby Care Ambulanz im Preyer'schen Kinderspital oder die Säuglingspsychosomatik mit integrierter Schreiambulanz im Willhelminenspital. In der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung wird im Kinderambulatorium eine Eltern-Kleinkind Therapie angeboten, die Frau Dr.<sup>in</sup> Fiala-Preinsperger leitet, die auch einen Beitrag über diese Arbeit verfasst hat.

### Ausblick

Durch die AbsolventInnen des Weiterbildungslehrgangs „Eltern-Kleinkind Therapie“ der Wiener Psychoanalytischen Akademie wird die Anzahl der TherapeutInnen, die mit Eltern und Kleinkindern arbeiten, erweitert. Die Kenntnis über diese Kurztherapie ermöglicht es GynäkologInnen, KinderärztInnen und PsychotherapeutInnen, junge Eltern auf dieses Angebot aufmerksam zu machen und so einen oft langen Leidensweg des Babys zu vermeiden.

Es wäre wünschenswert, wenn die in diesem Feld arbeitenden TherapeutInnen enger zusammenarbeiten und ihre Erfahrungen austauschen könnten. Es gibt Interesse, in Zusammenarbeit mit Gynäkologischen Abteilungen, Eltern nach einer schwierigen Geburt oder anderen belastenden äußeren oder inneren traumatischen Erfahrungen eine frühe psychotherapeutische Starthilfe zu ermöglichen. ♦

### Literatur:

- Ainsworth u.a. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale. New York: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal Care and mental health*.

Geneva: Bulletin of the World Health Organisation (dt.; Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. Münschen: Kndler, 1971).

Brazelton, T.B., & Cramer, B.G. (1991). *The Earliest Relationship*. London: Karnac Books.

Daws, D. (1989). *Through the Night. Helping Parents and Sleepless Infants*. London: Free Association Press.

Diem-Wille, G. (2009). *Das Kleinkind und seine Eltern. Aspekte psychoanalytischer Babybeobachtung*, Stuttgart: Kohlhammer, 2. Auflage

Emanuel, L. & Bradley, E. (Ed.) (2008). „What Can the Matter Be?“ *Therapeutic Interventions with Parents, Infants, and Young Children*, London: Karnac Books.

Gelbmann, G. (o.J.) *Ambulanz für Schrei-, Schlaf-, und Fütterstörungen*, Interner Bericht.

King, P.H.M. & Steiner, R. (1990) *The Freud/Klein Controversies in the British Psycho-Analytical Society, 1941-5*. London.]

Lieberman, A.F. und Pawl, J.H. (1993). *Infant-parent psychotherapy*, in: *Handbook of Infant Mental Health*. New York, Boston: Guilford Press.

Mahler, S.; Pine, M.M. & F., Bergman, A. (1973). *The Psychological Birth of the Human Infant*, New York: Basic Books.

Papousek M. & de Chuquisengo RW. (2006). *Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 55(4):235-54.

Papousek M. (2007). *Communication in early infancy: an arena of intersubjective learning*. *Infant Behavior & Development*. 30(2):258-66.

Pozzi, Maria Emilia (2003). *Psychic Hooks and Bolts. Psychoanalytic Work with Children Under Five and Their Parents*, London: Karnac Books.

Stern, D. (1977). *Mother and Child: The First Relationship*, Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1977 (dt: *Mutter und Kind – Die erste Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2000,].

Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Development*, New York: Basic Books (dt.; *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992).

Tronick, E.Z.; Als, H.; Adamson, L.; Wise, E. & Brazelton, T.B. (1978). *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to face interaction*. *Journal of Child Psychiatry*, 17, 1-13.

Wollwerth de Chuquisengo & Papousek (2004). *Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und Psychotherapie*. In: *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern: Hans Huber.

### Dr.<sup>in</sup> Gertraud Diem-Wille

Univ. Prof. I.R., Lehranalytikerin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene der WPV und IPA in freier Praxis. Leitung des Universitätslehrgangs MA in Psychoanalytischer Beobachtung und der Universität Klagenfurt, Co-Leitung des Weiterbildungslehrgangs der WPA Eltern-Kleinkind Therapie.



# Psychotherapie mit Säuglingen

Barbara Burian-Langegger

◆◆◆ **Ausgangssituation:** Als langjährige Leiterin der Institute für Erziehungshilfe sah ich mich häufig mit irritiert-ungläubigen Gesprächspartnern konfrontiert, wenn es um das Thema „Psychotherapie mit Säuglingen“ ging. Sowohl Verhandlungspartner der Krankenkassenversicherungen als auch Kollegen und Kolleginnen aus den eigenen Reihen schien diese Behandlungsform entweder unbekannt oder sie stellten diese sogar in Frage. Dies hat mich veranlasst, den folgenden Text als Verständnisgrundlage für weitere Verhandlungen zu formulieren:

Die Mutter-Kind Beziehung unterliegt einem ständigen Wandlungs- und Entwicklungsprozess, der durch bewusste, vor allem aber durch unbewusste Phantasien, Projektionen und Handlungen gestaltet – und ständig umgestaltet wird. Jeder Entwicklungsabschnitt verlangt vom Kind und seinen Bezugspersonen eine ständige Neoadaptation. Im frühen Säuglingsalter können wir das sehr gut beobachten, wenn das Baby und seine Mutter sich täglich neu „erschaffen“. Winnicott meint, es gäbe kein Baby ohne seine Mutter, weil es nur in dieser emotional haltenden Beziehung gedeihen kann, „there is no such thing like a baby“.

Die damit verbundenen notwendigen integrativen Fähigkeiten werden im Babyalter vorrangig der Mutter auferlegt. Je älter das Kind ist, umso aktiver und autonomer wird es diese Entwicklungsschritte mitgestalten.

Die Psychoanalyse und die Bindungstheorie haben in den letzten Jahrzehnten Modelle entwickelt, die zum Ver-

ständnis der ganz frühen Entwicklungs- und Bewältigungsmechanismen psychischer Angst herangezogen werden können:  *Holding, Containment, Projektive Identifizierung* sind Konzepte, mit denen wir wesentliche Seelen- und Entwicklungszustände reflektieren können. Zunehmend bekam der Vater, als bedeutungsvoller Dritter, eine wichtige Rolle bei der frühen *Triangulierung*.

mehr oder weniger gut auf die Bedürfnisse, den Rhythmus und die Eigenart des Säuglings abgestimmt sein kann, mütterliche Feinfühligkeit gegenüber den Signalen des Säuglings. Sichere Bindung steht auch in einem bedeutsamen Zusammenhang mit der Explorationsfreude und somit mit der Lernfähigkeit des Kindes. Nur wenn das junge Kind die zuverlässige Bindungs-

## Bindungssicherheit ermöglicht dem Kind, ein sozial adaptives Wesen zu werden.

*Bindung* entsteht in der besonderen Interaktion zwischen einem Kind und seinen Eltern oder jenen Personen, die es beständig betreuen. Sie sichert dem Kind im Säuglings- und Kindesalter Schutz und Zuwendung, die es zum Überleben braucht.

Dem emotionalen Austausch zwischen Mutter/Bezugsperson und Säugling wird von Geburt an große Bedeutung für die emotionale, soziale und kognitive Entwicklung des Kindes zugeschrieben. (Bowlby, 1969; Stern, 1985; Murray et.al., 1996).

### Sichere Bindung als Voraussetzung für eine positive Entwicklung

Bindungssicherheit ermöglicht dem Kind, ein sozial adaptives Wesen zu werden. Nach Ainsworth ist es für die Bindungsentwicklung des Kindes wichtig, dass die Mutter die Signale des Kindes wahrnimmt, sie richtig interpretiert, sie angemessen und prompt befriedigt. Ainsworth nennt das regulierende bemutternde Verhalten, das

person in seiner Nähe weiß und sich sicher fühlt, kann es frei explorieren und seine Umwelt lernend erkunden (Grossmann und Grossmann, 1994).

Die psychische, körperliche und kognitive Entwicklung eines Babys ist daher untrennbar mit der Entwicklung der Eltern-Kind Beziehung verbunden. Die Geburt eines Kindes verlangt von Säuglingen und deren Eltern ständig flexible Anpassungsleistungen. Diese frühen sensiblen Abstimmungsprozesse zwischen Säuglingen und Eltern können durch unterschiedliche Probleme beeinträchtigt werden.

Die Gründe für diese Probleme sind vielseitig:

- ◆ Belastende Erfahrungen während der Schwangerschaft oder der Geburt,
- ◆ Paarprobleme,
- ◆ Schwieriges Verhalten des Kindes,
- ◆ Erkrankungen des Kindes,
- ◆ Unzureichende Erfahrung der Eltern, keine familiäre Unterstützung,
- ◆ Sozial belastende Faktoren,

- ◆ Psychisch belastete oder erkrankte Eltern,
- ◆ Bewusste, vor allem aber unbewusste transgenerationale Belastungen u.s.w.

Die Folgen unzureichender gegenseitiger Abstimmungen haben bereits früh Auswirkungen. Psychische Störungen bei Säuglingen sind ebenso häufig wie bei älteren Kindern anzutreffen. Sie zeigen sich allerdings mit anderer Symptomatik:

- ◆ Störung der psychomotorischen und kognitiven Entwicklung,
- ◆ Störung der Affektregulation (Schrei- und Schlafstörungen),
- ◆ Fütterungs- und Gedeihstörungen, Unspezifische Verhaltensstörungen u.s.w.

## Im Zentrum der Behandlung steht die Qualität der Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kind.

Diese Störungen sind für Eltern und Kinder sehr belastend und haben chronische Versagensgefühle bei Müttern und/oder Vätern zur Folge, die wiederum belastende Auswirkungen auf die Beziehung zum Kind haben können. Werden diese Störungen nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, sind weitreichende Bindungs- und Entwicklungsstörungen des Kindes sowie irreversible Interaktionsstörungen zwischen dem Kind und seiner Umwelt zu erwarten.



## Psychotherapie mit Säuglingen/ Kleinkindern und Eltern

Ausgehend von frühen, jahrzehntelangen psychoanalytischen Forschungs- und Behandlungskonzepten (Anna Freud, Rene Spitz, Margarete Mahler, Donald W. Winnicott), der modernen Säuglingsforschung und der Bindungstheorie (Bowlby, Stern, Bick, Lichtenberg, Fonagy etc.) wurde das *Säuglings/Kleinkind-/Eltern Psychotherapie-Behandlungskonzept* entwickelt. *Die Säuglings-/Kleinkind-/Eltern Psychotherapie ist ursprünglich ein fokuserorientiertes, psychoanalytisch und bindungstheoretisch orientiertes Therapiemodell, das gleichermaßen mit bewussten und unbewussten Prozessen bei Eltern und Säuglingen arbeitet.*

Auch die traditionellen diagnostischen Klassifikationsschemata (ICD10 und DSM IV) wurden für diese Altersstufe erweitert. (Zero-to-Three: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and childhood, 2005)

Im Zentrum der Behandlung steht die Qualität der Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kind.

Therapieziele sind:

- ◆ Verbesserung und Beseitigung der Verhaltensstörung,
- ◆ Verbesserung der Qualität der Interaktion und der Eltern-Kind Beziehung,
- ◆ Stärkung der Elternkompetenz,
- ◆ Prävention von Entwicklungsstörungen,
- ◆ Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung,
- ◆ Unterbrechung der transgenerationalen Weitergabe traumatischer Beziehungserfahrungen,
- ◆ Das Bewusstwerden eigener Konflikte und Übertragungsphänomene in der Beziehung zum Kind.

Die Wirksamkeit der Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie ist durch kasuistische Arbeiten, Einzelfallstudien und RCT-Studien hinreichend belegt. Schlaf-, Schrei- und Fütterstörungen können bei einem leichten bis mittleren Schweregrad bei Eltern und Kind in relativ kurzer Zeit gut behandelt werden. ◆

### Dr.<sup>in</sup> Barbara Burian-Langegger

Ärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Kinder und Jugendlichenheilkunde, Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin für Katathym-Imaginative Psychotherapie.

Bis 2012 Gesamtleiterin der Institute für Erziehungshilfe in Wien, derzeit Lehrtätigkeit, Supervision und als Psychotherapeutin in freier Praxis tätig.

Publikationen zu: Adoleszenz, Trauma, Institutionelle Psychotherapie u.A.

### Abschließend soll auf relevante Fachliteratur hingewiesen werden:

Baradon, T. u.a. (2011): Psychoanalytische Psychotherapie mit Müttern und ihren Babys. Grundlagen und Praxis früher therapeutischer Hilfen. Stuttgart: Klett-Cotta

Brazelton, B., Als, H. (1979): Four early stages in the development of mother-infant interaction. *Psychoanalytic Study of the Child* 34: 349-369

Brisch, K.H. (2009): Bindungsstörungen. Klett-Cotta

Burlingham, D. (1980): Labyrinth Kindheit. Beiträge zur Psychoanalyse des Kindes. München

Cierpka, M. (Hrsg.) (2012): Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin: Springer

Cierpka, M./Windaus, E. (Hrsg.) (2007): Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Konzepte - Leitlinien - Manual. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel

Cramer, B./Palacio-Espasa, F. (2009): Psychotherapie mit Müttern und ihren Babys. Kurzzeitbehandlungen in Theorie und Praxis. Gießen: Psychosozial-Verlag

Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt, Fischer Fonagy, P., Target, M. (1997): Attachment and reflective function: their role in self organization. *Development and Psychopathology* 9: 679-700

Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1987): Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impact infant-mother-relationship. In: S. Fraiberg (ed.): Selected writings of Selma Fraiberg. Columbus, Ohio State University Press, S. 100-136

Israel, A. (Hrsg.) (2007): Der Säugling und seine Eltern. Die Psychoanalytische Behandlung frühesten Entwicklungsstörungen. Brandes&Apsel

Lazar, R. A. (2000): Erforschen und erfahren: teilnehmende Säuglingsbeobachtung. Empathie-

training oder empirische Forschungsmethode? Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 31: 399-417

Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A. (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt, Fischer

Sander, L. W. (1962): Issues of early mother-child interaction. J. Amer. Acad. Child Psychiat. 1: 141-166

Spangler, G., Zimmermann, P. (1995): Die Bin-

dungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart, Klett-Cotta

Spitz, R. A. (1945): Hospitalismus. An enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanal. Study Child 1: 53-72

Spitz, R. A. (1976): Vom Dialog. Stuttgart, Klett-Cotta

Stern, D. (1998): Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta

Stern, D. (1998): Now-moments, implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: S. Trautmann-Voigt und B. Voigt (Hrsg.): Bewegung ins Unbewusste. Frankfurt, S. 82-96

Winnicott, D. W. (1983): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München, Kindler

Winnicott, D. W. (1984) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München, Kindler



## Baby-Kummer und Eltern-Sorgen:

### Zur Prävention von frühen Störungen in der analytischen Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie

Cornelia Wegeler-Schardt

In meinem Artikel möchte ich einen Einblick in die Arbeit der Frankfurter Baby-Ambulanz am „Anna-Freud-Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie“ in Hessen e.V. geben, in dem sieben niedergelassene Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutinnen zusammen mit Frau Dr.<sup>in</sup> Angela Köhler-Weisker, einer Erwachsenenanalytikerin und Kinderärztin, an der Versorgungs- und Ausbildungs-Ambulanz des Instituts Eltern-Baby-Kleinkind-Psychotherapie anbieten. Diese wird von den Krankenkassen bezahlt.

#### Was ist das Besondere an der Säuglingspsychotherapie?

Sie werden sich fragen, wie kann man mit Säuglingen Psychotherapie machen, warum sollte man das tun und was bzw. wer wird behandelt?

Medizinisch diagnostisch ausgedrückt behandeln wir Regulationsstörungen, psychosomatische und psychische Störungen beim Säugling und Kleinkind bis

zum Alter von ca. zweieinhalb Jahren. Das sind Babys, die exzessiv schreien, die zu wenig schlafen, nicht zur Ruhe kommen, z.B. einen angespannten Muskeltonus haben und dauernd in Bewegung sein müssen. Andere lehnen die Brust ab oder sie lassen die Brust nicht los. Wieder andere sind apathisch, motorisch schlaff, passiv, zurückgezogen und wirken traurig. Sie wenden ihren Blick von der Mutter ab, meiden sie oder werden schnell wütend und verletzen sich dabei selbst. Andere scheinen zu wenig zu essen oder sie erbrechen, und wieder andere möchten dauernd essen. Einige können nicht die kleinste Trennung von der Mutter ertragen, kleben an ihr und wirken ängstlich. Wieder andere leiden unter Verstopfung und Bauchweh oder an Haut-ekzemen. Diese Symptome kommen vorübergehend bei bis zu 30% der Säuglinge im ersten Lebensjahr vor. Sie wachsen sich meist aus, bleiben aber bei 10% länger bestehen und können sich zu ernstesten Problemen des Selbst-

wertes und im sozialen Verhalten auszuwachsen, die die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen, ja bis ins Erwachsenenalter hineinreichen.

Dann wiederum gibt es Babys, die keine Symptomatik zeigen, aber deren Mütter hoch besorgt, verunsichert und ängstlich sind oder sich überfordert fühlen. Andere sind depressiv, lehnen sich als Mutter oder das Baby ab. Dazu gehören auch die Nöte alleinerziehender Mütter und solcher, die ein schwer krankes Baby oder ein zu früh geborenes Baby haben, die Geburt traumatisch erlebten oder auch andere schwere Lebensumstände haben, die sie darin stören, ihr Kind auf- und anzunehmen.

#### Wer ist nun der/die PatientIn? Das Baby, die Mutter oder beide?

Um diese Frage zu beantworten, muss ich ein wenig ausholen.

Aus der neueren Säuglingsforschung wissen wir, dass der Säugling mit einer Reihe von bereits erworbenen Fähig-

keiten und Erfahrungen auf die Welt kommt: Er kennt bereits die Stimme und die Intonation seiner Eltern, den Geruch der Mutter, ihren Lebens-Rhythmus und ihre Art sich zu bewegen. War er im Bauch der Mutter rundum versorgt und schwerelos gehalten, ist er nun darauf angewiesen, dass sie all das, was in ihrem Körper von selbst abgelaufen ist, durch aktive Handlungen ersetzt. Die Mutter muss ihn tragen, halten, ernähren und seine Entwicklung sichern. Diese Sorge zieht sie auf eine existentielle Weise in die Beziehung zu ihrem Kind hinein und dieses ist ebenso existentiell von ihrer Fürsorge abhängig. Daraus wächst ihre emotionale Beziehung zueinander. Ihre Fürsorge besteht darin, dass sie erst einmal versucht zu verstehen, was ihr Baby gerade braucht, wenn es schreit und in seiner Verzweiflung auseinander zu fallen scheint. Wenn sie sein Schrei-

ter, was ihre spezifische Angst beruhigt, ob sie ihr Kind gut ernähren und am Leben erhalten kann: Sie freut sich über ihr Kind und damit auch über sich. So wächst eine gegenseitige positive Bezogenheit und Bindung. Die Fähigkeit der Mutter, ihr Kind ohne Worte, nur mit Hilfe ihrer träumerischen Intuition zu verstehen, ist ein durchlässiger und auf die Signale des Säuglings zentrierter emotionaler Zustand, den der berühmte englische Kinderarzt Donald W. Winnicott mit dem Begriff „primäre Mütterlichkeit“ zusammenfasste.

Nun sind beide, die Mutter und das Kind, von Natur aus für die erste Begegnung und Beziehungsaufnahme gut

änderungen reagiert. Jedes Mutter-Baby-Paar kreiert eigene und hochspezifische Formen des Austausches von Lauten, Gesten, Mimik, Tonfällen der Stimme, Worten des Kosens, des Trosts und der Beruhigung, der körperlichen Abwendung und Zuwendung, aus denen in der Wiederholung mit Abwandlungen allmählich ein wechselseitiges Verstehen wächst. So hat jedes Mutter-Baby-Paar eine einzigartige implizite, d.h. unbewusste Form des Zusammenseins. Dasselbe gilt in Variation auch für das Vater-Säuglingspaar. Hat die Mutter sich Bilder und Vorstellungen von ihrem Baby gemacht, muss sie sich mit dem realen Wesen, dem sie nach der Geburt begegnet, erst anfreunden, indem sie es und auch sich

### So hat jedes Mutter-Baby-Paar eine einzigartige implizite, d.h. unbewusste Form des Zusammenseins.

ausgestattet. Die Ausschüttung von Hormonen lässt normalerweise die Mutter schnell den Schmerz der Geburt vergessen und zieht sie in eine der Verliebtheit vergleichbare Zentrierung all ihrer Gedanken und Gefühle um ihr Baby hinein.

Der Säugling wiederum kann mittels seiner von Geburt an aktivierten neuronalen Ausstattung, den Spiegelneuronen, sofort eine Beziehung zur Mutter aufnehmen: Er zieht ihr Gesicht anderen vor, kann schon Stunden nach der Geburt ansatzweise ihre Mimik nachahmen und auf dem Weg der Nachahmung Erfahrungen darüber sammeln, wie die Mutter ist. Intuitiv reagieren Eltern auf ihren Säugling, indem sie nah genug an sein Gesicht herangehen, die Stimme senken, und selbst auch seinen Ausdruck nachahmen. So entsteht eine Protokommunikation, die dem verbalen und spielerischen Austausch vorausgeht und die im Lauf der ersten Monate eine Rhythmik und Choreographie hervorbringt, in der der Säugling das Gesicht der Mutter gewissermaßen „lesen“ lernt und auf die kleinsten Ver-

mit ihm zu entdecken beginnt. Das heißt auch die Mutter wird erst allmählich zu einer „hinreichend guten Mutter“ (D.W.Winnicott) oder wie Daniel Stern sagt, als Mutter „geboren“. Dafür braucht sie besonders in der ersten Zeit selbst eine schützende und haltende Umwelt.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Protokommunikation zwischen dem Säugling und seinen Eltern, weil sie intuitiv an den nonverbalen Signalen des Babys ausgerichtet ist, ein dauernder Austausch von gegenseitigen Projektionen ist, die unentwegt durch die neuen Erfahrungen miteinander korrigiert oder auch vertieft werden. Die wiederholte Verwandlung der Baby-Kümmernisse und Bedrängnisse in Entängstigung und Befriedigung, das „Stillen“ des Säuglings durch die Mutter und den Vater kann man als eine Art extraterinen „Stoff-Wechsel“ zwischen Mutter und Kind bezeichnen, indem die Mutter hinreichende Resonanz und Empathie entwickelt. Nebenbei gesagt reichen nach neueren Forschungsergebnissen für eine gut gelingende Be-



en in sich aufnehmen und mit ihm mitfühlen kann, ohne selbst in einen Zustand der Hilflosigkeit zu geraten, wird sie sich Gedanken machen und eine Idee entwickeln, die zu einer das Baby beruhigenden Handlung führt. Dann fühlt sich das Baby nicht nur gut gehalten, sondern auch geliebt und getröstet, sodass es sich den jeweiligen nächsten Herausforderungen seiner rasanten Entwicklung zuwenden kann. Auch die Mutter erlebt sich in diesen Momenten des Gelingens als gute Mut-

ziehung 30% passender Antworten der Mutter aus, damit das Baby sich verstanden und gut gehalten fühlt.

Die emotionale Offenheit der Mutter für die sehr starken Botschaften des Kindes, die anfänglich oft so wirken, als ginge es um Leben und Tod, verlangt zugleich eine spezifische Ich-Stärke und Stabilität von ihr. Diese ist aus verschiedenen Gründen störanfällig.

Sie selbst befindet sich in einem hoch empfindlichen, durchlässigen und aufgelösten Zustand, insofern sie ihre Ich-grenze für dieses kleine Wesen öffnen muss. Ausgelöst durch die körperlichen Veränderungen während der Schwangerschaft und durch die schmerzhaft Erfahrung der Geburt sowie durch das sich Einlassen auf die Zustände des hilflosen Babys in seiner fundamentalen Abhängigkeit, werden auch ihre eigenen Erfahrungen mit Abhängigkeit und Hilflosigkeit, das innere Baby, das die Mutter einst war, psychisch aktualisiert. Das führt dazu, dass zum einen

Vater als die Frauengruppe, da die jungen Familien meist entfernt von ihren Ursprungsfamilien leben. Wie einschneidend die Abwesenheit der Großeltern, Geschwister, Tanten in der ersten Zeit nach der Geburt erlebt wird, konnten wir insbesondere von jungen MigrantInnen-Familien lernen.

### Arbeit mit den Eltern und dem Baby

Die komplexe psychische Verfassung in der frühen Elternphase, auf der Suche nach innerer und äußerer Neufindung, bewirkt eine psychische Öffnung, die die Eltern mit ihrem Baby für eine psychotherapeutische Intervention besonders gut erreichbar sein lässt. Die selbstreflexiven Entwicklungskräfte sind bereits geweckt und der Wunsch, dass es dem eigenen Kind besser gehen möge, ergibt eine starke Motivation, die in einer psychotherapeutischen Kurzintervention weitgehende Veränderungen ermöglicht bzw. unterstützt.

nachzudenken, seine Kümernisse zu verstehen, sie auszuhalten und zu beruhigen.

Neben inneren Gründen spielen auch dramatische äußere Umstände und Schicksalsschläge eine Rolle. Wir arbeiten mit beiden Eltern und dem Baby, wobei wir uns besonders von den nonverbalen Botschaften des Kindes leiten lassen, die wir dann mit der Erzählung der Eltern verknüpfen. Damit erreichen wir, dass die Eltern in der Sitzung ihr Kind neu und anders erleben. Dies hat eine viel tiefer gehende heilende Wirkung für alle Beteiligten, weil sie mit uns eine neue Erfahrung machen, die ihre Vorstellung von ihrem Kind und von sich mit ihrem Kind nachhaltig verändert. ◆

#### Dr.<sup>in</sup> Cornelia Wegeler-Schardt

Dr.<sup>in</sup> phil. Dipl.Päd.<sup>in</sup>, niedergelassen in eigener Praxis für psychoanalytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Supervision und Eltern-Kleinkind-Säuglings-Psychotherapie, Dozentin und Supervisorin am „Anna-Freud-

## Es gibt vielerlei Ursachen dafür, warum der Mutter oder dem Vater die Möglichkeit abhandenkommen, über ihr Kind nachzudenken, seine Kümernisse zu verstehen, sie auszuhalten und zu beruhigen.

die frühkindlichen Erlebnisse der Mutter und des Vaters an die Oberfläche des Bewusstseins drängen und zum anderen die eigenen Eltern auf neue Weise gesehen werden. Identifizierungen, aber auch negative Erfahrungen mit ihnen werden virulent und verlangen komplexe Durcharbeitungsprozesse, wenn man nicht genauso wie diese handeln möchte.

So kann man von einer Entwicklungsphase mit ihren spezifischen Anforderungen sprechen, in der sich werdende Eltern befinden, die Daniel Stern, der bekannteste Säuglingsforscher, als „Mutterschaftskonstellation“ bezeichnet hat. Dazu gehört der starke Wunsch nach Anerkennung und Bestätigung, auch durch die eigenen Eltern. Diese bietet in unserer Gesellschaft eher der

Aus all dem Gesagten wird deutlich, dass wir mit dem Baby und zugleich mit seinen Eltern arbeiten, indem wir uns bemühen, die Störungen und Fixierungen zu lösen, die den Gedanken- und Beziehungs-Fluss zwischen ihnen und ihrem Kind stoppen und damit den Dialog zum Entgleisen bringen. Die von Eltern und Kind zusammen entwickelte Störung wird behandelt, indem **wir gemeinsam versuchen zu verstehen, was die Störung bewirkt hat**. Wir laden Mutter und Vater mit dem Baby zu den Sitzungen ein und arbeiten wo immer möglich in Kotherapie, also zu zweit, um dem komplexen Geschehen gerecht zu werden.

Es gibt vielerlei Ursachen dafür, warum der Mutter oder dem Vater die Möglichkeit abhandenkommt, über ihr Kind

Institut“ für Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie in Frankfurt am Main. Leiterin der „Baby-Ambulanz“ am Institut zusammen mit Frau Dr.<sup>in</sup> A. Köhler-Weisker, Mitbegründerin des Netzwerkes „Peripartale psychische Störungen in Frankfurt“, einem Verbund von Kliniken, ÄrztInnen und Institutionen, die mit Eltern und Babys arbeiten. Assoz. Mitglied am Frankfurter Psychoanalytischen Institut (DPV) und der Sigmund-Freud-Stiftung. Veröffentlichungen zur Wissenschaftsgeschichte, Ethnopsychanalyse, zu MigrantInnen-Kindern, Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie.

#### Zuletzt erschienen:

C.Wegeler-Schardt u. A. Köhler-Weisker (2013). „Noch nicht in die Welt gekommen ...“ Beobachtung von Mutter und Baby in einer psychoanalytischen Eltern-Baby-Psychotherapie. In: G. Diem-Wille, A. Turner (Hg.) Die Methode der psychoanalytischen Beobachtung. Wien: Facultas.wuv, S.58–74.

# Über die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT)

Helga Reiter



Die Art und Weise, wie eine Mutter die Beziehung zu ihrem Kind aufbaut, ist im psychoanalytischen Verständnis modellhaft für die Beziehung der TherapeutIn zu ihrer PatientIn. Innerhalb des psychotherapeutischen Professionalisierungsdiskurses wird demgemäß spezielles Augenmerk auf die emotionale Qualität dieser Beziehung gerich-

tet, die neben der manifesten, ebenso auf einer latenten, meist unbewussten Ebene abläuft und die Fähigkeit, symbolhaft zu kommunizieren mit einbezieht.

Die grundlegende Frage, wie es einer TherapeutIn, die mit Kleinkindern und deren Eltern arbeitet, am besten gelin-

werden, leistet dieses Modell des emotionalen Lernens darüber hinaus als Instrument zur Theorieentwicklung (Datler, 2009) am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien einen spezifischen Beitrag zur Kleinkindforschung.

## Die Beobachtung in der Familie

Während des Beobachtens wird auf verbale und nonverbale Interaktionen des Babys, auf dessen Körpersprache sowie Spielverhalten geachtet. Um detailreich erinnern zu können, verfasst die BeobachterIn im Anschluss daran ein deskriptives Protokoll, wobei sie darauf bedacht ist, nicht zu bewerten und nicht zu interpretieren. Als Verschriftlichung des emotionalen Beziehungsgeschehens in der Familie dient dieses den fünf TeilnehmerInnen im anschließenden Beobachtungsseminar als Grundlage zum differenzierten Nachdenken über die Möglichkeiten unbewusster Dimensionen. Im Zentrum steht immer die Frage nach dem emotionalen Erleben: „Wie geht es dem Baby?“ Und im Weiteren: „Wie geht es *mir* beim Beobachten? Was löst dieses Baby und seine Mutter in den *anderen* SeminarteilnehmerInnen aus?“ Im Zuge des Beobachtens und der darauffolgenden Reflexion schult die AusbildungskandidatIn ihre Fähigkeit, einerseits die emotionale Dynamik des Babys und seiner primären Bezugspersonen möglichst genau wahrzunehmen und sich andererseits auch ihre *eigene* Reaktion darauf bewusst zu machen. Es ist diese bifokale Aufmerksamkeit gegenüber Interpsychischem und Intrapsychischem, Be-

Während des Beobachtens wird auf verbale und nonverbale Interaktionen des Babys, auf dessen Körpersprache, sowie Spielverhalten geachtet.

gen könnte, die eigene *Sensibilität für die Emotionalität von Beziehungen* zu schärfen, veranlasste die Psychoanalytikerin E. Bick (1964) Beziehungen quasi in statu nascendi zu beobachten. Ihre innovative Idee, einmal wöchentlich in die Familie zu gehen und das Neugeborene über ein Jahr in seinem Alltag aufmerksam zu begleiten, anstatt es in standardisierten Versuchsanordnungen im Labor zu testen, sollte sich als genialer Einfall herausstellen. Die Methode der *Infant Observation* ist vor fast siebzig Jahren als unverzichtbarer Bestandteil der psychoanalytischen Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichen-therapeutIn an der Tavistock Clinic in London eingeführt worden und hat inzwischen weltweit Verbreitung gefunden. Als Kernelement der psychoanalytisch orientierten Aus- und Weiterbildungslehrgänge, die von Gertraud Diem-Wille seit 2003 an der Universität Klagenfurt, wie auch an der Wiener Psychoanalytischen Akademie geleitet





wusstem wie Unbewusstem, Körperlichem wie Mentalem, die den spezifischen Charakter der Babybeobachtung ausmacht (Wittenberg, 2007, S. 307).

### Die Funktion des Seminars

Gemeinsam mit der SeminarleiterIn wird darüber nachgedacht, auf welche Weise das Erleben in der äußeren Realität die inneren Objektwelten von Eltern und Kind beeinflussen mag. Und umgekehrt, inwieweit können Einflüsse der inneren Vorstellungswelten die

tungsprotokolls noch offene Fragen an die BeobachterIn gestellt: „Wie wurde das Baby von der Mutter beim Stillen gehalten, trinkt es interessiert oder gleichgültig, entscheidet das Baby oder die Mutter, zu welchem Zeitpunkt das Stillen beendet wird ...?“ So wurde es einer Beobachterin beim Besprechen des Protokolls bewusst, wie schwer erträglich es für sie war, bei den Stillszenen genau hinzuschauen. Nur mühsam gelang es ihr, sich Details in Erinnerung zu rufen. Es stellte sich heraus, dass der Säugling von der Mutter nicht

obachterin bedurft. Erst die *bewusste Auseinandersetzung* der BeobachterIn mit dem Unerträglichen, und nicht dessen *Vermeidung*, führte bei der Reflexion zu einem vertieften Einblick in die Innenwelt des Babys.

Innerhalb des Containments der Seminargruppe, im Zustand des träumerischen Ahnungsvermögens, der Reverie nach Bion, war diese BeobachterIn nun bereit, ihr inneres Baby von dem beobachteten berühren zu lassen. Im Vertrauen auf ihre Intuition konnte sie

## Erst die *bewusste Auseinandersetzung* der BeobachterIn mit dem Unerträglichen, und nicht dessen *Vermeidung*, führte bei der Reflexion zu einem vertieften Einblick in die Innenwelt des Babys.

Wahrnehmung der Außenwelt verfälschen? Behutsam werden Hypothesen und Vermutungen zur Entwicklung der Persönlichkeit des Säuglings und Phantasien über dessen Innenleben von den einzelnen TeilnehmerInnen gebildet. Diese können im Verlauf des einjährigen Beobachtungszeitraumes dann jeweils bestätigt oder modifiziert werden (Diem-Wille, 2012).

Das Seminar fungiert, im Sinne W. Bions, wie ein Container, der die BeobachterIn unterstützt, für die Heterogenität kindlicher Entwicklungen offen zu sein. Die Neugierde auf Noch-Nicht-Gewusstes generiert in der BeobachterIn die „Fähigkeit, abzuwarten, zu beobachten, ohne vorschnell zu Kausalitäten, Diagnosen oder Deutungen zu drängen (Gross, 2009, S. 89).“ Indem diese der Versuchung widersteht, ihre Unsicherheit durch voreilige Pseudo-Sicherheit abzuwehren, schafft sie Voraussetzungen in sich, die Bedeutung der emotionalen Qualität von Beziehungen zu erfassen und das Unwissen in den Dienst der *Erkenntnis* zu stellen.

Geht es nun darum, im Seminar ein plastisches Bild von dem Geschehen in der Familie entstehen zu lassen, dann werden nach dem Lesen des Beobach-



gehalten wurde, er lag auf einem Polster und zwischen ihnen bestand kein Körperkontakt, außer über Mund und Brust. Das Kind trank gierig, als wolle es möglichst viel in kurzer Zeit von der Mutter bekommen. In der Gruppe entstand der Eindruck, der Säugling hole sich ausreichend Nahrung für den Körper, aber die BeobachterIn machte sich Sorgen um die Nahrung für die Seele. Um die psychische Realität des Säuglings für alle TeilnehmerInnen differenziert fassbar zu machen, hatte es offenbar der lebendigen Erinnerung der Be-

die kreative Antwort aus ihrem Unbewussten wahrnehmen und sich ihrer *Subjektivität* als hilfreiches Forschungsinstrument bedienen. Im Anschluss an die Besprechung dieses Säuglings beschäftigte sich die Gruppe im Weiteren mit der emotionalen Befindlichkeit seiner Mutter. Wer hält und unterstützt sie? Ohne dass die BeobachterIn nachgefragt hätte, erfuhr sie in einer der nächsten Beobachtungen, dass die Mutter der Mutter kürzlich in eine andere Stadt übersiedelt sei und sie diese sehr vermisse ...

Die Mutter freue sich immer auf den wöchentlichen Besuch der BeobachterIn, denn da könne sie mit ihr gemeinsam das Baby bewundern.

### Das Einnehmen der BeobachterInnenrolle

Um ein möglichst lebhaftes Bild von den Erfahrungen des Babys während der Beobachtung zu bekommen, stellt die BeobachterIn einen mentalen Raum in sich zur Verfügung, in den sie liebevolle wie destruktive Inhalte aufnimmt und sich dadurch in Resonanz versetzen lässt. Da kann es schon vorkommen, dass sie sich durch die Projektionen des Babys oder seiner Eltern, aber auch durch die Reaktivierung eigenen früheren Erlebens emotional aufgewühlt erlebt. Im Laufe der Ausbildung wird es ihr zusehendes leichter fallen, die bedeutungsvolle Unterscheidung zu treffen, ob diese intensiven Gefühle aus der Außenwelt oder aus ihrer Innenwelt stammen – oder auch aus beiden. Auf diese Weise erwirbt sie die *Sensibilität für das Erkennen emotionaler Zustände* und erschließt sich somit das therapeutische Potential der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse (Maiello, 2007, S. 344). Die Infant Observation unterstützt demgemäß die Optimierung einer professionellen Haltung, die anstrebt, zuvor Unverständliches verständlich zu machen und darüber hinaus an Stelle von Voreingenommenheit Respekt für das Unbekannte und das Vermiedene sowie Toleranz für das Fremde zu fördern.

### Das Einnehmen der TherapeutInnenrolle

Es ist offensichtlich nicht immer leicht, die optimale Nähe bzw. Distanz zum Baby und zu seinen Eltern zu finden. Welche TherapeutIn kennt nicht das Gefühl der Bedrängnis, durch Projektionen entweder vereinnahmt oder ausgegrenzt zu werden? Lässt man sich auf zu viel Nähe ein, so verführt das zum Agieren, zu große Distanz hingegen bedeutet Verlust der mentalen

Freiheit und damit Verzicht auf die Chance, aus emotionaler Erfahrung zu lernen (Reiter, 2013). Die spezielle Lernerfahrung, flexibel zwischen der Rolle der BeobachterIn und der Partizipierenden wechseln zu können, erweist sich demnach als hilfreich, wenn es darum geht, noch nicht differenzierte *Projektionen in benennbare Gefühle und Gedanken zu transformieren* (Bion, 1965).

In der EKKT erschafft die TherapeutIn in der Position der Dritten (Britton, 1998, S. 42), so wie sie es in ihrer Rolle als BeobachterIn praktiziert hat, einen kreativen Raum. Indem sie immer neue Triangulierungen bildet, bietet sie allen Beteiligten die Gelegenheit, dem Erleben emotionale Tiefe zu verleihen und das Verstehen-Wollen als Drittes in



## Welche TherapeutIn kennt nicht das Gefühl der Bedrängnis, durch Projektionen entweder vereinnahmt oder ausgegrenzt zu werden?



den analytischen Prozess zu integrieren. Dies trägt in weiterer Folge dazu bei, dass durch eine Modifikation der inneren Welt der Objekte eine Entwicklungsförderung im Baby, wie in den Eltern, in Gang gesetzt werden kann.

Wer die Herausforderung annimmt, archaischen und diffusen Erlebnisinhalten Sinn und Bedeutung beizumessen, der wird überrascht sein, wie vormals abstrakte Theoriemodelle mittels dieser Beobachtungsmethode mit Leben erfüllt werden und an Anschaulichkeit gewinnen. Aus diesem Grund schätzen BeobachterInnen es auch als ein einzigartiges Privileg, ZeugInnen der psychischen Geburt eines Babys sein zu dürfen, die mindestens ebenso so aufregend sein kann, wie die physische. ♦

#### Literatur:

- Bick, E. (1964). Notes on Infant Observation in Psychoanalytic Training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45.
- Bion, W. (1962, dt. 1992). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bion, W. (1965): *Transformations*. London: Karnac.

Datler, W. (2009). Frühförderung als Beziehungsförderung: Zur Bedeutung mentaler Prozesse für heilpädagogisches Handeln. In: Strachota, A., Biewer, G., Datler, W. (Hrsg.), *Heilpädagogik: Pädagogik bei Vielfalt. Prävention-Interaktion-Rehabilitation*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Diem-Wille, G. (2012). Primitive Gefühle verstehen lernen – Bions Konzept des Container-Contained. *Psychoanalytische Beobachtung von Säuglingen und Kindergartenkindern*. In: Diem-Wille, G., Turner, A. (Hrsg.), *Die Methode der psychoanalytischen Beobachtung. Über die Bedeutung von Containment, Identifikation, Abwehr und anderen Phänomenen in der psychoanalytischen Beobachtung*. Wien: facultas.

Gross, R. (2009). Die Frustration durch Nicht-Wissen aushalten. Zur emotionalen Erfahrung des Lesens von Bion-Texten. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 24. Jahrgang, Heft 1.

Maiello, S. (2007). Säuglingsbeobachtung als Lernerfahrung in der psychoanalytischen Ausbildung. *Der Beobachter in der Position des Drit-*

ten und die Begegnung mit dem inneren Kind. *Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Heft 135, XXXVIII, Jg., 3/2007, Säuglingsbeobachtung nach dem Tavistock-Modell. Brandes & Apsel Verlag.

Reiter, H. (2013). Beobachten-Reflektieren-Verstehen. Über die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die psychotherapeutische Beziehung. *Imagination* 2013, Heft 2: 20–34.

Salzberger-Wittenberg, I. (2007). Was ist psychoanalytisch am Tavistock-Modell der Babybeobachtung? Hat sie das psychoanalytische Wissen bereichert? *Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Heft 135, XXXVIII, Jg., 3/2007, Säuglingsbeobachtung nach dem Tavistock-Modell. Brandes & Apsel Verlag.

#### Helga Reiter

MA, Psychotherapeutin in freier Praxis in Wien, Lektorin am Institut für Unterrichts- und Schulentwicklung der Uni Klagenfurt, Leiterin von Seminaren für Säuglingsbeobachtung, Organisationsbeobachtung und Work Discussion an der Wr. Psa. Akademie.  
E: helga.reiter@igmx.com



## Das Neugeborene – ein Rätsel – ein „enfant terrible“?

Sabine Fiala-Preinsperger

### Einleitung

Im Kinderambulatorium der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung (WPV) haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, psychoanalytische Behandlung für Eltern und ihre Kinder anzubieten. Meist kommen Eltern von Babys und Kleinkindern, welchen vom Kinderarzt nicht geholfen werden konnte. In der frühen Elternschaft sind Eltern besonders sensibel und verletzlich. Aufgrund ihres akuten täglichen Leidensdrucks besteht eine große Bereitschaft, thera-

pathologischen Kreisläufe einwirken zu können, sodass in den Eltern ein psychischer Raum entsteht. Dadurch wird es häufig erst möglich, dass sie über ihr besonderes Baby nachdenken können und damit dessen Entwicklung fördern ohne es mit unbewussten Konflikten aus der eigenen Lebensgeschichte zu belasten.

Um diese besondere psychoanalytische Arbeit zu illustrieren, wie unbewusste Konflikte über Generationen hinweg weiterwirken können, soll eine Eltern-

*ben worden sei. Er habe Angst durchzudrehen, den Verstand zu verlieren. Zur zweiten Sitzung kommt er alleine, da die Mutter wegen einer Risikoschwangerschaft in des Spital gekommen war. Er beschreibt, wie er dieses zweite Kind, es würde erneut ein Sohn werden, bereits jetzt hasse. Er lehne ihn total ab und sei überzeugt, es würde ein schreckliches Kind werden. Sich selbst empfinde er als Schwein, weil er so denke.*

*Er ist wütend auf sich, weil er dem Wunsch der Frau nachgegeben habe.*

### Elternschaft ist eine komplexe Aufgabe, die jeder Vater und jede Mutter ohne besondere Schulung oder Einführung wahrnehmen muss.

peutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Im Erstgespräch versuchen wir, wie Dieter Bürgin es formuliert, eine Minierfahrung psychoanalytischen Arbeitens zu ermöglichen.

Elternschaft ist eine komplexe Aufgabe, die jeder Vater und jede Mutter ohne besondere Schulung oder Einführung wahrnehmen muss. Bewusst und unbewusst greifen Eltern auf die eigene Vergangenheit zurück, wiederholen Interaktionsmuster – auch wenn sie auf der bewussten Ebene ganz anders sein wollen als ihre eigenen Eltern. Die eigene Geschichte wurde verinnerlicht, ist durch das kindliche Erleben sozusagen „eingebrennt im Nervensystem“ – was die Hirnforschung bestätigt. Psychoanalytische Eltern-Kleinkindtherapie stellt für Eltern eine Chance dar, sich dieser unbewussten Muster bewusst zu werden und auf diese frühen

Kleinkind Therapie beschrieben werden. Diese kurze Arbeit ist vom Setting her flexibel. Eingeladen werden zunächst die ganze Familie, die Eltern und das Baby (eventuell auch die Geschwister); mit den Eltern wird besprochen, wer zur nächsten Sitzung kommen soll. Es kann auch das Paar oder ein Elternteil alleine kommen.

### Fallgeschichte eines „enfant terrible“

*Ein Vater ruft mich verzweifelt an und wir vereinbaren einen Termin. Zur ersten Sitzung kommen die Eltern mit ihrem zweijährigen Sohn wegen dessen Ängsten. Es kristallisiert sich rasch heraus, dass dieser Bub sehr .....(?) ist, der Vater jedoch in Erwartung des zweiten Kindes voller Ängste ist. Er erzählt, dass er nicht mehr schlafen könne und vom Hausarzt krankgeschrie-*

*Das ganze Theater gehe wieder los. Die Frau habe erneut eine Risikoschwangerschaft wie beim ersten Kind. Er könne sie und ihren Bauch gar nicht anschauen. Er werde keinesfalls zur Geburt mitgehen, sondern bleibe mit seinem älteren Sohn, der sein Ein und Alles sei, zu Hause.*

Den Hass auf das Ungeborene, der aus dem Vater in dieser Stunde herausbricht, auszuhalten ist eine schwierige therapeutische Herausforderung. Die Wucht der psychischen Dynamik, dass ein Kind noch bevor es geboren ist bereits als Feind erlebt wird, raubt mir kurz den Atem. Auch ich fühle die Befürchtung, dass alles zusammenbrechen könne, dass Vater und Sohn einander ein Leben lang feindlich gegenüberstehen könnten. Es entsteht der große Wunsch in mir, das neue Leben vor dem alten Konflikt zu schützen:

Die Psychoanalyse hat gezeigt, dass das Alte gehört werden will, es sich nicht wegdrängen lässt. Das Alte verlangt Beachtung und eine Stimme, damit der Weg für das Neue frei werden kann – entweder über Symptome oder im Bewusstmachen in der Therapie.

Freud schreibt in *Das Unheimliche (1919)*: „Was unverständlich geblieben ist, das kommt wieder, es ruht nicht, wie ein unerlöster Geist, bis es zur Lösung und Erlösung gekommen ist“. Das Unheimliche ist ein Gefühl, das aufsteigt, einen ergreift, wenn überwundenen Gegläubtes wiederbelebt wird,



wenn abgewehrte infantile Triebwünsche und Konflikte in der Gegenwart wiederkehren, sich in unverständlichen Gefühlen und Phantasien verbergen.

Über die besondere Situation der Wiederbelebung früher Konflikte der Eltern bei der Geburt eines neuen Babys schreiben B. Cramer und F. Espasa (2009): „Wie der Therapeut ist das Baby ein Katalysator par excellence, der eine Neubearbeitung der alten Gleichung ermöglicht (das heißt der Grundneurose).“

„Die Kindheitsneurose kehrt wieder zurück. Alte Konflikte und Abwehrmechanismen werden schlagartig wieder in Gang gesetzt ... Übertragung kann

derart heftig wirken, dass eine neue Qualität der Beziehung zum eigenen Kind sich gar nicht entwickeln kann.“ *In den weiteren Sitzungen wird rasch sichtbar, dass der Vater nicht nur den noch ungeborenen Sohn, sondern auch seine Frau und besonders sich selbst hasst. Rasch findet er eine Parallele zu seiner eigenen Kindheit: er ist der jüngere Bruder, der immer im Schatten des älteren Bruders stand; er fühlt sich bis heute benachteiligt. Er meint, von seinem Vater entwertet worden zu sein. Die Ankunft seines zweiten Kindes wird vom Vater des Vaters nicht gut geheißten. Die Kinder des Bruders jedoch*

*werden vom Vater geliebt. Er sei selbst schwierig, ein „enfant terrible“; seinen Vater beschreibt er als schrecklichen Mann.*

*Dennoch gibt es auch einen positiven Aspekt: der zweite Sohn erhält nach der Geburt als zweiten Vornamen den Namen seines Vaters (Großvaters). Dieser zeigte sich jedoch nicht erfreut sondern ist entsetzt darüber – eine weitere Kränkung.*

*In den weiteren Therapiestunden spricht der Vater über seinen Hass auf seinen Vater. Beide – er und sein neugeborener zweiter Sohn – müssen vor diesem Vater/Großvater geschützt werden, beide sind sie ungeliebte jüngere Kinder.*

Eindrucksvoll zeigt sich, wie der Vater einerseits unter der ihm zugefügten Benachteiligung durch seinen Vater leidet und gelitten hat, dennoch ist er im Begriff, seinen zweiten Sohn in derselben Weise abzuwerten. Er selbst kann mit der Zeit einen Zusammenhang herstellen, die Ähnlichkeit dieser Beziehungsmuster erkennen.



*In der darauffolgenden Therapieeinheit berichtet der Vater, dass er die nächste Woche wieder arbeiten gehen werde und er daher den Kindern etwas gekauft habe:*

**Vater:** „Ich habe dem kleinen Sohn einen Beißring, na ja wie heißt das, so einen Greifring mit einem Esel drauf und zwei Ohren, zum Angreifen gekauft.“

**Therapeutin:** „Sie haben nicht einfach etwas gekauft, sondern etwas ausgesucht.“

**Vater:** „Ja, die letzte Stunde bei Ihnen hat mir zu denken gegeben. Gern hab ich es für den Großen gemacht, für den Kleinen weniger.“

**Therapeutin:** „Was haben Sie denn für Ihren Großen ausgesucht?“

**Vater:** „Einen Film vom kleinen Ritter Trenk, das schaut er so gerne an. Ich bin ja am Montag wieder unterwegs. Ich werde es ihm aber erst am Montag sagen, dass ich ihn nicht in den Kindergarten bringen kann. Er ist so empfindlich. Ich habe Angst, er kann sich so schlecht umstellen.“

**Therapeutin:** „Über ihn machen Sie sich sehr viele Gedanken, er hat einen Platz in Ihrem Herzen.“

**Vater:** „Der Kleine ist ein Fragezeichen.“

**Therapeutin:** „Immerhin. Er war schon einmal ein rotes Tuch. Jetzt ist er ein Fragezeichen, ein Rätsel. Man weiß noch nicht, wie er wird und wie es mit ihm werden wird, da ist Vieles offen. Bei einem roten Tuch nicht.“

**Vater:** „Ja, sehen Sie das als Fortschritt?“



**Therapeutin:** „Ja, es gibt einem Freiheit. Vielleicht entsteht etwas Gutes oder auch nicht. Liebe kann man nicht erzwingen.“

**Vater:** „Wie das wohl am Montag wird? Habe mir vom Großen die Babyfotos angeschaut und meiner Frau gesagt, so geht das diesmal nicht, dass der Kleine dauernd am Busen herumliegt und ich nach der Arbeit den Haushalt mache. Sie war damals einfach ein Säugetier und rund um sie hat nichts mehr existiert ...“

**Therapeutin:** (Mich lässt die Neugier in Bezug auf das Geschenk für den Kleinen nicht los und komme noch einmal auf dieses zurück.) „Können Sie sich noch erinnern, welche Gedanken Sie denn beim Kauf des Esels hatten?“

**Vater:** „Ich bin ein Esel, störrisch, hinterhältig und stur, ich bin das.“

**Therapeutin:** „Sie geben ihm etwas so Persönliches von sich. Wenn Sie weg sind, hat er etwas von Ihnen bei sich zum Hineinbeißen und zum Angreifen.“

**Vater:** „Ich habe das nicht so gedacht und nicht so ausgesucht.“

**Therapeutin:** „Ich weiß, aber Sie haben nicht irgendetwas ausgesucht. Der Kleine hat ja auch etwas Stures. Muss der kommen, solche Scherereien machen!“

**Vater:** „Ich hab das nicht so gedacht.“

**Therapeutin:** „Da scheint es doch eine Verbindung zu geben.“

**Vater:** „Das ist nur wegen Ihnen, das haben Sie gemacht!“

**Therapeutin:** „Es gibt eine Verbindung, die von mir zu Ihnen und zu Ihrem Sohn geht. Ich bin sehr berührt darüber, wieviel Sie sich denken. Sie haben nicht

einfach irgendetwas genommen. Sie haben eine Verbindung zu ihrem Sohn und zu mir hergestellt.“



Diese ausführliche Beschreibung des Dialogs in der Therapiestunde zeigt, wie die Therapeutin dem Vater behutsam zu zeigen versucht, welche Motive hinter seinen Handlungen stehen. Zunächst wirkt es wie ein unmotivierter Kauf, dem jüngeren Sohn einen Beißring mit einem Esel zu kaufen. Aber bei der Nachfrage der Therapeutin ist der Vater überrascht, als er sich als sturen Esel bezeichnet. Aber statt in seine Selbstvorwürfe und Schuldzuschreibungen einzustimmen, betont die Therapeutin die Nähe zwischen dem Vater und dem Neugeborenen. Auch das Baby ist stur – und damit ähnlich wie der Vater. Das, was der Vater zunächst als „Ir-

# IMAGOPaartherapie

## Fortbildung mit Evelin & Klaus Brehm

Beginn Februar 2015

### Basic Clinical Track für PsychotherapeutInnen



bezahlte Anzeige

**Imago** hat sich in den letzten 10 Jahren als Paartherapieform in Österreich etabliert. Die vom ÖBVP anerkannte methodenerweiternde Fortbildung ermöglicht PsychotherapeutInnen, mit einer gut fundierten Theorie und einem klaren Methoden- und Interventionsset mit Paaren in der eigenen therapeutischen Praxis zu arbeiten.

Weitere Informationen unter [www.brehmsimago.eu](http://www.brehmsimago.eu)

Infoabend am 10.11.2014 um 20.30 Uhr

**brehms<sup>+</sup> imago**  
paartherapie und mehr

Staudgasse 7 1180 Wien +43 (0)1/9426152 [info@brehmsimago.eu](mailto:info@brehmsimago.eu)

gendetwas“ bezeichnet, eröffnet einen Weg zum Unbewussten. Sein Sohn soll auf diesen Esel-Beißring beißen – eine liebevolle, humorvolle Form der spielerischen Aggression und zugleich Hilfe beim Entwickeln des Kiefers. Indem der Vater die Bedeutung der Therapeutin betont, ihm geholfen zu haben, diese Zusammenhänge herzustellen, schafft er einen „triangulären Raum“, das Elternpaar und die Therapeutin, die über das neue Baby nachdenken können.

*In der nächsten Stunde berichtet der Vater, dass der Kleine „ins Rudel aufgenommen“ ist. Er freut sich und lacht ihn an, wenn er nach der Arbeit nach Hause kommt. Aber er sieht aus wie sein Vater, „blaue Augen, rote Haare, die werden nicht mehr anders die*

nung möglich zu machen. Vielleicht sieht der Vater in seinen beiden Söhnen zwei Seiten von sich selbst – den edlen, tapferen Krieger und Kämpfer und den sturen Esel.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es in der psychoanalytisch orientierten Säuglings-Eltern-Kleinkindtherapie darum geht, die elterlichen Abwehrmechanismen zu lockern, vor allem Projektionen auf das Baby zu reduzieren indem sie bewusst gemacht und integriert werden können. Durch die Deutung des zentralen Konflikts ist es möglich, die frühen pathologischen Mechanismen zu durchbrechen.

Melanie Klein, J. Strachey und Betty Joseph betonen, dass das, was übertragen wird, nicht vorrangig Auskunft

renen heißt Wunder erwarten, Sehnsüchte erhoffen, Schrecken befürchten, Schuldgefühle ertragen“. Dies setzt jedoch voraus, dass Eltern diese verschiedenen Gefühlswelten bereits in sich integrieren können. Die Ankunft eines Kindes erfordert einen psychischen Raum für einen fremden neuen Menschen.

Ich möchte ergänzen, dass die Liebe zum Kind nicht nur ein sich Öffnen gegenüber dem neuen Menschen ist, sondern auch ein sich Öffnen gegenüber der eigenen Vergangenheit, dem Kind das man selbst einmal war und seinen eigenen Eltern voraussetzt.

In unseren analytischen Therapien versuchen wir einen Boden und Rahmen zu schaffen, dass es Eltern und Kindern gelingt, Worte für das Verstörende und Entsetzliche, für die Sehnsüchte und Wünsche zu finden und mit Hilfe der therapeutischen Beziehung wohlwollende und zerstörerische Objekte zu integrieren. ♦

## Das Ziel der Eltern-Kleinkind Therapie ist, den Eltern einen emotionalen Zugang zu dem neuen Baby zu eröffnen.

*Augen.“ Immer denkt er dann an seinen Vater und an dessen Worte: „Den habt’s braucht!“*

*Als ich ihn daran erinnere, dass dies auch schon seine Worte waren und vielleicht noch sind, erschrickt er kurz. Er erinnert sich an die Ungerechtigkeiten im Vergleich zu seinem Bruder. Im gleichen Moment fällt ihm zu seiner Überraschung ein, dass sein Vater gegenüber dessen Geschwistern auch benachteiligt war und der Uropa auch. Wir sprechen darüber, dass er im Begriff ist, diese Linie zu unterbrechen, obwohl es mit seinen beiden Söhnen begonnen hat wie seit Generationen, indem er zu mir kommt um sich und seine Söhne zu verstehen.*

In wenigen therapeutischen Sitzungen ist es gelungen, den massiven, über mehrere Generationen wirksamen Spaltungsprozess zwischen einem guten und einem bösen Sohn aufzubrechen, zu modifizieren und eine Versöh-

über die tatsächlichen Objekte aus der Vergangenheit des Kindes gibt. Vielmehr können wir die internalisierten Objekte in der Übertragung und die damit verbundenen Ängste erfassen. Alles was der Patient in die analytische Sitzung bringt, zeigt die Struktur und die Beziehungsmuster seiner inneren Welt. M. Klein schreibt (1952, 93): „Wenn wir die Details der Übertragung aufzuklären versuchen, ist es meiner Meinung nach von entscheidender Bedeutung, sowohl Gefühle, Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen zu erfassen, die von der Vergangenheit auf die Gegenwart getragen werden“.

Das Ziel der Eltern-Kleinkind Therapie ist, den Eltern einen emotionalen Zugang zu dem neuen Baby zu eröffnen. Der Kinderarzt J. Berna (1996, 91) fasst es zusammen: „Das Merkmal der Liebe für das kommende Kind ist die Öffnung der Mutter einem anderen Menschen gegenüber, der ihr Leben vollkommen verändert. ... Die Liebe zum Ungebo-

### Dr.<sup>in</sup> Sabine Fiala-Preinsperger

Fachärztin für Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Psychoanalytische und Kinderpsychiatrische Praxis in Mödling, Psychoanalytikerin für Erwachsene und Kinder (WPV und IPA).

Leitung gemeinsam mit Prof.<sup>in</sup> Diem-Wille des Weiterbildungslehrgangs gemäß des Psychotherapiegesetzes für Psychoanalytisch Orientierte Eltern-Kleinkind-Therapie (EKKT) der Wiener Psychoanalytischen Akademie

### Literatur:

Berna, J. (1996). Liebe zu Kindern, Geist und Psyche, Frankfurt: Fischer

Bürgin, D. & Steck, B. (2013). Indikation Psychoanalytischer Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Stuttgart: Klett Cotta

Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (2009). Psychotherapie mit Müttern und ihren Babys. Gießen: Psychosozial-Verlag [Original. „La pratique des psychothérapies mères et bébés]

Freud S. (1919), Das Unheimliche. In: GW XII. Stuttgart: Fischer

Joseph, B. (1985). Transference: The Total Situation, Int. J. Psycho-Anal. 66, 447

Sandler, A. M. (2004). Über die Deutung in der Kinderanalyse. In: Formen der Übertragung, Hsg: M. Fischer-Kern; K. Leithner; P. Schuster & M. Springer-Kremser, Wien: Facultas



## Psychosoziale Einrichtungen in Wien stellen sich vor

*An dieser Stelle veröffentlichen wir Selbstdarstellungen von Einrichtungen im psychosozialen Feld, die unmittelbar oder mittelbar mit Psychotherapie oder psychotherapeutischer Beratung / Begleitung zu tun haben.*

*Wir wollen damit die Breite und Varietät der Einrichtungen in Wien abbilden; dazu laden wir Sie, unsere LeserInnen, herzlich ein, Ihre Einrichtung hier vorzustellen – oder uns auch Institutionen zu nennen, die hier dargestellt werden sollen.*

### Eltern-Kleinkind-Psychotherapie am Institut für Erziehungshilfe

Seit über 20 Jahren bietet das Institut für Erziehungshilfe Psychotherapie für Säuglinge oder Kleinkinder und ihre Eltern an. Während sich Familien anfangs an die beiden Standorte Favoriten und Floridsdorf wenden konnten, werden nun in jedem Institut Eltern mit ihren Kindern bis zum 3. Geburtstag im Rahmen der Baby-Beratung gesehen. Die Zuweisungen erfolgen unter anderem über Kinderspitäler, KinderärztInnen, GynäkologInnen und das Jugendamt. Eltern können sich auch direkt an das Institut wenden. Das Angebot ist für Eltern kostenlos.

#### Was ist das Besondere an der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie?

Psychotherapie in den ersten drei Lebensjahren kennzeichnet ein bifokaler Zugang. Es stehen sowohl das interaktive Geschehen zwischen dem Säugling oder Kleinkind und seiner Mutter beziehungsweise seinen Eltern als auch die intrapsychische Dynamik aller Beteiligten im Zentrum des Verstehens und der Interventionen. Auch wenn nur Mutter und Kind kommen, ist der Vater als väterliche Repräsentanz psychisch anwesend. Das Baby ist Katalysator für elterliche Ängste, Schuldgefühle und Konflikte, die oftmals transgenerational weitergegeben werden.

Im Postpartum findet sich eine aufge-lockerte psychische Struktur der Mütter, die rasche Veränderungen ermög-

licht, sofern sich nicht eine zugrunde liegende schwere Psychopathologie findet. Die Halte- und Containerfunktion der TherapeutInnen wirkt unmittelbar entlastend. Die Symptome der Babys und Kleinkinder verschwinden oftmals bereits nach wenigen Sitzungen und führen zu psychischer Bewegung in einer festgefahrenen emotionalen Situation. Babys und Kleinkinder, die sichere frühe Elternbeziehungen verinnerlichen können, bringen diese Erfahrung in spätere eigene Elternschaft zum Wohl ihrer Kinder ein.

Eltern wenden sich mit ganz unterschiedlichen Sorgen an das Institut. Schreien, Unruhe, Ess- und Schlaf-schwierigkeiten, Trotzreaktionen, Ängste und vieles mehr bringen Eltern oft zur Verzweiflung und werfen viele Fragen auf. Wir sind bemüht, möglichst rasch einen Ersttermin anzubieten und stellen der Familie frei, wer zum Erstkontakt kommt.

#### Wie verläuft eine Eltern-Kleinkind-Psychotherapie?

Die folgende anonymisierte Fallvignette stellt eine frühe psychotherapeutische Intervention kurz dar:

Kerstin, 2 Jahre und 7 Monate alt, ist in den letzten Wochen oft ohne erkennbaren Grund sehr wütend und lässt sich auch nur ganz schwer beruhigen. Die Mutter selbst wirkt sehr verzweifelt,



weil sie nicht mehr mit der Wut der Tochter zurechtkommt.

Bisher war Kerstin ein ausgeglichenes Kind. Sie hat sich als Baby von beiden Eltern gut beruhigen lassen, wenn sie weinte oder unruhig war, sie zeigte Interesse an ihrer Umgebung, spielte gern mit den Bezugspersonen und war auch in der Lage sich allein zu beschäftigen.

Nun bricht oft schon in der Früh z.B. ein Kampf um die „richtige“ Kleidung aus, es kann jedoch auch sein, dass es gar nicht um die Kleidung geht, es ist für die Eltern nicht immer eindeutig erkennbar.

Es hat sich nicht nur das Verhalten Kerstins verändert, sondern auch die familiäre Situation.

Die Eltern haben sich vor einigen Monaten getrennt, der Vater ist ausgezogen, hat aber weiterhin häufig Kontakt mit seiner Tochter. Allerdings verbringen die Eltern keine gemeinsame Zeit mehr mit ihrer Tochter. Dass dies für Kerstin verwirrend ist, können sie sich zunächst gar nicht vorstellen, vor allem ihre Wutanfälle bringen sie nicht in Zusammenhang mit ihrer Trennung, denn diese sei bereits vor einigen Monaten gewesen.

Als die Emotionen der Eltern bezüglich der Trennung thematisiert werden dür-

fen, zeigen sich beim Vater Schuldgefühle und Traurigkeit, bei der Mutter zunächst auch Traurigkeit, aber auch immer deutlicher Wut. Ihre Gefühle der Wut spricht sie nur zögernd aus, als dürften diese nicht sein. Während die Mutter ihre Gefühle vorsichtig anspricht, beginnt Kerstin auf einmal mit Bausteinen heftig aufeinander zu schlagen. Dieses Verhalten wird von der Therapeutin als spielerischer Ausdruck von Kerstins inneren Konflikten verstanden. Die zwei Bauklötze stehen für Mutter und Vater, die immer wieder zusammenkrachen. Die Therapeutin versteht diese Symbolik und benennt sie so gleich. Dadurch wird den Eltern ein mögliches Verstehen der Affekte und Verhaltensweisen ihres Kindes ange-

unterstützende Regulation von außen zu.

Dieses Beispiel zeigt, wie schwierig es manchmal für Eltern sein kann zu entschlüsseln, was mit ihrem Kind los ist, und vor allem wie sie ihrem Kind in solchen Situationen begegnen können. Durch die Katalysatorfunktion ihrer Tochter, die nicht nur ihre eigenen Gefühle, sondern auch die ihrer Eltern ausdrückte, war es diesen Eltern gut möglich ihre eigenen Affekte aufzuspüren und mit der Zeit besser zu verstehen, was in ihnen selbst vorgeht. Sie selbst hatten ihre Trennung noch nicht verarbeitet.

Kerstin konnte immer weniger mit den nicht mentalisierten Gefühlszuständen

ihrer Eltern zurecht kommen und hat dies verstärkt mit ihrer Wut ausgedrückt.

Als es den Eltern möglich ist zu verstehen, sind diese auch in der Lage den Affekten ihrer Tochter Verständnis entgegen zu bringen. Kerstin half ihnen, mehr über sich selbst zu erfahren.

#### Wie ist die Baby-Beratung in die Institutsarbeit integriert?

Rat suchende Familien bekommen rasch einen Ersttermin, dem meist weitere Termine folgen,

deren Zahl ganz verschieden ist und von der jeweiligen Psychodynamik abhängt. Die therapeutischen Prozesse werden im Team der Institutsstandorte reflektiert.

Die TherapeutInnen der Baby-Beratung treffen sich regelmäßig zum standortübergreifenden Austausch. Sie sind über das „Netzwerk für Perinatale Krisen (PPD-Netzwerk)“, über die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung frühe Kindheit“ der Österreichischen Liga für

Kinder- und Jugendgesundheit sowie der GAIMH mit in- und ausländischen KollegInnen gut vernetzt.

Seit Herbst 2010 sind Gabriela Wesenauer, Leiterin des Instituts V, und Karin J. Lebersorger, Leiterin des Instituts XXI, im Entwicklungs- und LektorInnen-Team des Lehrgangs für Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie der Wiener Psychoanalytischen Akademie tätig. Zwei InstitutsmitarbeiterInnen absolvieren diese viersemestrige Zusatzausbildung und vergrößern das Team der PsychotherapeutInnen für die frühe Kindheit. Durch regelmäßige Fortbildungen aller orientiert sich unsere Arbeit stets an neuesten Erkenntnissen.

Somit können wir in Zukunft diese frühe Intervention noch mehr Familien zukommen lassen und der Chronifizierung früher Interaktionspathologien vorbeugen. Diese Form der Prävention fördert nicht nur die psychische Gesundheit der nächsten Generationen, sondern kommt auch gesundheitsökonomisch zum Tragen! ♦

[www.erziehungshilfe.org](http://www.erziehungshilfe.org)

**Lea Hof-Vachalek, MSc**, ist Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichen-therapeutin, und war als ausgebildete Kindergarten- und Hortpädagogin neun Jahre lang im Anna-Freud-Kindergarten Wien tätig. Derzeit ist sie Psychotherapeutin im Institut für Erziehungshilfe und in freier Praxis.

**Dr.<sup>in</sup> phil. Karin J. Lebersorger**, ist Leiterin des Instituts für Erziehungshilfe Wien 21, klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Psychoanalyse) und Supervisorin am Institut für Erziehungshilfe, an der Down Syndrom Ambulanz des Krankenhauses Rudolfstiftung und in freier Praxis, Lektorin an der Wiener Psychoanalytischen Akademie, der FH Campus Wien, Studiengänge Soziale Arbeit und Logopädie-Phoniatrie-Audiologie.



boten. Es soll ihnen helfen, Kerstin zu verstehen, statt sich von ihr provoziert zu fühlen und keine Zusammenhänge herstellen zu können. Zunehmend wird der Mutter möglich eine Verbindung zwischen ihrer eigenen Wut und den „Wutanfällen“ Kerstins herzustellen.

Sehr bald darauf gehen die „unverständlichen“ Wutausbrüche Kerstins zurück, wird sie aktuell wütend, ist ein Zusammenhang mit der jeweiligen Situation erkennbar und sie lässt auch





# Neue Wege einer Trennungs- und Scheidungskultur

Collaborative law (CL)

Sabine Dungal-Nemetz, Sabine Sommerhuber

◆◆◆ **S**cheidung der Ehe, Trennung der Lebensgemeinschaft muss heute in Großstädten jede/r Zweite, in Kleinstädten und Dörfern jede/r Dritte durchleben. Nicht nur die Paare, sondern auch die dazugehörigen minderjährigen und erwachsenen Kinder, haben die Situation zu bewältigen und dies zunehmend nicht nur einmal im Leben.

Für fast jede/n ist Trennung ein psychisch und materiell schmerzhafter Prozess, selten werden Ehen oder Partnerschaften eingegangen mit der Erwartung, diese in absehbarer Zeit wieder aufzulösen. Kinder werden nicht gezeugt und ins Leben begleitet, um sie getrennt von Vater oder Mutter „großwerden“ zu sehen. Dennoch ist die Scheidungs- und Trennungsmöglichkeit auch eine Errungenschaft unserer Zeit. Einmal getroffene Lebensentwürfe können sich individuell auf Dauer als nicht sinnvoll erweisen.

Wie eine Scheidung, unserer Gesellschaft gemäß, zivilisiert und einem erfolgreichen Weiterleben danach nicht im Wege stehend, durchgeführt werden kann, ist ein neuer Aspekt der Rechtsprechung und des psychoberatenden Umfeldes. Oftmals werden AnwältInnen, MediatorInnen, Coaches, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen getrennt voneinander und ohne Kontakt untereinander im Zuge eines Scheidungs- oder Trennungsverfahrens konsultiert.

Eher selten werden die Wünsche und Bedürfnisse der Kinder gehört, der Trennungsverlauf der Eltern bündelt fast die gesamte verfügbare Energie. In extrem strittigen Verfahren werden Kinder begutachtet und die Berichte darü-

ber dem Gericht zur Entscheidungsfindung über Obsorge und Besuchsrechte vorgelegt. Um zu fundierten Urteilen über eine getrennt lebende Familie zu gelangen, braucht es viel Zeit, in der das Leben von Eltern und Kindern weitergeht. Es kann eine Art Vakuum entstehen, denn die Veränderungen, die passieren, können nicht bewusst gestaltet werden, da endgültige Entscheidungen ausstehen und bei Nichtakzeptanz durch einen Elternteil von diesem beansprucht werden können. Eine Endlosschleife, die viele Eltern, die meisten Kinder, oft auch die Großeltern, teilweise die Stiefeltern und zunehmend die involvierten ProfessionistInnen als zutiefst unbefriedigend erleben und die Kommunikations- und Kontaktfähigkeit vieler Menschen nicht mehr entspricht.

Vor 20 Jahren wurde ausgehend von Stuart Webb ein Scheidungsverfahren ausgearbeitet, das nunmehr weltweit angewandt wird und das von Familien in Trennung, in Kooperation mit ProfessionistInnen, weiterentwickelt wurde.

**Es basiert auf der Annahme, dass es Menschen möglich ist, auch schwierige Trennungen aktiv, selbstbestimmt und auf die jeweiligen persönlichen Bedürfnisse abgestimmt, zu gestalten.**

Im Verfahren „**Collaborative Law/Kooperatives Anwaltsverfahren (CL)**“, einem außergerichtlichen Konfliktlösungsmodell, begleiten, beraten und unterstützen ausgebildete AnwältInnen, Kinder- und Finanzcoaches mit ihrem Fachwissen den Trennungsvorgang. Jedem künftigen Ex-Partner wird ein/e AnwältIn zur Seite gestellt, der/die die jeweiligen Interessen wahrt. Die Kinder erarbeiten mit einem Kinderco-

ach eigenständig ein Konzept, wie sie künftig mit den getrennt lebenden Eltern ihre Bedürfnisse nach Nähe und Bindung gestalten möchten. Dieses wird vom Coach rückgemeldet und in eine Übereinkunft mit den Eltern eingebracht. Ein Finanzcoach erstellt gemeinsam mit den Eltern ein Konzept der materiellen Besitz- und Vermögensaufteilung, der jeweiligen Sozialversicherungs- und Pensionsansprüche sowie der Unterhaltsleistungen. Alle diese Schritte und ihre Ergebnisse werden immer wieder in die vorbereitenden Trennungsbesprechungen mit den AnwältInnen eingebracht um Transparenz und Effizienz im Trennungsverlauf zu ermöglichen. Am Ende steht eine tragfähige Übereinkunft, die eine verbindliche Grundlage für eine einvernehmliche Scheidung darstellt.

In 95% der nach CL Verfahren getrennten Partner hat dies bisher weltweit zu Erfolg, Kostenminimierung und Zunahme der persönlichen Konfliktfähigkeit, besonders in Lebenskrisen, geführt. AnwältInnen sind österreichweit über die Homepage der AVM (die anwaltliche Vereinigung für Mediation und kooperatives Verhandeln) und [www.collaborativelaw.eu](http://www.collaborativelaw.eu) abrufbar. Kinder- und Finanzcoaches, welche die CL-Ausbildung absolviert haben, sind auf der CL-Homepage zu finden. Diese werden am Beginn des Verfahrens im sogenannten „Mandatsvertrag“ durch die Eltern oder auf Vorschlag der AnwältInnen beigestellt und eingebunden. ◆

**Sabine Dungal-Nemetz**

Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision

**Sabine Sommerhuber**

Psychotherapeutin



## Neue Regelungen im Psychotherapiegesetz (PthG)

Gerhard Pawlowsky



◆◆◆ **M**it 14. 5. 2014 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mitgeteilt, dass – in Umsetzung einer EU-Richtlinie – einige neue Regelungen in das PthG 1990 aufgenommen wurden. Für die Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen) sind im Besonderen zwei Regelungen von Bedeutung: Die (nunmehr erweiterte) Dokumentationspflicht und die (nunmehr obligate) Berufshaftpflichtversicherung.

Die Dokumentationspflicht (neu § 16a PthG) umfasst nun

1. die Vorgeschichte der Problematik und der allfälligen Erkrankung sowie die bisherigen Diagnosen und den bisherigen Krankheitsverlauf,
2. Beginn, Verlauf und Beendigung der psychotherapeutischen Leistungen,
3. Art und Umfang der diagnostischen Leistungen, der beratenden oder behandelnden Interventionsformen sowie Ergebnisse einer allfälligen Evaluierung,
4. vereinbartes Honorar und sonstige weitere Vereinbarungen aus dem Behandlungsvertrag, insbesondere mit allfälligen gesetzlichen Vertretern,
5. erfolgte Aufklärungsschritte und nachweisliche Informationen,
6. Konsultationen von Berufsangehörigen oder anderen Gesundheitsberufen,
7. Übermittlung von Daten und Informationen an Dritte, insbesondere an Krankenversicherungsträger,
8. allfällige Empfehlungen zu ergänzenden ärztlichen, klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen oder musiktherapeutischen Leistungen oder anderen Abklärungen,
9. Einsichtnahmen in die Dokumentation sowie
10. Begründung der Verweigerungen der Einsichtnahme in die Dokumentation

Einige dieser Punkte, nämlich die Punkte 2, 4 und 6–10 waren wohl auch bisher schon vorgeschrieben. Neu ist vor allem die genauere Anamnese (Punkt 1) und eine genauere Auflistung der Art der Interventionen (Punkt 3).

Punkt 7 ist natürlich vor allem dann relevant, wenn der Patient (die Patientin) einen Kassenplatz mit Vollkostenersatz hat oder die übliche Teilrefundierung der Kosten beanspruchen möchte. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass das seit Juli geltende Formular der WGKK – das vom BMG im Juli als rechtskonform erklärt wurde – erstmals auch die Angabe des Datums der 1. Sitzung verlangt.

Hinsichtlich der Punkte 4, 7, 9 und 10 – d.h. hinsichtlich des Rechtes der Einsichtnahme in die Dokumentation durch den Patienten (die Patientin) bzw. dessen (deren) gesetzliche Vertreter – ist auf die ergänzende Bestimmung in § 16a PthG Abs 2 aufmerksam zu machen, dass dieses Recht „unter Bedachtnahme auf die psychotherapeutische Beziehung“ dann zusteht, wenn „diese(s) das Vertrauensverhältnis zum Behandelten nicht gefährdet.“ Das ist wohl im Besonderen bei der Behandlung von Kindern (bis 14 Jahren) zu bedenken, wenn die Eltern (oder andere obsorgeberechtigte Personen) Einsicht in die Dokumentation verlangen (vgl. dazu die „Information des BMG zur psychotherapeutischen, ... Verschwiegen-

heitspflicht“ auf der Homepage des BMG).

Die Dokumentation ist – wie in jüngeren Gesetzen im Bereich der Gesundheitsberufe schon festgeschrieben – (nunmehr) 10 Jahre aufzubewahren (§ 16a PthG Abs 3); dies gilt auch weiter, wenn die Berufsberechtigung bereits erloschen ist.

Ebenso ist für den Fall des Ablebens des freiberuflichen Psychotherapeuten (der freiberuflichen Psychotherapeutin) vorzusorgen (§ 16a PthG Abs 4 und 5): Es ist rechtzeitig ein Psychotherapeut (eine Psychotherapeutin) zu benennen, der im Todesfall unter Verschwiegenheit die Dokumentation übernimmt. Dazu liegt ein Formular des BMG vor (vgl. die „Meldung zur Dokumentationsaufbewahrung gemäß § 16a Abs 4 PthG, ...“ auf der Homepage des BMG).

Eine zweite Änderung betrifft die (nunmehr obligate) Berufshaftpflichtversicherung (neu § 16b PthG). Wiewohl ja bereits viele Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen) eine solche abgeschlossen haben (z.B. über den ÖBVP), ist sie nun vorgeschrieben, und zwar mit einer (erhöhten) Deckungssumme von einer Million Euro (§ 16b Abs 2 lit 1). Diese Bestimmung gilt für Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen), die sich nach Abschluss ihrer fachspezifischen Ausbildung in die Liste eintragen lassen wollen, bereits mit dem Datum der Eintragung – d.h., die Versicherung ist davor abzuschließen (§ 16b PthG Abs 1), für bereits eingetragene Psychotherapeuten (Psychotherapeutinnen) ist sie bis zum 31. 12. 2015 zu erfüllen (§ 27 PthG Abs 3, Übergangsbestimmungen). ◆



# INFORMATIONSECKE

Transparenz braucht Information. In dieser Rubrik „Informationsecke“ sollen laufend Fakten, Daten, Berichte, Zahlen, etc. veröffentlicht werden, die die Mitglieder und das Vereinsleben betreffen. Mit Aufklärung und möglichst gut verständlicher Information wollen wir die Leserin und den Leser ein Stück mehr am Vereinsleben teilhaben lassen.



## PIN-BOARD

Diese Formulare können Sie auf unserer Website unter: [www.psychotherapie-wlp.at](http://www.psychotherapie-wlp.at) downloaden

**VERANSTALTUNGSKALENDER**  
für WLP Mitglieder

Erscheint in der Ausgabe:   bitte ausfüllen

Titel der Veranstaltung	Kontakt
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kosten	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Fax an: 0043/1/512 70 90-44
<input type="text"/>	E-Mail an: <a href="mailto:office@psychotherapie-wlp.at">office@psychotherapie-wlp.at</a>
	Kenntwort „WLP News“

### Anmeldeformular für Inserate in WLPnews

#### I. Angaben zum Inserat

Erscheint in der Ausgabe:   bitte ankreuzen

Größe	B x H	Preise für WLP Mitglieder	Preise für Nicht-WLP Mitglieder
1/1 Seite	174 x 237 mm	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 450
1/2 Seite	174 x 118 mm	<input type="checkbox"/> 165	<input type="checkbox"/> 250
1/4 Seite	174 x 60 mm	<input type="checkbox"/> 130	<input type="checkbox"/> 195
1/8 Seite	54 x 95 mm	<input type="checkbox"/> 100	<input type="checkbox"/> 150
1/16 Seite	54 x 48 mm	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 90
1/32 Seite	54 x 24 mm	<input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 65

Format  Hochformat  Querformat

WLP News macht End-Layout  ja  nein  ja  nein  pdf  Anderes Format

#### II. Angaben zum/r AdressatIn

Kontroll-PDF wird geschickt an:

Institution

Vorname

Nachname

E-Mail

Fax

Tel. tagsüber erreichbar unter

Rechnung wird ausgestellt auf:

Institution

Vorname

Nachname

Straße

PLZ/Ort

Tel.Nr.

Fax an: 0043/1/512 70 90-44

E-Mail an: [office@psychotherapie-wlp.at](mailto:office@psychotherapie-wlp.at), Kennwort „WLP News“

**2. Familientag**  
der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

Eintritt frei

beziehung:bildung:kinderrecht

www.kinderliga.at

22. November 10:00-18:00

im Dschungel Wien

Spiel & Spaß  
Kinderprogramm

Beratung & Gespräche  
Infomarktplatz

Wissen & neue Ideen  
Vorträge, Elternkino

Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

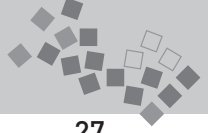
Öschungel WIEN KINDERMUSEUM

ZOOM KINDERMUSEUM

WIEN TRA



Der Folder kann kostenfrei im WLP-Büro unter E: [office@psychotherapie-wlp.at](mailto:office@psychotherapie-wlp.at) oder T: 01/890 80 00 bestellt werden.



# Aktuelles aus den Bezirken

Leonore Lerch

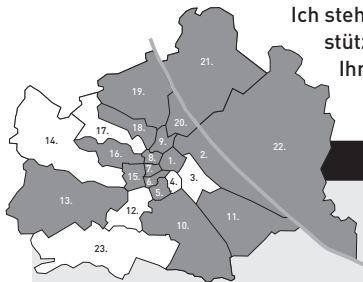


Wir möchten uns sehr herzlich bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken, die sich mit viel Engagement für das Image der Psychotherapie einsetzen, insbesondere den BezirkskoordinatorInnen und deren StellvertreterInnen, die zum Teil über viele Jahre im Rahmen der Bezirkskoordination des WLP ehrenamtlich tätig sind.

Wenn auch Sie an einer Mitarbeit in Ihrem Bezirk interessiert sind oder als BezirkskoordinatorIn oder -stellvertreterIn kandidieren möchten, dann nehmen Sie bitte Kontakt auf mit mir auf.

Ich stehe Ihnen für weitere Informationen, Ihre Ideen, Anregungen und Fragen gerne zur Verfügung und unterstütze Sie beim Aufbau eines Bezirksteams oder der Organisation der BezirkskoordinatorInnen-Wahl in Ihrem Bezirk.

Leonore Lerch, Vorsitzende des WLP, E: [lerch@psychotherapie-wlp.at](mailto:lerch@psychotherapie-wlp.at)



## Die nächsten Termine der WLP-Bezirkstreffen

### 2./20. Bezirk

1. 10. 2014, 19.00 Uhr, Zwischenbrückenwirt,  
Treustraße 27, 1200 Wien

Kontakt: Dr.<sup>in</sup> Sonja Brustbauer (BK)

E: [sbrustbauer@utanet.at](mailto:sbrustbauer@utanet.at)

T: 0650 / 350 28 28

### 5./6. Bezirk

21. 10. 2014, 19.30 Uhr, Cafe Horvath,  
Hamburgerstraße 2, 1050 Wien

Kontakt: Yasmin Randall, MSc (BK),

T: 0660 / 707 65 89

### 9. Bezirk

10. 10. 2014, 17.30 Uhr, Cafe Berg,  
Berggasse 8, 1090 Wien

Kontakt: Mag.<sup>a</sup> Raphaela Kovazh (BK)

E: [kontakt@imlotsein.com](mailto:kontakt@imlotsein.com)

T: 0664 / 8851 3143

### 10./11. Bezirk

13. 10. 2014, 18.00 Uhr, Familienberatungsstelle Sozial  
Global, Simmeringer Hauptstraße 34/1/R06, 1110 Wien

Kontakt: Mag.<sup>a</sup> Petra Marksteiner-Fuchs, MSc (BK)

E: [mag.petra.marksteiner-fuchs@tmo.at](mailto:mag.petra.marksteiner-fuchs@tmo.at)

T: 0660 / 813 62 75

### 13. Bezirk

14. 10. 2014, 19. 3. 2015, jeweils 18.30 Uhr,  
Restaurant Wambacher, Lainzer Straße 123, 1130 Wien

Kontakt: DSA Reinhard Möstl, MSc (BK)

E: [rmoestl@aon.at](mailto:rmoestl@aon.at)

T: 0699 / 1877 8778

### 15./16. Bezirk

25. 11. 2014, 20.00 Uhr, Praxis Enenkelstraße 32/15,  
1160 Wien

Kontakt: Mag.<sup>a</sup> Gertrud Baumgartner (BK),  
Heidemarie Kamleithner (BK-Stv.)

E: [gertrud.baumgartner@praxis1160.at](mailto:gertrud.baumgartner@praxis1160.at)

T: 01 / 494 36 76

### 18. Bezirk

29. 9. 2014, 19.30 Uhr, Restaurant Koinonia,  
Klostergasse 37, 1180 Wien

Kontakt: Lisa Köhler-Reiter (BK)

E: [lisa.koehler@aon.at](mailto:lisa.koehler@aon.at)

T: 0664 / 220 27 98

### 19. Bezirk

Neue Termine auf der Website des WLP unter:  
Bezirkskoordination

Kontakt: Ursula Kren-Kwauka (BK),  
Mag.<sup>a</sup> Helga Ranzinger (BK-Stv.)

E: [kren.kwauka@gmail.com](mailto:kren.kwauka@gmail.com)

T: 0699 / 1111 0633

### 20./2. Bezirk

1. 10. 2014, 19.00 Uhr, Zwischenbrückenwirt,  
Treustraße 27, 1200 Wien

Kontakt: Dr.<sup>in</sup> Sonja Brustbauer (BK)

E: [sbrustbauer@utanet.at](mailto:sbrustbauer@utanet.at)

T: 0650 / 350 28 28

### 22. Bezirk

12. 11. 2014, 21. 1. 2015, jeweils 19.15 Uhr, Praxis 22,  
Wulzendorfstraße 30B, 1220 Wien

Kontakt: Gabriele Hasler (BK), Dr.<sup>in</sup> Karin Beringer (BK-Stv.)

E: [gabriele.hasler@aon.at](mailto:gabriele.hasler@aon.at)

T: 0664 / 867 07 03

# Das WLP-Team



## Vorstand:



**Leonore Lerch**, Jg. 1963, Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie (ÖGWG) und Biodynamischer Psychotherapie (AIK, GBII), **Arbeitsschwerpunkte:** Psychiatrische Erkrankungen, Gender, Transgender, Transkulturalität, in freier Praxis seit 1997. Langjährige Tätigkeit als Geschäftsführerin in therapeutischen Einrichtungen. Mitarbeit beim Verein Windhorse – Ambulante Betreuung von Menschen in schweren psychischen Krisen (Psychosen), Publikationstätigkeit. **Berufspolitik:** Vorsitzende des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie, Delegierte ins Länder- und Bundesforum, stv. Vorsitzende des Länderforums, Kontakt Wiener Bezirkskoordination.  
[lerch@psychotherapie-wlp.at](mailto:lerch@psychotherapie-wlp.at)



**Gerhard Pawlowsky**, Dr., Jg. 1943, klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychoanalytiker und personenzentrierter Psychotherapeut, beteiligt an der interimistischen Leitung des WLP April bis Juni 2008, Schriftführer des WLP, Delegierter ins Länderforum, stv. Vorsitzender des WLP. Am Neuaufbau der Beschwerdestelle des WLP beteiligt sowie zuständig für Rechtsangelegenheiten.  
[gerhard.pawlowsky@utanet.at](mailto:gerhard.pawlowsky@utanet.at)

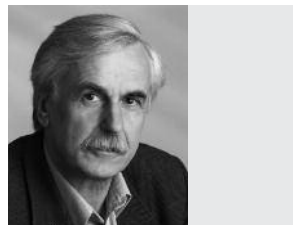


**Béa Pall**, Jg. 1965, Ausbildung zur systemischen Familientherapeutin (ÖAGG Wien; Insituit ISIS), eingetragen seit 1997, Supervisorin und Coach (ÖAGG OE), in freier Praxis tätig, Schulpsychotherapeutin an einer priv. Volksschule, Publikationstätigkeit. Berufspolitik: 1999 Moderation der Veranstaltungsreihe „Psychotherapiemethoden stellen sich vor“ in der Urania. Schriftführerin des WLP.  
[pall@psychotherapie-wlp.at](mailto:pall@psychotherapie-wlp.at)



**Gerhard Bruckner**, Dipl.-Ing. Mag.rer.soc.oec., Jg. 1978, abgeschlossene Studien Wirtschaftsinformatik, Personenzentrierter Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision. Freiberuflicher Informatiker, leidenschaftlicher Radfahrer. Berufspolitik: Delegierter des Instituts für Personenzentrierte Studien in das KFO, Gründungsmitglied Verein PiA (PsychotherapeutInnen in Ausbildung), Kassier des WLP.  
[bruckner@psychotherapie-wlp.at](mailto:bruckner@psychotherapie-wlp.at)

## Mitarbeit im Vorstand:



**Hermann Spielhofer**, Dr., Jg. 1946, Klinischer Psychologe und Klientenzentrierter Psychotherapeut. Studium der Psychologie, Philosophie und Pädagogik. Langjährige Tätigkeit in ambulanten psychiatrischen Einrichtungen und in eigener Praxis. Vorstandstätigkeit in der ÖGWG und als Finanzreferent im Präsidium des ÖBVP. Derzeit Mitarbeit im Vorstandsteam des WLP und insbesondere mit der Redaktion der WLP-News betraut.  
[hermann.spielhofer@chello.at](mailto:hermann.spielhofer@chello.at)



**Eva Lamprecht**, Mag<sup>a</sup> phil, 1963, Studium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaften/Romanistik an der Uni Wien. Langjährige Tätigkeit im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Werbung und Kulturmanagement, Kinderbuchautorin. Seit Dezember 2011 als Assistentin der Vorstandes des WLP tätig.  
[lamprecht@psychotherapie-wlp.at](mailto:lamprecht@psychotherapie-wlp.at)



## Öffnungszeiten des Büros

Montag, Donnerstag: 9–14 Uhr  
Dienstag: 12–16 Uhr  
Löwengasse 3/5/6  
1030 Wien  
T: 01 / 890 80 00-0  
F: 01 / 512 70 90-44  
E: [office@psychotherapie-wlp.at](mailto:office@psychotherapie-wlp.at)  
[www.psychotherapie-wlp.at](http://www.psychotherapie-wlp.at)

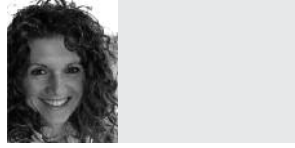


**Delegierte in das Länderforum:**

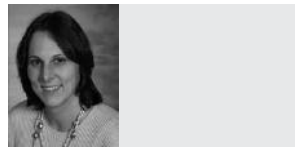
**Gerhard Delpin**, MSc, Psychoanalyse und Selbstpsychologie, langjährige Erfahrung im stationären Bereich mit SuchtpatientInnen (Psychotherapie/ Erlebnistherapie), seit Mai 2007 als Kindertherapeut in der „Child Guidance Clinic“ angestellt, in freier Praxis tätig. [gerhard.delpin@tmo.at](mailto:gerhard.delpin@tmo.at)



**Gertrud Baumgartner**, Mag.<sup>a</sup>, Jg. 1956, langjährig Psychotherapeutin in freier Praxis (Integrative Gestalttherapie). Bezirkskoordinatorin im 16. Bezirk seit über 10 Jahren. [gertrud.baumgartner@praxis1160.at](mailto:gertrud.baumgartner@praxis1160.at)



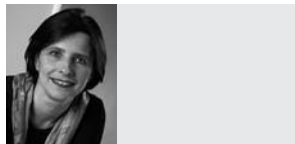
**Nina Petz**, Schauspielerin, Hypnosepsychotherapeutin, Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeutin (in Ausbildung unter Supervision) in freier Praxis [office@ninapetz.at](mailto:office@ninapetz.at)



**Irmgard Demirol**, Mag.<sup>a</sup>, Jg. 1963, Diplompädagogin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie) – traumazentrierte Therapie, Theaterpädagogin (Theater der Unterdrückten nach Augusto Boal). Als Psychotherapeutin tätig beim Verein HEMAYAT (Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende) sowie in freier Praxis seit 2006. Psychotherapie auch in türkischer, englischer und spanischer Sprache. Erfahrung und Freude an der Arbeit mit MigrantInnen sowie der Einbeziehung von Methoden aus verschiedenen Kulturen. [irmgard.demirol@web.de](mailto:irmgard.demirol@web.de)

**Rechnungsprüferinnen:**

**Ursula Duval**, Dr.<sup>in</sup>, Hypnose-Psychotherapeutin, Traumatherapeutin, TrainerInnenausbildung, ÖBVP-Aktivistin der ersten Stunde [ursula.duval@chello.at](mailto:ursula.duval@chello.at)



**Yasmin Randall**, MSc, Hypnose-Psychotherapeutin, Traumatherapeutin, Aufbau der „Mariahilfer BezirkspsychotherapeutInnen“, auch ÖBVP-Aktivistin der ersten Stunde

**Informationsstelle:**

**Gertrud Baumgartner**, Mag.<sup>a</sup>, Mitarbeiterin der WLP-Informationsstelle seit Mitte der 90er Jahre, Leiterin seit Mai 2009.

**Telefonische Beratung**

unter T: 01/ 512 71 02

Montag, Donnerstag: 14–16 Uhr

**Persönliche Beratung**

(kostenlos und unverbindlich)

Es wird um Terminvereinbarung während der tel.

Beratungszeiten ersucht.

Montag, Donnerstag: 16–17 Uhr

WLP-Büro, Löwengasse 3/5/6, 1030 Wien

**Schriftliche Anfragen** unter

[informationen@](mailto:informationen@psychotherapie-wlp.at)

[psychotherapie-wlp.at](mailto:psychotherapie-wlp.at)

**Beschwerdestelle:**

**Susanne Frei**, Dr.<sup>in</sup>, Jg. 1954, Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin für Katathym Imaginative Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogene Psychotherapie, Lehrtherapeutin, Klinische Psychologin mit Psychotherapieauftrag im SMZO-Donauspital – Psychosomatisch/Psychoonkologische Ambulanz, nebenbei in freier Praxis. Beteiligt an der interimistischen Leitung des WLP April bis Juni 2008, Mitarbeit beim Neuaufbau der Beschwerdestelle des WLP.

**Es wird um Schriftliche**

**Anfragen ersucht** unter

[beschwerden@](mailto:beschwerden@psychotherapie-wlp.at)

[psychotherapie-wlp.at](mailto:psychotherapie-wlp.at)

**Kommission „Psychotherapie in Institutionen“:**

**Gerhard Delpin**, MSc,

für das Bundesland Wien

- Vertretung der in Institutionen beschäftigten Psycho-

therapeutInnen und Psycho-

therapeutInnen in Ausbildung

- Vertretung der Psychothera-

pie in Institutionen

[institutionen@](mailto:institutionen@psychotherapie-wlp.at)

[psychotherapie-wlp.at](mailto:psychotherapie-wlp.at)

**Projekte:****„Mein Körper gehört mir“**

in Kooperation mit dem Österr. Zentrum für Kriminalprävention



**Nina Petz**, Schauspielerin, Hypnosepsychotherapeutin, Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeutin (in Ausbildung unter Supervision) in freier Praxis [office@ninapetz.at](mailto:office@ninapetz.at)



Nächste **WLP NEWS**:

Redaktionsschluss: 9. November 2014

Erscheinungstermin: 22. Dezember 2014

Erscheinungsweise 4 x jährlich

