

2.2011

Psychologie & Erziehung  
Psychologie & Education  
Psicologia & Educazione

Nr. 2/Jg. 37 - No 2/Vol. 37 - 2011

P & E

Zeitschrift der Schweizerischen Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie **SKJP** · Revue d'Association Suisse de Psychologie de l'Enfance et de l'Adolescence **ASPEA** · Rivista dell'Associazione Svizzera di Psicologia dell'Età Evolutiva **ASPEE**



Alternative Therapien

Thérapies alternatives

<b>Herausgeberin</b>	Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie SKJP
<b>Editeur</b>	Association Suisse de Psychologie de l'Enfance et de l'Adolescence ASPEA
<b>Editore</b>	Associazione Svizzera di Psicologia dell'Età Evolutiva ASPEE
<b>Geschäftsstelle</b>	SKJP / ASPEA / ASPEE, Postfach 4138, 6002 Luzern
<b>Secrétariat</b>	Tel. +41 (0) 41 420 03 03 · Fax +41 (0) 41 420 03 82
<b>Secreteriat</b>	<a href="mailto:info@skjp.ch">info@skjp.ch</a> · <a href="http://www.skjp.ch">www.skjp.ch</a> · <a href="http://www.aspee.ch">www.aspee.ch</a>
<b>Redaktion</b>	<b>Marie-Claire Frischknecht</b> , Fachpsychologin für Kinder- und Jugendpsychologie FSP, Gutenbergstr. 27c,
<b>Rédaction</b>	8640 Rapperswil SG, 055 210 52 18, <a href="mailto:mc.frischknecht@swissonline.ch">mc.frischknecht@swissonline.ch</a> (Redaktionsleitung)
<b>Redazione</b>	<b>Walo Dick</b> , Fachpsychologe für Kinder- und Jugendpsychologie FSP SPD, Bielstr. 9, 4500 Solothurn, Tel. 032 627 29 61 · <a href="mailto:walo.dick@dbk.so.ch">walo.dick@dbk.so.ch</a> <b>Philipp Ramming</b> , Fachpsychologe für Kinder- und Jugendpsychologie FSP Falkenriedweg 65, 3032 Hinterkappelen, Tel. 031 901 15 24 · <a href="mailto:philipp.ramming@dplanet.ch">philipp.ramming@dplanet.ch</a> <b>Margret Trommer</b> , Fachpsychologin für Kinder- und Jugendpsychologie FSP, SPD Opfikon-Glattbrugg, Oberhauserstr. 3, 8152 Glattbrugg, Tel. 044 829 84 80, <a href="mailto:margret.trommer@opfikon.ch">margret.trommer@opfikon.ch</a>
<b>Layout</b>	Berti Druck AG, Bildastr. 22, 8640 Rapperswil Tel. 055 220 53 53 · <a href="http://www.bertidruck.ch">www.bertidruck.ch</a>
<b>Druck</b>	Berti Druck AG, Bildastr. 22, 8640 Rapperswil, Tel. 055 220 53 53
<b>Cartoons</b>	Ernst Mattiello, Unterfeldstr. 35, 4571 Lüterkofen Tel. 032 677 30 10 · <a href="mailto:ernst@mattiello.ch">ernst@mattiello.ch</a> · <a href="http://www.mattiello.ch">www.mattiello.ch</a>
<b>Auflage</b>	1300 Ex.

**P&E** erscheint zweimal jährlich im Mai und November. Es bietet Raum für praktischen Erfahrungs- und Meinungsaustausch in der Kinder- und Jugendpsychologie, für grundsätzliche und/oder berufspolitische Reflexionen kinder- und jugendpsychologischer erziehungsberaterischer Tätigkeit sowie für fachlich wissenschaftliche Schwerpunktartikel. Beiträge werden von der Redaktion gern entgegengenommen (Redaktionsschluss 20. Februar/20. August).

**P&E** paraît deux fois par an en mai et novembre. Son but est l'échange d'informations et la communication d'expériences, de réflexions fondamentales et même d'opinions sur la profession et l'activité pratique dans le domaine de la psychologie de l'enfance et de la adolescence. Il veut offrir à ses lecteurs la possibilité de donner leurs avis sous forme quiconque; soit comme articles, lettres, etc. Toute contribution peut être envoyée à l'adresse de la rédaction. (Clôture de la rédaction: 20 février/20 août).

**P&E** appare due volte l'anno in maggio e in novembre. Ha lo scopo di permettere lo scambio d'esperienze e d'opinioni nel campo della psicologia dell'età dello sviluppo, di contribuire ad una riflessione e ad una discussione su argomenti professionali e inoltre di offrire ai propri lettori la possibilità di esprimere i propri convinimenti e le proprie idee sotto forma di articoli, lettere, ecc. Contributi possono essere inviati alla redazione. (Chiusura redazione 20 febbraio/20 agosto).

<b>Preis</b>	Einzelnummer/Prix du numéro/Numero separato	CHF 15.–
<b>Prix</b>	Jahresabonnement/Abonnement annuel/	
<b>Prezzo</b>	Abbonamento annuale	CHF 25.–

**Titelfoto:** «Jedem sein eigenes Instrument» Foto von Marie-Claire Frischknecht

**Photo de la page de titre:** «A chacun son instrument» Photo de Marie-Claire Frischknecht

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Editorial</b> // Marie-Claire Frischknecht	4
<b>Aus dem Vorstand</b> // Roland Buchli <i>Nouvelles du comité</i>	7
<hr/>	
<b>SCHWERPUNKTTHEMA: ALTERNATIVE THERAPIEN</b>	
<b>Integration komplementärer Therapieverfahren in die konventionelle psychologische bzw. ärztliche Psychotherapie von Kinder und Jugendlichen</b> // Urs Wolfangel <i>Qu'en est-il de l'intégration des procédés thérapeutiques de médecine complémentaire dans la psychologie conventionnelle et dans la psychothérapie médicale d'enfants et d'adolescents ?</i>	9
<b>Professionelle Kinesiologie in der Praxis</b> // Pia Schriber <i>Kinésiologie professionnelle dans la pratique</i>	16
<b>Tomatis</b> // Friedrich Huchting / Maja Shiftan Ziel: aufmerksam zuhören <i>Le But: obtenir une écoute attentive</i>	20
<b>Osteopathie – dem Körper helfen, sich selbst zu heilen</b> // Cornelia von Deschwanden-Windlin <i>Ostéopathie – aider le corps à guérir par ses propres moyens</i>	27
<b>ADS und Homöopathie</b> // Daniel Trachsler <i>ADS en homéopathie</i>	35
<b>Neurofeedback – ein wissenschaftlich anerkanntes Hirnwellentraining</b> // Verena Cathomen <i>Le Neurofeedback, aussi appelé Biofeedback EEG, est un entraînement des ondes cérébrales scientifiquement reconnu</i>	40
<hr/>	
<b>REZENSIONEN</b>	
<b>Rezensionen</b>	44
<hr/>	
<b>SCHULPSYCHOLOGIE</b>	
<b>Auf dem Weg zu europäischen Qualitätsstandards in der Schulpsychologie</b> // Jürg Forster <i>Les standards de l'European Federation of Psychologists Associations EFPA</i>	48
<b>Erfahrungsbericht über die ISPA-Konferenz 2011 in Indien</b> // Karin Brantschen	51
<hr/>	
<b>VERBANDSTEIL</b>	
<b>Drei Fragen an...</b> // Carla Lanini <i>Tre domande a...</i> <i>Trois questions a...</i>	54
<b>Im Gespräch mit Jürg Forster</b> // Margreth Trommer	59



Marie-Claire Frischknecht

## Editorial

### Liebe Leserinnen und Leser

Im Berufsalltag der Kinder- und Jugendpsychologie werden wir häufig mit der Tatsache konfrontiert, dass viele Eltern ihre Kinder mit verschiedensten psychischen oder somatischen Entwicklungsauffälligkeiten in so genannte «alternative» Therapien schicken. Nicht selten werden alternative Behandlungen parallel zu einer (schul)psychologischen Untersuchung und Begleitung durchgeführt. Dabei äussern Eltern vermehrt den Wunsch nach Zusammenarbeit der ungleichen Helfer.

Wir Psychologen und Psychologinnen der SKJP garantieren laut Homepage FSP für «seriöse, wissenschaftlich fundierte und praktisch erprobte psychologische Dienstleistungen, sei dies in der Beratung, der Therapie, der Begutachtung oder in anderen Bereichen».

Wie gehen wir wissenschaftlich orientierten Uni-Absolventinnen und -Absolventen mit der Tatsache um, dass alternative Unterstützungs- und Behandlungsformen florieren, deren Grundannahmen und Wirksamkeit einer wissenschaftlichen Überprüfung nur in seltensten Ausnahmefällen standhalten<sup>1</sup>? Wie reagieren wir auf

<sup>1</sup> Man vergleiche etwa unter [www.wikipedia.ch](http://www.wikipedia.ch) die aus wissenschaftlicher Sicht geäusserten Kritik an den Grundannahmen und der Wirksamkeit der in diesem Heft referierten alternativen Methoden.

Fragen der Eltern, auf Angebote zur Zusammenarbeit mit den alternativen Therapeutinnen und Therapeuten? Diese Fragestellung war unser Ausgangspunkt für das vorliegende Heft: Welche Stellung nehmen wir Psychologinnen und Psychologen der SKJP ein gegenüber alternativen Behandlungsmethoden wie Kinesiologie, Homöopathie, usw. und deren Vertretern?

Wir suchten einerseits Autorinnen und Autoren, welche alternative Verfahren anwenden, diese kurz vorstellen und uns ihre Erfahrungen und ihre Vorstellungen betreffend Zusammenarbeit mit uns Psychologinnen und Psychologen erörtern. Vor allem aber suchten wir Autorinnen und Autoren, welche – wie die meisten von uns praktisch tätigen Psychologinnen und Psychologen – in ihrem Berufsalltag mit alternativen Methoden konfrontiert sind und welche uns ihre Einstellungen, ihre Erfahrungen, ihr «Handling» im Umgang (oder Nicht-Umgang) mit ihnen darlegen.

Die Suche nach Autorinnen und Autoren, welche alternative Verfahren vertreten und praktizieren war ein Kinderspiel. Wir mussten uns auf eine Auswahl der gängigsten Methoden beschränken, welche unsere Klientel beansprucht und mit welchen wir direkt oder indirekt in Kontakt kommen. Die eingegangenen Beiträge beinhalten weitestgehend eine Vorstellung der Verfahren; die Schnittstelle zur (Schul)psychologie wird nur selten thematisiert – wahrscheinlich entspricht dies den realen Gegebenheiten.

An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei den Autoren und Autorinnen bedanken, die sich die Zeit genommen haben, ihr berufliches Wirkungsfeld vorzustellen.

Bei der Suche nach Autorinnen und Autoren der «Gegenseite» sind wir weitestgehend gescheitert. Wir gehen davon aus, dass dies nicht nur an der knapp bemessenen Zeit der Berufstätigen unter uns liegt, auch nicht an der mangelnden Aktualität der Thematik oder an der Möglichkeit, dass wir die falschen Personen

**Themen-Vorschau**      **P&E 1.12:** «Geschwister»

Beiträge und Empfehlungen für Autor/innen nimmt die Redaktion gerne entgegen.

um einen Beitrag angefragt haben. Wir vermuten eher, dass es sich hier um ein Tabu-Thema handelt, über welches zwar hinter hervorgehaltener Hand oder im engen Kollegenkreis gesprochen oder vielleicht auch gelächelt wird, bei welchem sich aber offiziell niemand die Finger verbrennen will, aus der Befürchtung, als wissenschaftlicher Ignorant oder aber als elitärer Akademiker abgestempelt zu werden. Dabei bestünde die zentrale Frage nicht darin, ob man (oder frau) an solche Methoden «glaubt», sondern wie wissenschaftlich ausgerichtete Psychologen und Psychologinnen mit dem «Glauben» ihrer Klientinnen und Klienten an solche Verfahren umgehen.

Gerne laden wir unsere Leser und Leserinnen dazu ein, diese Lücke nachträglich zu schliessen und uns zu Händen des nächsten P&E einen Beitrag zukommen zu lassen,

Als lobenswerte Ausnahme hat sich **Urs Wolfangel** in seinem Beitrag an diese zentrale Fragestellung gewagt. Er tut dies im Rückblick auf seine langjährige Praxistätigkeit als Kinder- und Jugendpsychiater und gelangt zum Schluss, dass die Integration von Vertretern alternativer Therapien in unserer Arbeit sinnvoll sein kann.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Für das Redaktionsteam  
Marie-Claire Frischknecht

## Editorial

### Chères lectrices, chers lecteurs

Dans la vie professionnelle quotidienne de la psychologie de l'enfance et de l'adolescence, nous nous voyons souvent confrontés au fait que de nombreux parents d'enfants présentant des particularités de développement psychiques ou somatiques les envoient suivre des thérapies dites «alternatives». Ces traitements alternatifs sont souvent administrés parallèlement à l'examen et à l'accompagnement de psychologie (scolaire). Et les parents demandent de plus en plus souvent que ces aides très différentes collaborent entre elles.

Nous, psychologues de l'ASPEA, nous garantissons, conformément à ce qui est écrit sur le site Internet de la FSP, «des prestations psychologiques sérieuses, fondées scientifiquement et éprouvées dans la pratique, que ce soit dans le conseil, la thérapie, l'expertise ou dans d'autres domaines».

Comment nous, diplômés/es d'une université d'orientation scientifique, réagissons-nous aux innombrables formes alternatives de soutien et de traitement fondées sur des hypothèses et une efficacité qui ne résistent que très exceptionnellement à un examen scientifique<sup>1</sup>? Comment réagissons-nous aux questions des parents, et aux offres de collaboration avec des thérapeutes alternatives/alternatifs? Le motif initial du présent numéro de P&E était en fait la question suivante: «Quelle est notre attitude, de nous psychologues de l'ASPEA, face aux méthodes de traitement alternatives telles que la kinésiologie ou l'homéopathie, usw., et à leurs représentants?»

<sup>1</sup> On trouvera sous [www.wikipedia.ch](http://www.wikipedia.ch) la critique, exprimée d'un point de vue scientifique, des hypothèses fondamentales et de l'efficacité des méthodes alternatives évoquées dans ce numéro de P&E.

**Thèmes des prochaines éditions**    **P&E 1.12:** «Frère et soeur»

La rédaction accueille avec plaisir toutes contributions et recommandations à l'adresse des auteur/es.

Nous avons recherché pour commencer des auteurs, dames et messieurs, qui utilisent des méthodes alternatives, leur demandant de nous les présenter brièvement et de nous décrire leurs expériences, puis leurs représentations concernant une collaboration avec nous, psychologues. Mais surtout, nous avons recherché des auteurs confrontés/es dans leur travail professionnel quotidien – tout comme la plupart d’entre nous psychologues engagés dans la pratique – à des méthodes alternatives. Nous leur avons demandé quelles avaient été leurs expériences, quel était leur avis, leurs réactions (ou non-réactions) face à ces requêtes.

La recherche d’auteurs préconisant et utilisant des méthodes alternatives n’a présenté aucune difficulté. Dans notre sélection, nous avons dû nous limiter aux méthodes les plus courantes parmi notre clientèle, et avec lesquelles nous pouvions entrer le plus facilement en contact, directement ou indirectement. Les articles reçus contiennent généralement une brève description de la méthode; l’interface avec la psychologie (scolaire) n’est abordée que rarement – ce qui correspond probablement à la réalité.

Nous tenons à remercier chaleureusement ici les auteurs, dames et messieurs, qui ont pris le temps de décrire leur champ d’activité professionnel.

La recherche d’auteurs /auteurs du «camp adverse» a largement échoué. Nous pensons que cela ne tient pas uniquement au manque de temps des professionnels parmi nous, pas non plus au défaut d’actualité de cette thématique, pas davantage à la possibilité que nous nous soyons adressés à des personnes inadéquates pour leur demander un article. Non, il est probable qu’il s’agit ici d’un thème tabou dont on ne parle qu’en toute discrétion dans le cercle de ses collègues, en ricanant peut-être, et évitant toujours de se brûler officiellement les doigts – par crainte de paraître scientifiquement ignorant ou au contraire de se voir traiter d’universitaire élitaire. Or le propos n’était pas ici de savoir si on «croit» à de telles méthodes, mais d’apprendre comment des psychologues d’orientation scientifique se comportent face à des clientes et clients qui «croient» quant à eux à ces méthodes.

Nous invitons aimablement nos lectrices et lecteurs à combler après-coup cette lacune et à nous envoyer un article à ce sujet pour le prochain P&E.

Une exception louable nous a toutefois été offerte par **Urs Wolfangel**, qui s’est risqué, dans son article, à répondre à notre question centrale. Il l’a fait dans le cadre d’une rétrospective de son activité pratique de longues années de psychiatre d’enfants et d’adolescents. Il parvient à la conclusion que l’association de représentants de méthodes alternatives à notre travail peut être judicieuse.

Bonne lecture!

Pour l’équipe de rédaction  
Marie-Claire Frischknecht



**Roland Buchli**  
**Präsident SKJP**  
**Président de l'ASPEA**

## Aus dem SKJP Vorstand

### Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychotherapie innerhalb der SKJP am 20.09.2011:

Die SKJP versteht sich als Fachverband für die ganze Palette der Kinder- und Jugendpsychologie. Obschon über die Hälfte der Mitglieder im Schulbereich tätig sind, will die SKJP auch für Psychologinnen und Psychologen aus anderen Tätigkeitsfeldern attraktiv sein (Psychotherapie, Heimpfychologie, private Praxen usw.). In einem ersten Schritt sollen die Bedürfnisse der Fachkräfte für Psychotherapie geklärt und Möglichkeiten der Vernetzung und des Austausches geprüft werden. Auskunft: Geschäftsstelle SKJP in Luzern.

### Uni und FH unter einem Verbandsdach

Fachhochschulabsolventen/-innen mit einem Master in Psychologie werden in der FSP gemäss PsyG den universitären Psychologinnen und Psychologen gleichgestellt. PGW-SKJP Jahreskolloquien 2011/2012 Fachtitel «Fachpsychologe/in für Kinder- und Jugendpsychologie FSP». Im Rahmen der PGW der SKJP findet am 28. Oktober 2011 **das zweite Kolloquium 2011** statt, das allerdings bereits **ausgebucht** ist. Für das Jahr 2012 sind weitere zwei Kolloquien geplant. Die Geschäftsstelle führt eine Warteliste. Personen auf der Warteliste werden vor der öffentlichen Publikation der Ausschreibung informiert.

### Nachlese zum Besuch der russischen Kolleginnen bei der SKJP

Ein goldgerahmter «Letter of Appreciation» ziert neu die Geschäftsstelle der SKJP. Mit herzlichen Worten bedanken sich die russischen Kolleginnen für den Besuch in der Schweiz und freuen sich auf eine weitere

Zusammenarbeit: «This Letter of Appreciation is issued with compliments to the Swiss Association of Teenage and Youth Psychology (SKJP) for the cooperation in the professional sphere and for the warm hospitality they extended to the Russian delegation of educators and teachers of psychology and school psychologists. We hope to continue this fruitful cooperation for many years to come.» Unterzeichnet vom Director der Samara Branch of Moscow City Pedagogical University, **Dr. Prof. G. E. Kozolovskaya**. Auch die SKJP freut sich auf einen weiteren befruchtenden Austausch. Bilder zum Besuch in der Schweiz sind im Internet unter dem folgenden Link zu finden: Russian School Psychologists in Switzerland (April, 2011)

### SKJP Mitgliederversammlung 2011 in Zürich

Zur 42. ordentlichen MV konnte der Präsident **Roland Buchli** um die 80 Mitglieder, darunter eine erfreuliche Zahl von Neu- und Jungmitgliedern, begrüßen. **Urs Meier** vom Volksschulamt des Kantons Zürich überbrachte die Grüsse der Bildungsdirektorin **Regine Aepli**. **Fabienne Vocat**, Leiterin des Projekts «Kantonalisierung der Schulpsychologie im Kanton Zürich» stellte die Intensionen und Zielrichtungen des Projekts vor. Der Geschäftsführer **Josef Stamm** informierte über einen erneuten Zuwachs der Mitglieder auf insgesamt 732. Vizepräsident **Jürg Forster** übernimmt für die nächsten zwei Jahre das Präsidium der ISPA (International School Psychology Association) und scheidet deshalb aus dem Vorstand aus. Für eine weitere Amtsdauer wurden **Patricia Marti** und **Simon Walther** bestätigt. Neue Mitglieder im Vorstand: **Esther Mohajeri-Portmann**, **Sibyl Kamm**, **Philipp Ramming** und **Josef Stamm**. Rechnung, Budget und Finanzplan wurden diskussionslos genehmigt – bei gleichbleibendem Mitgliederbeitrag. Ein interessanter Rundgang durch das Landesmuseum und ein Apéro rundeten den gelungenen Anlass ab. Anschliessend trafen sich noch rund 40 Nimmermüde zu einem Abendbrot und zur Pflege der Beziehungen im Zunfthaus zur Haue.

Fragen? Die Geschäftsstelle gibt Auskunft unter [skjp.ch](http://skjp.ch), [info@skjp.ch](mailto:info@skjp.ch) oder 041 420 03 03.

Roland Buchli  
 Präsident SKJP

# Nouvelles du comité de l'ASPEA

## Mise en réseau de la psychologie de l'enfance et de l'adolescence au sein de l'ASPEA – 20.09.2011:

L'ASPEA se conçoit comme une association spécialisée couvrant tout l'éventail de la psychologie de l'enfance et de l'adolescence. Même si la moitié des membres travaillent dans le domaine scolaire, l'ASPEA se veut également attrayante pour les psychologues, dames et messieurs, engagés dans d'autres champs d'activité (psychothérapie, psychologie en institution, cabinets privés, etc.). Il s'agit dans un premier temps de clarifier les besoins des spécialistes de la psychothérapie et les possibilités de mise en réseau et d'échange. Information: Secrétariat ASPEA, Lucerne.

## Université et Haute école dans une même association

La FSP, en conformité avec la LPsy, place à égalité les diplômés/es de Haute école avec master en psychologie et les psychologues universitaires.

## Colloques annuels CFP-ASPEA 2011/2012, titre spécialisé de «Psychologue spécialiste en psychologie de l'enfance et de l'adolescence FSP»

Dans le cadre CFP ASPEA aura lieu le 28 octobre 2011 **le deuxième Colloque 2011**, qui affiche toutefois déjà **complet**. Deux autres colloques sont prévus pour 2012. Le Secrétariat tient une liste d'attente. Les personnes qui y figurent seront informées avant la publication des annonces.

## Echos de la visite des collègues russes à l'ASPEA

Une «Letter of Appreciation» à cadre doré orne depuis peu la paroi du Secrétariat de l'ASPEA. Nos collègues russes remercient chaleureusement de leur visite en Suisse et se réjouissent de poursuivre notre collaboration.: «This Letter of Appreciation is issued with compliments to the Swiss Association of Teenage and Youth Psychology (ASPEA) for the cooperation in the professional sphere and for the warm hospitality they extended to the Russian delegation of educators and teachers of psychology and school psychologists. We

hope to continue this fruitful cooperation for many years to come.» Signé par la directrice de la Samara Branch of Moscow City Pedagogical University, **Dr. prof. G. E. Kozolovskaya**. L'ASPEA se réjouit elle aussi de poursuivre ces échanges fructueux. Des photographies de la visite en Suisse figurent dans l'Internet sous: Russian School Psychologists in Switzerland (avril 2011).

## Assemblée générale de l'ASPEA 2011 à Zurich

A la 42<sup>ème</sup> assemblée générale, le président **Roland Buchli** a pu saluer la présence de 80 participantes et participants, dont un nombre réjouissant de nouveaux et de jeunes membres. **Urs Meier**, du Service des écoles (Volksschulamt) du canton de Zurich, a transmis à l'assemblée les salutations de **Regine Aepli**, directrice du Département de l'Instruction publique. **Fabienne Vocat**, responsable du projet «Kantonalisierung der Schulpsychologie im Kanton Zürich», a décrit les intentions et objectifs du projet.

**Josef Stamm**, secrétaire général, a annoncé une nouvelle augmentation du nombre de membres à 732 au total. **Jürg Forster**, vice-président, reprend pour ces deux prochaines années la présidence de l'ISPA (International School Psychology Association) et quitte de ce fait le Comité. **Patricia Marti** et **Simon Walther** sont confirmés pour une nouvelle période de fonction. Nouveaux membres du Comité: **Esther Mohajeri-Portmann**, **Sibyl Kamm**, **Philipp Ramming** et **Josef Stamm**. Les comptes, le budget et le plan financier sont adoptés sans discussion – avec maintien de la cotisation de membre au même niveau.

Une intéressante visite guidée du Musée national et un apéritif ont complété cette assemblée réussie. Puis quelque 40 infatigables se sont retrouvés pour savourer un souper en compagnie, et saisir l'occasion d'entretenir les contacts, à la maison de corporation «Zunftthaus zur Haue».

Pour toutes questions, le Secrétariat est à votre disposition sous [www.skjp.ch](http://www.skjp.ch), [info@skjp.ch](mailto:info@skjp.ch) ou au numéro de tél. 041 420 03 03.

Roland Buchli  
Président de l'ASPEA



Urs Wolfangel

## Integration komplementärmedizinischer Therapieverfahren in die konventionelle psychologische bzw. ärztliche Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen?

Persönliche Erfahrungen, Feststellungen zum aktuellen Stand, Argumente, die für eine vermehrte Integration sprechen und Vorschläge für eine nachhaltige Veränderung.

**Rückblick auf 12 Jahre ärztliche Praxiserfahrung. Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen meiner Praxis wurden vor, nach oder sogar während den Konsultationen bei mir auch komplementärmedizinisch behandelt. Mit Erstaunen wird festgestellt, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit mehrheitlich auf schulmedizinisch basierte Fachpersonen mit schulmedizinisch und naturwissenschaftlich akzeptierten Therapiemethoden beschränkt und der fachliche und klientenzentrierte Austausch mit komplementärmedizinischen tätigen Fachpersonen generell viel seltener stattgefunden hatte.**

**Ursachen dieses selektiven Verhaltens werden besprochen und die Frage aufgeworfen, ob sich das Unterlassen des Informationsaustausches**

**nicht negativ auf den Heilungsprozess unserer Klienten auswirken könnte. Argumente für vermehrte Integration der Komplementärmedizin in unsere praktische Arbeit werden besprochen und Ideen gesammelt, wie dieser brückenschlagende Dialog bis hin zur Integration und zu einer intensiveren Zusammenarbeit gefördert werden könnte.**

**Qu'en est-il de l'intégration des procédés thérapeutiques de médecine complémentaire dans la psychologie conventionnelle et dans la psychothérapie médicale d'enfants et d'adolescents?**

*Expériences, constatations personnelles sur la situation actuelle, arguments favorables à une plus forte intégration, propositions pour un changement durable.*

*Rétrospective de 12 ans d'expérience pratique. La moitié environ des enfants et adolescents reçus à mon cabinet ont été traités par mes soins – avant, après et même pendant les consultations – avec le recours à des procédés de médecine complémentaire. On constate avec étonnement que la collaboration interdisciplinaire se limite généralement au cercle des médecins de la médecine officielle qui recourent exclusivement à des méthodes thérapeutiques conventionnelles reconnues par la médecine d'école et les sciences naturelles, alors qu'un échange centré sur le client avec des spécialistes de la médecine complémentaire est généralement beaucoup plus rare.*

*Les causes de ce comportement sélectif sont discutées et la question soulevée de savoir si l'absence d'échange d'information ne pourrait pas se répercuter négativement sur le processus de guérison de nos clients. Des arguments en faveur d'une intégration accrue de la médecine complémentaire dans notre travail pratique sont discutés et des idées collectées sur la manière dont on pourrait favoriser le dialogue, construire des ponts, promouvoir l'intégration, intensifier la collaboration.*

### 1. Definition

Die komplementär- bzw. alternativmedizinischen Heilmethoden und Diagnoseverfahren stehen den traditionellen, schulmedizinischen und naturwissenschaft-

lichen Heilmethoden, wie sie an Universitäten und Fachhochschulen gelehrt werden, gegenüber.

Die WHO (12.09.2009)(1) definiert die Komplementär- und Alternativmedizin (CAM = complementary and alternative medicine) wie folgt: Die Begriffe Komplementärmedizin und Alternativmedizin umfassen ein breites Spektrum von Heilmethoden, die nicht Teil der Tradition des jeweiligen Landes sind und nicht in das dominante Gesundheitssystem integriert sind. Die komplementären Therapieverfahren werden von Ärzten und Heilpraktikern durchgeführt (ärztliche und nicht ärztliche Komplementärmedizin).

In der Schweiz sind ca. 200 verschiedene alternative Therapieverfahren bekannt. Eine ausführliche Übersicht die Therapeuten mit EMR-Label und die Therapieverfahren gibt der Erfahrungsmedizinische Index Schweiz (emindex.ch) (2).

## 2. Die wichtigsten Therapieverfahren

Die in der Schweiz am häufigsten in Anspruch genommenen komplementärmedizinischen Verfahren sind: Klassische Homöopathie (6,7 %), Phytotherapie (2,9 %), Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) (1,7 %), Anthroposophische Medizin (1,1 %) und die Neuraltherapie (0,6 %).

Die Prozentzahlen beziehen sich auf Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (1997 und 2002) und beziffern die Häufigkeit bezogen auf das Total aller ärztlichen Behandlungen (100 %) mit der die erwähnten ärztlich durchgeführten, komplementärmedizinischen Therapieverfahren von Personen über 15 Jahre in Anspruch genommen wurden (Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 und 2002) (3). Die von nicht ärztlichen komplementärmedizinischen Therapeuten durchgeführten Therapien sind hier nicht miterfasst.

Weitere alternative bzw. komplementäre Therapieverfahren, die sich nicht unter die oben erwähnten einordnen lassen und die meiner Erfahrung nach für Kinder, die später auch psychotherapeutisch behandelt werden mussten, häufig in Anspruch genommen wurden, sind: Kinesiologie (Brain Gym), Craniosacral Therapie, Osteopathie, und Tomatis Therapie. Das Neurofeedback, das v. a. zur Behandlung bei Kindern mit ADS bzw. ADHS (Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung) eingesetzt wird, stellt insofern eine Ausnahme dar, als es auf schulmedizinisch anerkannten hirnpfysiologischen

Kenntnissen basiert (Hirnstrommuster). Dabei handelt es sich um eine Spezialrichtung des Biofeedbacks. In einem Lernprozess (operantes Konditionieren) wird die Selbstregulation des Hirnstrommusters trainiert.

## 3. Vorbemerkung

Beim vorliegenden Artikel handelt es sich um einen Erfahrungsbericht, der die praktische Arbeit in einer kinderpsychiatrischen also ärztlichen Einzelpraxis, wie sie im Rückblick auf die 12 Jahre Praxistätigkeit in Erinnerung geblieben sind, zusammenfasst. Da keinerlei Daten erfasst wurden, besteht kein Anspruch auf Allgemeingültigkeit.

## 4. Rückblick auf meine kinderpsychiatrische Arbeit mit Fokus auf Einbezug und Integration von komplementärmedizinischen Therapieverfahren.

**Die Praxis:** Während 12 Jahren arbeitete ich in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einzelpraxis in einer zürcherischen Landgemeinde, wo ich vormals schon eine hausärztliche Allgemeinpraxis geführt hatte. Eine Kinderpsychologin arbeitete während ca. 8 Jahren teils selbständig, teils delegiert mit. Damit ergab sich die Möglichkeit zu häufigem informellem Austausch und zu regelmässigen intervisorischen Besprechungen.

Arbeitsschwerpunkt bildeten Psycho- bzw. Spieltherapien und Abklärungen von Kindern und Jugendlichen. In kleinerem Umfang kamen Eltern- und Familienberatungen dazu. Ein grosses Anliegen war stets, die Arbeit aus der Einzelpraxis heraus systemisch zu orientieren. Dadurch ergaben sich viele Kontakte und Gespräche mit den Familien der Kinder und zusätzlich mit den weiteren wichtigen Bezugspersonen wie Lehrer, Schulpsychologen, Heilpädagogen, Logopäden, Psychomotoriktherapeuten, und Ergotherapeuten.

**Die komplementär behandelten Kinder in meiner Praxis:** Entwickeln sich für Kinder Konflikte und Probleme, ist die Konsultation beim Psychiater meist nicht die erste Massnahme, die Eltern einleiten. Das Aufsuchen des Psychiaters ist für Eltern mit der Überwindung einer hohen Schwelle verbunden und erfolgt erst bei grösserem Leidensdruck und möglicherweise erst nach zu geringer Wirksamkeit anderer Therapien. Meiner Einschätzung nach besteht auch für die psychologische psychotherapeutische Praxis im Vergleich

mit den komplementären Therapien eine erhöhte Eintrittsschwelle, allerdings deutlich niedriger als für die Psychiatrie. Ich schätze den Anteil der Eltern, die für ihre Kinder zur Behandlung einer längerdauernden und therapiebedürftigen Störung zuerst «niederschwelligere» Therapieangebote in Anspruch nahmen auf grösser als die Hälfte aller Abklärungen und Therapien in meiner Praxis. Dabei handelte es sich oft um die bereits erwähnten komplementärmedizinischen, aber auf Kinder spezialisierten Fachrichtungen wie klassische Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin und weitere, meist nicht durch Ärzte durchgeführte Therapieverfahren wie Kinesiologie, Tomatis Therapie, Bioresonanz basierte Therapien, Osteopathie, und Craniosacral Therapie. Leider konnte ich keine Studie finden, die Daten zur Häufigkeit dieser nichtärztlichen komplementären Kindertherapien liefern würde.

Für die Wahl der Therapierichtung waren mündliche Empfehlungen anderer Eltern, Lehrpersonen und anderer wichtigen Bezugspersonen, persönliche Präferenzen und selbstverständlich auch das lokale Therapieangebot ausschlaggebend. Immer häufiger wurde auch das Internet zur Information genutzt. Ich nehme an, dass bei Konsultation bei mir nicht alle Eltern erwähnt haben, dass ihr Kind bereits in einer Behandlung gestanden hatte. Ich vermute auch, dass, selbst wenn ich speziell nachgefragt hatte, verschiedene Eltern nicht wahrheitsgetreu geantwortet haben. Warum diese Informationsblockade? Offenbar wissen viele Eltern aus der Tagespresse, einschlägigen Zeitschriften, aus Berichten über Diskussionen im Parlament, und den Abstimmungskampagnen um den mehrheitlich tiefen Graben zwischen Schulmedizin und Komplementärmedizin und gehen davon aus, dass die Ärzte, die schulmedizinische Therapien anbieten generell negativ über komplementärmedizinische Therapien denken und diese deshalb ablehnen oder sogar irritiert reagieren könnten.

**Wie habe ich die Komplementärmedizin in meine Praxisarbeit einbezogen?:** Wenn ich während meiner Praxistätigkeit betreffend meiner Selbsteinschätzung befragt worden wäre, hätte ich mich nicht zuletzt auch aufgrund der besuchten Einführungskurse in komplementärmedizinischen Therapieverfahren sowie der Tatsache, dass ich mich selbst schon komplementärmedizinisch behandeln liess, ohne zu zögern

als aufgeschlossenen, toleranten und von Vorurteilen freien ärztlichen Therapeuten bezeichnet. Rückblickend musste ich nun aber mit grossem Erstaunen und etwas Enttäuschung feststellen, wie unterschiedlich ich den Kontakt mit Therapeutinnen und Therapeuten der schulmedizinisch – wissenschaftlichen im Vergleich mit den komplementärmedizinischen Fachrichtungen gehandhabt habe – offenbar ganz automatisiert und unreflektiert. Einerseits besprach ich mich an Standortgesprächen regelmässig und ganz selbstverständlich mit Schulpsychologen, Psychologinnen (teilweise auch delegierte Psychotherapie) und Ergotherapeutinnen. Bei Einbezug der Schule kamen noch die Lehrer, die Therapeuten der Psychomotorik und Logopädie sowie die schulischen Heilpädagogen hinzu. Andererseits wurden komplementärmedizinische Fachpersonen, die dasselbe Kind behandelt hatten, nur selten und ohne Zeitdauer und Intensität der Therapie zu berücksichtigen, zu Standortgesprächen eingeladen. Auch die Tatsache, dass die Therapeuten, soweit ich es beurteilen konnte, in ihrem Fach gut ausgebildet waren, grosse Berufserfahrung sowie Menschenkenntnis besaßen und deshalb mit Sicherheit wesentliche Erkenntnisse zum Nutzen der Patienten hätten einbringen können, änderte an dieser einseitigen Einladungspraxis nichts. Wurden diese doch eingeladen, erfolgte die Einladung mit wenigen Ausnahmen auf ausdrücklichen Wunsch der Eltern oder Lehrer. Mein direkter Kontakt mit den komplementärmedizinischen Therapeuten beschränkte sich in der Regel auf kurze telefonische Besprechungen. Mehrheitlich ging es dabei um Absprachen zwecks Antragstellung auf Finanzierung durch eine Zusatzversicherung. Des Weiteren bemerkte ich, dass sich diese einseitige Gewichtung des Informationsaustausches nicht nur auf den direkten, sondern auch auf die indirekte Informationsbeschaffung bezüglich komplementärmedizinischer Therapien negativ ausgewirkt hatte. So habe ich mich z. B. in der Anamneseerhebung auffallend oberflächlich und nur knapp über die komplementären Abklärungen, Therapien, Diagnostik, und Probleminterpretationen informiert. Im Gegensatz dazu informierte ich mich viel intensiver, wenn die vorgängige Abklärung oder Behandlung von schulmedizinische Kollegen durchgeführt worden waren. Da ich mich bisher ganz einseitig auf die Darstellung meines eigenen Verhaltens beschränkt habe, könnte

der Eindruck entstehen, dass sich nur die Vertreter der Schulmedizin und der naturwissenschaftlich basierten Therapierichtungen, wie sie an Universitäten und Fachhochschulen gelehrt werden, von der Komplementärmedizin abgrenzen, weil sie dazu tendieren, ihr «Lehrgebäude» allein für fundiert und effizient zu halten. Dies ist aber keineswegs der Fall! Auch ein grosser Anteil der komplementärmedizinischen Lehrmeinungen beansprucht dasselbe für sich, so dass deren Vertreter sich ebenso klar von anderen Fachrichtungen insbesondere von der Schulmedizin abgrenzen.

### **5. Könnte die vermehrte Integration von komplementärmedizinischen Therapierichtungen nicht positive Auswirkungen auf den Heilungsprozess unserer Klienten und Patienten haben?**

Ich möchte drei ganz praxisbezogene Gründe anführen, die für eine vermehrte Kooperation und Integration sprechen.

**Erfahrungen und Erkenntnisse werden nicht ausgetauscht:** Jeder Therapeut, von welcher der verschiedenen Fachrichtung auch immer, hat sich Kenntnisse über das Kind und seine Familie erworben, die an später behandelnde Therapeuten und Lehrer weitergeleitet, der Therapie und dem Heilungsprozess mit Sicherheit förderlich sind. Wenn wir nun aufgrund des dogmatisch gefärbten Konfliktes zwischen den Lehrmeinungen diese Kenntnisse nicht einfliessen lassen, nutzen wir für den Patienten wichtige Ressourcen nicht. Eine Abschotung würde dann also keinesfalls im Interesse unserer Patienten liegen. Dasselbe gilt natürlich auch für die Blockierung des Informationsflusses in entgegengesetzter Richtung, also vom schul- zum komplementärmedizinischen Therapeuten. Auch der schulmedizinische Therapeut könnte durch Einbringen von Information die Therapie beim Komplementärtherapeuten unterstützen. Man könnte also argumentieren, dass eine vermehrte Integration und Zusammenarbeit im Interesse unserer Patienten bzw. Klienten liegt.

**Das Kind im Loyalitätskonflikt:** Wir wissen, dass Kinder sehr sensibel auf Loyalitätskonflikte reagieren und ihre Entwicklung dadurch ernsthaft beeinträchtigt werden kann. Sogar für geheim gehaltene Konflikte

zwischen Erwachsenen haben bereits jüngere Kinder ein gut entwickeltes Sensorium, so dass sie zwischen Erwachsenen auch dann Meinungsverschiedenheiten erfassen, wenn diese nie angesprochen werden. Auf die Kinderpsychotherapie und Komplementärtherapien übertragen, bedeutet dies, dass Kinder grossen Belastungen ausgesetzt werden, wenn z. B. Eltern verlangen, dass sie nichts über die komplementären Therapien sagen dürfen, weil «das der Doktor nicht gut findet...» ...oder auch hier in entgegengesetzter Richtung: wenn der komplementärmedizinische Therapeut nicht wissen darf, dass ein Kind gleichzeitig vom Schulmediziner verordnete Tabletten einnimmt oder in einer psychologischen Therapie steht.

Also könnte auch hier argumentiert werden, dass durch mehr Offenheit und Kooperation zwischen den «Parteien» Belastungen vermieden und Heilungsprozesse gefördert werden können.

### **Könnte eine Kombination eines schulmedizinischen mit einem komplementärmedizinischen Therapieverfahren den Heilungsprozess fördern?**

Im Schlussbericht des Programms zur Evaluation in der Komplementärmedizin (PEK, 24.04.2005)(4) wurden die verschiedenen Therapieverfahren nach den WZW- Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) beurteilt und mit kleineren Einschränkungen positiv beurteilt. Aufgrund dieser Ergebnisse hat sich der Bundesrat 2011 (5) entschieden, die fünf Methoden der Komplementärmedizin vorerst befristet von 2012 bis 2017 wieder ins KVG bzw. die KVL (Leistungsverordnung) aufzunehmen und damit durch die Grundversicherung zu vergüten, insofern diese durch Ärzte erfolgen.

Unsere Patienten und Klienten würden also – die richtige Indikationsstellung vorausgesetzt – mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer Kombination einer schulmedizinischen Therapie mit einer komplementärmedizinischen Therapie profitieren. Der Psychotherapeut könnte also z. B. aufgrund seiner Kenntnisse zum Schluss kommen, dass parallel zur Psychotherapie eine homöopathische Therapie indiziert ist und folglich das Kind noch einem Homöopathen zuweisen. Andererseits könnte z. B. eine Kinesiologin befinden, dass bei einem Kind zusätzlich noch eine Psychotherapie angezeigt sei,

und den Beizug eines Kinderpsychologen oder Kinderpsychiaters empfehlen.

Deshalb scheint mir auch hier die Annahme berechtigt, dass unsere Patienten von der Kombination bzw. der Ergänzung der schulmedizinischen Psychotherapie mit einer komplementärmedizinischen Therapieform trotz gegensätzlicher Lehrmeinung profitieren können.

## 6. Warum ist der Brückenschlag so schwierig und womit könnte er unterstützt werden?

Nicht nur in den medizinischen Wissenschaften, sondern generell in Natur- und Geisteswissenschaften, sowie in den Religionen neigen Lehrmeinungen dazu, sich voneinander möglichst grundsätzlich zu unterscheiden und abzugrenzen – betont werden deshalb in der Regel die Unterschiede, die Gemeinsamkeiten werden eher verschwiegen. Je mehr eine Lehrmeinung für sich die Wahrheit, Absolutheit und Allgemeingültigkeit beansprucht, desto dogmatischer und ausschliessender wird sie gegenüber allen anderen. In diesem Zusammenhang schreibt Peter Spinnler im Beitrag in der Schweizerischen Ärztezeitung «Glaubensbekenntnisse: Komplementärmedizin – Wissenschaft – Schulmedizin» (6) von einem regelrechten Glaubenskrieg zwischen Anhängern verschiedener Glaubensbekenntnisse. Diese verabsolutierende Eigenschaft von Lehrmeinungen prägt auch deren Vertreter. Sie grenzen sich dementsprechend vehement ab (kein Einbezug!), bleiben unter Ihresgleichen und sind nicht bereit, ihre Grundlagen zu hinterfragen und zu diskutieren. Gleichzeitig bewirkt diese gegenseitige Abschtottung, dass man sich auch nicht über die andere Fachrichtung orientiert, so dass diese fremd bleibt. Fremdes und Unbekanntes kann in uns negative Reaktionen wie Belächeln, Schlechttreden, Aggression, Verdrängen bis hin zu totaler Ablehnung hervorrufen. Ich erlaube mir gestützt auf meine eigenen Erfahrungen die Frage, ob es sein könnte, dass sich nicht wenige Therapeuten, bewusst oder ganz unreflektiert, innerhalb dieses Reaktionsspektrums bewegen, wenn es um die Beziehung zu Therapieverfahren mit schwierig zu verstehenden und befremdend anmutenden Grundlagen geht? Eine weitere Möglichkeit wäre, mit Neugierde auf Fremdes zu reagieren. Diese Neugierde würde sich positiver auswirken, weil sie in uns den Wunsch nach Orientierung und mehr Information hervorrufen könnte. Und gerade dieser

durch Neugier motivierte Wissenserwerb über die verschiedenen Fachrichtungen ist meiner Meinung nach eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Gelingen eines Brückenschlags zwischen den schulmedizinischen und den komplementärmedizinischen Disziplinen. Für Ärzte und alle auf konventioneller wissenschaftlicher Grundlage psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen würde dies bedeuten, dass sie sich möglichst gute Kenntnisse der komplementärmedizinischen Fachrichtungen aneignen sollten. Damit wären sie dann in der Lage, auf den Beizug dieser Heilmethoden hinzuweisen, wenn eine Kombination mit diesen eine bessere Wirksamkeit und Kostenersparnis versprechen würde. Die komplementärmedizinisch tätigen Therapeuten sollten sich ihrerseits umfassende schulmedizinische Kenntnisse aneignen, damit sie die Schulmedizin mit Sicherheit immer dann beiziehen, wenn nur diese mit Wahrscheinlichkeit Heilung bringen kann (6).

Die Vorteile, die sich durch vermehrte Zusammenarbeit zwischen Schulmedizin und Komplementärmedizin ergeben, werden von Gesundheitsfachleuten mehr und mehr erkannt. Es wird nämlich postuliert, dass der medizinische Nutzen dann am grössten ist, wenn Schul- und Komplementärmedizin enger zusammenarbeiten (sogenannt Integriative Medizin, wie der Begriff in der Schrift des Initiativkomitees «Ja zur Komplementärmedizin», 08.02.2007 (7) definiert wird. In verschiedenen Ländern wurden bereits dementsprechende integrierte Programme und Studien eingeleitet.

Im Bereich Forschung und Lehre sind bereits in der Schweiz bereits an zwei Universitäten und Universitätsspitalern Lehrstühle bzw. Institute eingerichtet worden. Zum einen die Kollegiale Instanz für Komplementärmedizin (KIKOM) an der Uni Bern bzw. im Inselspital Bern (8), zum andern an der Uni Zürich der Lehrstuhl für Naturheilkunde und das entsprechende Institut im Universitätsspital Zürich (9). Ob auch an einer Psychologischen Fakultät die Komplementärmedizin in eine Vorlesung einbezogen wird, konnte ich den Vorlesungsverzeichnissen nicht entnehmen. Des Weiteren informiert das Bulletin Nr. 11 des Dachverbandes Komplementärmedizin (10), dass der Bundesrat der Forderung nach mehr Forschung und Lehre nachkommen will und beabsichtigt, die Komplementärmedizin ins Studium von Ärzten, Zahnärzten und Apotheker zu integrieren und dies in die Revision des Medizinalbe-

rufegesetzes (aktuell bereits in der Vernehmlassung) aufzunehmen.

### **Was können wir kinderpsychotherapeutisch tätigen Psychologen und Ärzte unternehmen, um Dialog, Brückenschlag und engere Zusammenarbeit der scheinbar so disparaten Fachrichtungen voranzutreiben?**

#### **Einige Vorschläge:**

Fordern wir doch die Organisatoren von Symposien und Weiterbildungsveranstaltungen auf, auch komplementärmedizinische Fachpersonen für Referate und Workshops beizuziehen! Laden wir doch regelmässig komplementärmedizinische Fachpersonen, – nicht nur Ärzte, sondern auch gut ausgebildete Heilpraktiker! – in unsere Interventions- und Supervisionsgruppen ein! Warum diese nicht auch in regelmässigen Abständen in unsere Qualitätszirkel einladen und sie bitten, zu bestimmten Themen zu referieren? Und laden wir sie doch regelmässig zu Standortgesprächen ein, wenn sie das betreffende Kind bereits kennen und über ihre Erfahrungen und Befunde berichten können!

Ein gutes Omen wäre es, wenn dann die komplementärmedizinischen Fachleute ihrerseits die konventionell arbeitenden, wissenschaftlich ausgebildeten Therapeuten und Schulmediziner zu ihren internen Veranstaltungen einladen würden!

Es ist mir bewusst, dass diese Veränderungen Zeit brauchen, dass sie schwierig einzuführen sind und man gegen Widerstände sowie vorgefasste Meinungen und alte Gewohnheiten ankämpfen muss. Warum nicht damit beginnen? Denn nur schon gedanklich vollzogen, machen solche Veränderungen doch neugierig und klingen interessant, oder nicht?

#### **Literatur**

- WHO, stand 12.09.2009. Online unter: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en>
- EMIndex. Online unter: [http://emindex.ch/\\_d/methoden.las](http://emindex.ch/_d/methoden.las)
- Crivelli L., Ferrari D., Limoni C. 03.09.2004. Inanspruchnahme von 5 Therapien der Komplementärmedizin in der Schweiz. Statistische Auswertung auf der Basis der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 und 2002.
- PEK Schlussbericht 24.04.2005 EDI, BAG online unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04102/index.html?lang=de>

- Medieninformationen 2011 EDI, BAG 21.06.2011 <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msgid=39720>
- Spinnler P. Schweizerische Ärztezeitung/2010;91:11. S. 462–465
- Initiativkomitee «Ja zur Komplementärmedizin», Bern, 08.02.2007.
- S. 6 online unter: <http://www.parlament.ch/d/dokumentation/dossiers/dossiersarchiv/Komplementaer/Documents/do-komplementaer-jzk-2007>
- KIKOM Uni Bern. online unter: <http://www.kikom.unibe.ch>
- Lehrstuhl für Naturheilkunde Uni Zürich.  
online unter: <http://www.naturheilkunde.usz.ch/Seiten/default.aspx>
- Dachverband Komplementärmedizin, Bulletin Nr.11, Mai/Juni 2010, S. 1 online unter: [http://www.dakomed.ch/fileadmin/user\\_upload/download/Dakomed\\_Bulletin\\_11.pdf](http://www.dakomed.ch/fileadmin/user_upload/download/Dakomed_Bulletin_11.pdf)

#### **Autor**

Urs Wolfangel

Dr. med., Spezialarzt FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

(seit 2008 pensioniert)

Wetzikerstrasse 10B

8335 Hittnau

[urs.wolfangel@bluewin.ch](mailto:urs.wolfangel@bluewin.ch)



MATTIELLO



Pia Schriber

## Professionelle Kinesiologie in der Praxis

**In die kinesiologische Praxis kommen Menschen mit körperlichen, emotionalen oder mentalen Blockierungen, die durch methodenspezifische Stresslösungstechniken ganzheitlich angegangen werden. Innerhalb der Kinesiologie gibt es verschiedene Ausrichtungen. Jeder Kinesiologe wählt seine entsprechenden Schwerpunkte. Allen Kinesiologie-Konzepten gemeinsam ist der Muskeltest als körpereigenes Rückmeldesystem.**

### ***Kinésiologie professionnelle dans la pratique***

*La kinésiologie est une synthèse d'une part d'un savoir empirique extrême-oriental emprunté à la médecine chinoise traditionnelle, d'autre part de sciences occidentales telles que la mécanique musculaire, la science de la nutrition, la recherche sur le cerveau et la psychologie. La kinésiologie se voit comme une «triade de la santé» dont les composantes seraient la structure, la biochimie et le psychisme.*

*La pratique kinésiologique s'adresse globalement aux blocages corporels, émotionnels ou mentaux et cherche à les atténuer par des techniques de résolution du stress aux méthodes spécifiques. La kinésiologie se subdivise en plusieurs branches de diverses tendances. Chaque kinésiologue choisit ses propres accents. Tous les concepts kinésiologiques imposent au corps un test musculaire en tant que système de réponse spécifique du corps.*

### **Worauf basiert diese Methode**

Kinesiologie ist eine Synthese von fernöstlichem Erfahrungswissen aus der traditionellen chinesischen Medizin und westlichen Wissenschaften wie Bewegungslehre, Ernährungswissenschaft, Gehirnforschung und Psychologie. Die Kinesiologie versteht sich als Triade der Gesundheit von Struktur, Biochemie und Psyche.

### **Ursprung der Kinesiologie**

Die Kinesiologie entstand in den 1960er Jahren in den USA. Ihr Begründer, der Chiropraktiker Prof. Dr. George Goodheart, entdeckte, dass das Stärken des Gegenspielers eines verkrampften Muskels ein sofortiges Verschwinden der Verkrampfung brachte. Diese Entdeckung führte dazu, dass nicht beim Symptom etwas verändert wird, sondern an der «schwachen» Gegenseite. Diese revolutionäre Entdeckung zieht sich durch die ganze Kinesiologie. Dr. Goodheart vermittelte die Methode, die er «Applied Kinesiology» nannte, an Ärzte und Chiropraktiker.

### **Weitere Entwicklungen in der Kinesiologie**

Seit 1965 entwickelte Dr. John F. Thie, ebenfalls Chiropraktiker, die Methode des «Touch for Health», womit einfache Anwendungen aus der Applied Kinesiology auch Laien zugänglich gemacht wurden. Zu den Kinesiologie-Konzepten der zweiten Generation zählen die Edukinesetik (Edu-K) nach Paul Dennison, die Behavioral Kinesiologie nach John Diamond, die Wellness Kinesiologie nach Wayne Topping, die Neurale Organisationstechnik nach Carl Ferreri und einige mehr. Weitere Kinesiologierichtungen entwickelten und entwickeln sich noch heute auf der Basis eines oder mehrerer dieser Konzepte.

### **Verbreitung und Anfänge der Kinesiologie in der Schweiz**

Die Kinesiologie fand international Verbreitung und Anerkennung. In der Schweiz wirkte Rosmarie Sonderegger als Pionierin und gründete 1977 das Institut für Kinesiologie in Zürich (IKZ, heute IKAMED). Dort bot sie den ersten dreijährigen Lehrgang für professionelle KinesiologInnen an. Ihr Ansatz ist integrativ und vereint klientenzentrierte Psychologie und körperaktivierende Techniken. Diese Ausrichtung bildet meine Grundlage als Kinesiologin.

## Mein beruflicher Hintergrund

Meinen ersten Beruf als Kindergärtnerin übte ich elf Jahre aus und wirkte dabei auch als Praktikumskindergärtnerin in der Ausbildung von Seminaristinnen. Bewegung und Tanz spielten in meinem Leben immer schon eine grosse Rolle und so absolvierte ich eine dreijährige Ausbildung zur Bewegungspädagogin. Damit verlagerte sich meine Arbeit in den Bewegungsbereich, wo ich an Schulen und im eigenen Tanzstudio Klassen mit Schwerpunkt «Kreativtanz» unterrichtete. Äussere Bewegung führte mich zu innerer. So kam ich zu meiner nächsten Ausbildung als Craniosacral Therapeutin. Hier spezialisierte ich mich zusätzlich in der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern. Den Weg zur Kinesiologie fand ich durch persönliche Erfahrung. Als kopflastige Person konnte ich in Gesprächen sehr gut über meine Blockierungen hinweg argumentieren. Durch das Nutzen des Muskeltests in der Kinesiologiesitzung zeigten sich dem Intellekt verborgene Informationen, welche mich zu grundlegenden neuen Erkenntnissen und Lösungen brachten. Ich war fasziniert. Daraus ergab sich für mich die dreijährige Berufsausbildung als «Integrative Kinesiologin».

## Der Muskeltest als körpereigenes Rückmeldesystem

Dieses Messinstrument ermöglicht es, alles auf der Energieebene zu überprüfen und die Veränderungen sofort sichtbar zu machen. Der in der Kinesiologie gebräuchliche Muskeltest wurde zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts von Dr. Robert W. Lovett von der Harvard Medical School entwickelt. Ursprünglich wurden diese Tests im Rahmen der Chiropraktik und Physiotherapie durchgeführt, um die Kraft einzelner Muskeln zu prüfen. Dr. Alan Beardall veränderte das Verfahren so, dass Muskeltests nun auch dazu eingesetzt werden konnten, die Reaktion des Organismus auf einen beliebigen Reiz zu testen. Dieses körpereigene Rückmeldesystem spiegelt den Zustand des energetischen Gleichgewichts und macht es erlebbar. Es gibt Hinweise auf Stress und Blockierungen im körperlichen, emotionalen und mentalen Bereich. Des Weiteren zeigt es auch, wo und in welchem Mass der/die Klient(in) für Veränderungen und Lösungen offen ist. Der Muskeltest ist immer im Kontext des Prozesses der jeweiligen Person zu sehen. In der Kinesiologie dient

der Muskeltest als Instrument zur Befunderhebung, Intervention, Evaluation und Prozessunterstützung. Er ist weder ein medizinisches Diagnose-Instrument noch ein Lügendetektor. Er ersetzt auch nicht das Fühlen, ist aber von unschätzbarem Wert für Klienten und Kinesiologen, um versteckte und unbewusste, oft weit zurückliegende Informationen sichtbar zu machen. Er führt die Klienten sehr schnell zum Kernproblem. Blockierende Glaubenssätze und Lebensleitbilder werden aufgelöst, um neu bewertet und verändert zu werden. Ich möchte betonen, dass Professionalität und Erfahrung im Umgang mit dem Muskeltesten unerlässlich sind, um aussagekräftige und brauchbare Informationen zu erhalten.

## Beispiel aus der Praxis

Eine junge Frau kommt zu mir in eine Kinesiologiesitzung mit dem konkreten Ziel, ihre Beziehungsängste zu klären. Eingangs erzählt sie mir, dass sie sich eine Beziehung wünscht, was aber leider nicht klappt. Sie möchte herausfinden, wie sie ihre Ängste lösen kann. Auf meine Frage, welche Ängste sie denn meine, nennt sie Angst vor Nähe, Bindung, Angst nicht zu genügen, nicht wert zu sein, usw. Ich schlage ihr vor, mit dem Muskeltest zu klären, um welche dieser Ängste es sich handeln könnte. Wir testen alle ihre Aussagen, aber keine einzige zeigt sich als Stress in ihrem Körpersystem. Die Klientin schaut mich sehr erstaunt an und ist etwas verwirrt – was nun? Auf meine Frage, ob sie beim Gedanken an diese Ängste eine Reaktion in ihrem Körper oder irgendein Anzeichen von Stress wahrnehme, spürt sie nach und verneint. Sie lacht und stellt fest: «Dann habe ich ja vielleicht gar keine Ängste, ich nahm einfach an, Ängste wären die einzige Erklärung für mein Problem. Das sagen auch meine Freundinnen.» Offensichtlich liegt aber die Schwierigkeit woanders. Im weiteren Gespräch stellt sich heraus, dass die Frau mit ihrem Exfreund noch zusammen wohnt. Durch diesen Umstand fällt es meiner Klientin schwer, eine neue Beziehung einzugehen. Sie nimmt immer noch Rücksicht auf die Gefühle ihres ehemaligen Partners. Erkenntnisse, die durch den Muskeltest als körpereigenes Feedbacksystem bestätigt werden, lösen nicht nur eine intellektuelle, sondern auch eine tiefe gefühlsmässige Akzeptanz aus.

## Therapieansatz und Wirkungsweise

Im Zentrum des kinesiologischen Therapieansatzes steht in jedem Fall das eigene Potenzial des Klienten. Die respektvolle Zusammenarbeit und das partnerschaftliche Erarbeiten von Zielsetzungen charakterisieren die kinesiologische Arbeit. Sie ist geprägt vom Grundgedanken, dass die angemessene Lösung und das Potenzial zur Veränderung im Klienten selbst zu finden sind. Der ganzheitliche Ansatz und die spezifische Vorgehensweise decken eine grosse Breite möglicher Zielsetzungen ab. Mit Hilfe von kinesiologischen Ausgleichstechniken aus verschiedenen Bereichen werden die Selbstregulationsprozesse unterstützt. Neue, erwünschte Körper-, Energie-, Denk- oder Verhaltensmuster stellen sich ein. Dadurch entstehen für den Klienten wieder Wahlmöglichkeiten und neue Handlungsspielräume.

## Klassische Anwendungsgebiete

Seit den Anfängen der Kinesiologie bewährten sich kinesiologische Vorgehensweisen hauptsächlich in folgenden Bereichen:

**Lernen:** Sinnesintegration, Lernfähigkeiten, Lernförderung

**Distress – Eustress:** Wahrnehmung, Wahlmöglichkeiten, Stressbewältigung

**Physio – psychische Integration:** Wahrnehmung von Körper, Emotionen, Gefühlen, Denken, Wahrnehmungsintegration, interne Kommunikation

**Störung der Selbstregulation:** Begleitung bei Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten

**Haltung und Bewegung:** Wahrnehmung, Stärken aufzeigen, Veränderungen fördern

**Soziale Kommunikation:** Wahrnehmung, Wahlmöglichkeiten, Strategien, Verhaltensänderungen

**Zusammenarbeit mit:** Ärzten, Zahnärzten, Lehrern, Physiotherapeuten, Psychiatern, Psychologen und Komplementärtherapeuten

Die kinesiologische Arbeit kann notwendige schul- und/oder alternativmedizinische Massnahmen unterstützen, sie aber nicht ersetzen. Wenn zum Beispiel eine Operation bevorsteht, kann die Kinesiologie optimal auf den Eingriff vorbereiten. Ist die Angst abgebaut und das Energiesystem gestärkt, kann der Körper die Operation leichter verarbeiten.

## Psychologen und Kinesiologen in der Zusammenarbeit

Beispiel Burnout

Eine Frau wurde von ihrem Hausarzt mit der Diagnose «Burnout» zu einem Psychologen überwiesen. Da sie gute Erfahrungen mit Kinesiologie gemacht hatte, meldete sie sich bei mir für einen Termin. Wir arbeiteten an der Stärkung und dem Ausgleich ihres Körper-, Energie- und Nervensystems. Ihr Psychologe begrüßte diese ergänzende Arbeit, denn sie ermöglichte der Klientin, die psychologische Arbeit ganzheitlich zu integrieren und effizient zu nutzen.

## Schulpsychologischer Dienst und die Kinesiologische Praxis

Die Zusammenarbeit mit dem Schulpsychologischen Dienst erweist sich immer wieder als sehr wertvoll für beide Seiten. Die Edu-Kinesiologie mit ihrem Wissen aus der Gehirnforschung bietet neue, interessante Ansätze und Techniken im Bereich Lernen. Das Lösen stressbedingter Blockierungen verbessert die Zusammenarbeit der verschiedenen Gehirnfunktionen.

## Schwerpunkte in meiner Praxis

Über viele Jahre galt mein besonderes Interesse der spezifischen Weiterbildung über Lernzusammenhänge und Gehirnfunktionen. Die Arbeit mit Kindern mit Entwicklungs- und Lernproblematiken ist ein wesentlicher Teil meiner Arbeit. Weitere Bereiche sind u. a. Beziehungsschwierigkeiten, verschiedenste Ängste und körperliche Ungleichgewichte. Altersmässig finden sich in meiner Praxis Menschen von der Geburt bis ins hohe Alter. Das macht meinen Beruf interessant und abwechslungsreich. Die Faszination Mensch in allen Facetten. Die Sitzungen sind geprägt von Wertschätzung, Transparenz und grundsätzlicher Leichtigkeit.

Die Kosten der kinesiologischen Sitzungen werden, wenn von einem anerkannten Kinesiologen durchgeführt, von den Krankenkassen durch die Zusatzversicherung übernommen.

Der Berufsverband Kinesiologie Schweiz, KineSuisse, fordert aktuell folgenden Bildungsstand:

Eine dreijährige Ausbildung mit den Voraussetzungen:

- 500 Stunden methodische Ausbildung
- 350 Stunden Ausbildung in schulmedizinischen Grundlagen  
(Anatomie, Physiologie, Pathologie, Pathophysiologie, Pharmakologie, Hygiene, Erste Hilfe, med. Anamnese und Diagnostik, Psychologie, Psychosomatik und Gesprächsführung, eidg. und kant. Gesetzgebung und Berufskunde)
- 120 Stunden praktische Anwendung
- 50 Stunden dokumentierter Eigenprozess zur Entwicklung der therapeutischen Persönlichkeit.

[www.kinesuisse.ch](http://www.kinesuisse.ch)

Verband und Krankenversicherer verlangen jährliche Weiterbildungen.

#### **Autorin**

Pia Schriber

dipl. Int. Kinesiologin

dipl. Bewegungspädagogin

Craniosacral Therapeutin

Rindermarkt 24

8001 Zürich

079 694 68 12

[schriber@gmx.ch](mailto:schriber@gmx.ch)



Friedrich Huchting



Maja Schiffan

## Ziel: aufmerksam zuhören

**Die Audio-Psycho-Phonologie nach A. Tomatis wird als wirksame Therapie zur Förderung der auditiven Wahrnehmung, der kommunikativen Kompetenz und der Aufmerksamkeit vorgestellt. Dabei wird das Horchen als kommunikative Aktivität beschrieben, die physiologischen und psychologischen Dimensionen des Horchens, erläutert. Die Grundsätze der Therapie nach A. Tomatis mit Musik und Mutterstimme werden beschrieben.**

Eine alltägliche Situation: Eine Gruppe Kinder stürmt in eine Turnhalle. Die meisten von ihnen rennen rufend und johlend durch den Raum. Man fragt sich, was die Kinder dazu treibt. Begeisterung und Bewegungslust sind augenscheinliche Motive für dieses Verhalten. Sie können es aber nicht hinreichend erklären. Was also bezwecken die Kinder?

Sie suchen Orientierung. Sie wollen und müssen den Raum erfassen, wenn sie sich darin sicher und aufgehoben fühlen wollen. Mit allen Sinnen den Raum erobern heisst auch und gerade den Raum «hören». Das Rufen, Schreien, Johlen ist eigentlich nichts anderes, als ein Echolotverfahren, wie wir es auch von anderen Lebewesen kennen. Über das Hören erfassen sie den Raum und so erweitert der Hörsinn ihr Körperschema um das Raumschema und schafft Lust, Informationen aus dem Raum aufzunehmen.

Das Ohr nimmt im Zusammenspiel der Sinne eine besondere Stellung ein. Als Gleichgewichts- und Hörorgan ist es das einzige Sinnesorgan, das zwei Sinne

miteinander vereint. In ihm fliessen körpereigene und körperferne Sinnesreize zusammen.

Mit Hilfe des Ohres sind wir in der Lage, ein vielschichtiges Raumgefühl zu entwickeln. Der Gleichgewichtssinn organisiert den Körper in der Bewegung und ermöglicht im Zusammenspiel der Sinne die Wahrnehmung von Bewegungsrichtung- und -dynamik. Der Hörsinn ermöglicht auch die Eigenwahrnehmung des Körpers. Körper eigene Geräusche werden unterhalb unserer Bewusstseinschwelle auditiv registriert und überwacht. Hörend erleben wir unsere Stimme. Wir entdecken und gestalten auf diese Weise unsere kommunikativen Ausdrucksmöglichkeiten.

### ***Le But: obtenir une écoute attentive***

***Résumé: L'article présente l'audio-psycho-phonologie selon Alfred Tomatis comme une promotion thérapeutique efficace de la perception auditive, de la compétence de communication et de l'attention. Il décrit l'écoute comme une activité de communication à laquelle sont prêtées des dimensions physiologiques et psychologiques. L'article décrit les principes de la thérapie selon A. Tomatis avec musique et voix maternelle.***

*Une situation quotidienne: Un groupe d'enfants se précipite dans la salle de gymnastique. La plu-part des enfants sillonnent le local en brailant. L'observateur peut se demander ce qui leur inspire ce comportement. Une première explication superficielle pourrait donner à penser que les enfants sont enthousiastes et ont simplement envie de bouger. Mais cette interprétation ne saurait suffire. Pourquoi les enfants font-ils ça?*

*En fait, ils cherchent à s'orienter. Ils veulent et doivent percevoir le local dans sa nature et ses dimensions pour s'y sentir en sécurité et bien intégrés. Conquérir l'espace avec tous ses sens implique notamment d'«écouter» les échos de ses propres émissions sonores. Lancer des appels, crier, brailler n'est rien d'autre qu'un procédé d'écholocalisation bien connu chez d'autres êtres vivants. Par l'écoute, ils identifient et perçoivent le local. L'ouïe élargit leur schéma corporel aux dimensions du schéma du local et crée en eux l'envie de recevoir et d'enregistrer des informations provenant du local.*

## Die wissenschaftliche Pionierarbeit von Alfred A. Tomatis

Tomatis hat in der Mitte des vorigen Jahrhunderts in Folge von Untersuchungen bestimmter Krankheitsbilder der Phonation den kybernetischen Regelkreis von Audition und Phonation entdeckt und wissenschaftlich beschrieben. Seine Erkenntnisse hat er in den drei sog. Tomatisgesetzen zusammengefasst.

- Eine Stimme enthält nur die Frequenzen, die das Ohr wahrnimmt.
- Gibt man dem beeinträchtigten Ohr die Möglichkeit, korrekt zu hören, verbessern sich augenblicklich und unbewusst Frequenzumfang und -muster der Stimme.

Auf der Basis dieser Thesen entwickelte er seine Therapie. Sein Interesse war unmittelbar praktisch. Es ging ihm damals um Verbesserungen der Phonation, vornehmlich des klanglichen Ausdrucks bei Künstlern durch eine «Hörschulung». Seine Erfahrungen fasste er in einer dritten These zusammen.

- Die über einen bestimmten Zeitraum dauernd wiederholte akustische Stimulation bringt eine endgültige Veränderung der Funktion des Gehörs.

Die Resultate seiner Therapie zeigten sich ihm sehr bald nicht allein auf auditiver und phonatorischer Ebene. Er beobachtete auch positive psychische Effekte. Insbesondere sind zu nennen: Gewinn an Lebensenergie, stabilere emotionale Verfassung, gesteigertes Selbstbewusstsein und eine Ausweitung der kommunikativen Kompetenz. Bei Kindern wie bei Erwachsenen zeigten sich Verbesserungen in Aufmerksamkeit, Konzentration und Lernfähigkeit.

Ein weiterer, zunächst überraschender Effekt zeigte sich auf körperlicher Ebene. Das Gleichgewicht, die Bewegungskoordination und die Regulation des Muskeltonus machten enorme Fortschritte.

Tomatis bezeichnete seine Methode mit dem wissenschaftlichen Begriff «Audio-Psycho-Phonologie» (APP). Mit diesem Begriff wollte er eine dynamische Wechselbeziehung beschreiben. Man könnte von einer Trialektik sprechen. Auditive, phonatorische und psychische Prozesse bedingen und beeinflussen sich gegenseitig mit dem Ziel menschlicher Begegnung und Interaktion. Im Verhältnis zwischen den drei Elementen dieses Prozesses gibt es weder eine festgelegte Hierarchie noch eine starre Reihenfolge.

Neben dieser wissenschaftlichen Leistung scheint mir ein anderer Aspekt der Arbeit von Alfred Tomatis besonders wertvoll zu sein. Tomatis hat das Verständnis vom Hören erweitert. Er hat unsere Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass das Hören ein aktiver, auf Kommunikation gerichteter Sinn sein kann. Er hat gezeigt, dass auditiv-kommunikative Kompetenzen durch seine Methode gezielt gefördert werden können und er hat auf technischer wie auf methodischer Ebene die Mittel dazu entwickelt.

Damals standen die heute bekannten und üblichen Messmethoden noch nicht zur Verfügung, und so waren die therapeutischen Effekte der von Tomatis entwickelten Hörtherapie leider experimentell nicht vollständig zu beweisen. Heute stehen mit der Ableitung otoakustischer Emissionen und anderer Untersuchungsmethoden objektive Messmethoden dieser Regelkreise zur Verfügung. Darüber hinaus hat sich die Messung von Hirnströmen, die durch akustische Stimulation hervorgerufen wurden als Möglichkeit der Untersuchung zentraler Hörverarbeitung etabliert. Auf diesem Weg kann Alfred Tomatis' zentrale Behauptung bestätigt werden, dass die Fähigkeit zu genauem und gezieltem Zuhören mit seiner Therapie, die pädagogische, physiologische und psychologische Elemente systematisch verknüpft, verbessert wird.

## Dimensionen des Hörens und Horchens

Zum besseren Verständnis der Methode sollen die verschiedenen Dimensionen des Hörens und Horchens betrachtet werden.

**1. Das primäre Hören:** «Ein Steinzeitmensch, der nicht gehört hat, wenn es hinter ihm im Busch knackt, ist vermutlich nicht unser Vorfahre.» Hören heisst zunächst einmal den Raum erfassen und sichern. Auf dieser Ebene des Hörens entwickeln wir Wachheit, Tonus, Bewegungsbereitschaft und die basale Vernetzung mit den anderen Sinnen. Gelingt es nicht, Bewegung im Raum zu erfassen, Geräusche zu identifizieren und zu lokalisieren, gelingt es nicht, unser Hören an die Umgebungsbedingungen zu adaptieren, entsteht eine tiefe Unsicherheit. Es ist eine Angst ohne Worte, die unser Selbstgefühl und unser Verhalten nachhaltig dominiert.

**2. Das soziale Hören:** «Der Ton macht die Musik.» Der Stimmklang, die Melodie unserer Sprache sind

wichtige und in unserem Leben die ersten phonatorisch auditiven Mittel, menschlichen Kontakt und Bindung zu finden. Schon pränatal (das hat A. Tomatis als erster entdeckt) ist die Stimme der Mutter das erste Kommunikations- und Bindungsangebot.

Das Neugeborene knüpft an diese Erfahrung an und findet im Stress des Überangebots an neuen Eindrücken Halt und Sicherheit am Stimmklang der Mutter. Wohlgefühl, innere Wärme, emotionale Ausgeglichenheit und das Gefühl des Eingebunden-Seins werden das ganze Leben wesentlich von der sozialen Dimension des Hörens beeinflusst.

**3. Das entwickelte Hören:** Mit der Verbesserung sensomotorischer Fähigkeiten findet das Kind zur Sprache. Das sichere Ausdifferenzieren sprachlicher Laute, die Integration sensomotorischer und emotionaler Erfahrungen zu inneren Bildern und die Verfeinerung der audiovokalen Schleife begünstigen das Entstehen kommunikativ sprachlicher Kompetenzen. Das Kind kann zu einer eigenständigen Persönlichkeit mit individuellen Wirklichkeitskonstruktionen und autonomem Verhalten heranreifen, ohne zu vereinsamen. Es findet in der Sprache mit ihren semantischen und prosodischen Aspekten eine neue, elaborierte Ebene sozialer Integration.

Das entwickelte Hören baut auf das primäre und soziale Hören auf, ersetzt beide aber nicht. Alle drei Ebenen werden im Gehirn miteinander vernetzt und genau diese integrative Fähigkeit ist wesentliches Ziel der APP nach A. Tomatis.

### Hören und Horchen im System

Hören bzw. Horchen ist ein systemischer Prozess, dessen physiologische, psychische und soziale Aspekte als Subsysteme organisiert sind.

Im physiologisch-systemischen Geschehen werden Schallschwingungen vom Ohr aufgefangen, einer Spektralanalyse unterzogen und in Nervenreize umgewandelt<sup>1</sup>. Auf einen weiteren Aspekt des Sinnesorgans Ohr hat A. Tomatis schon frühzeitig hingewiesen. Schon an der Eintrittspforte adaptiert der Mensch sein Hören an die äusseren Gegebenheiten. Die koordinierte Arbeit der Mittelohrmuskulatur gewährleistet den Schutz vor schädigender Lautstärke und die Fähigkeit, auf leiseste Informationen zu reagieren<sup>2</sup>.

Im Gehirn werden diese Nervenreize in einem komplexen, in Regelkreisen organisierten Verfahren ausgewertet und vernetzt<sup>3</sup>.

Unter funktionalen Aspekten kommt dem Wechselspiel zwischen afferenter und efferenter Reizleitung auch hier ganz besondere Bedeutung zu: «Die Hörbahn zeichnet sich durch einen besonderen Reichtum an rückläufigen Bahnverbindungen aus. Alle genannten Stationen sind durch gegenläufige Bahnen untereinander verknüpft und bilden damit auf den verschiedensten Ebenen Rückkoppelungskreise, die auf allen Ebenen eine Wirkungsgradverstellung ermöglichen.

... Die Aufgabe der zentrifugalen, efferenten Bahnen besteht vor allem in einer Regulation der Reizschwelle bei der auditiven Perzeption und einer Verstellung des Schärfbereiches durch kollaterale Hemmung einzelner Rezeptoren, so dass eine Überschwemmung des Sensoriums mit unwichtigen Detailinformationen verhindert werden kann.»<sup>4</sup>

Auf der physiologischen Ebene stärkt die APP nach A. Tomatis die Fähigkeit der Adaption, der Spektralanalyse und der Reizfilterung. Insbesondere die von ihm entwickelte Klangwippe und die Übertragung der Klänge über Luft- und Knochenleitung haben sich als sehr wirksam erwiesen.

Die psychische Ebene lässt sich von der physiologischen nicht getrennt betrachten<sup>5</sup>, stellt aber eine eigene Dimension dar. Dem Gehörten Interesse schenken, Bedeutung geben, es in das eigene Weltbild integrieren und bewerten sind psychische Leistungen, die primär von emotionalen Motiven geprägt sind. Alfred Tomatis hat schon frühzeitig darauf hingewiesen, dass horchen eine willentliche Aktivität ist.<sup>6</sup> Er konnte mit einfachen Messungen nachweisen, dass auditive Leistungen von der Bereitschaft und dem Willen, hinzuhören unmittelbar abhängen<sup>7</sup>. Er konnte auch zeigen, dass die von ihm entwickelte audio-psycho-phonologische

<sup>1</sup> s. Zenner, H.-P. (20) S. 17ff und S. 44ff

<sup>2</sup> s. Tomatis, A. (16) S. 129ff

<sup>3</sup> s. Hesse, H.-P. (5) S. 11ff, sowie Spitzer, M. (13) S. 72ff

<sup>4</sup> s. J.W. Rohen, (10) S. 264

<sup>5</sup> Zur Untrennbarkeit von Körper und Psyche siehe die hervorragende Arbeit von Antonio Damasio (3)

<sup>6</sup> s. Tomatis, A. (16) S. 10ff

<sup>7</sup> s. ebenda

Methode eine nachhaltig wirksame Förderung war für die innere Bereitschaft der Menschen, vorbehaltlos hinzuhören, sich dem «Klang des Lebens» zu öffnen.<sup>8</sup> Als psycho-somatisches oder somato-psychisches Gesehen prägt das so entwickelte Horchen die sozialen Beziehungen eines Menschen.

Dieses Wissen um die psychischo-physischen Einflüsse auf die auditiven Möglichkeiten korrespondiert mit den Vorstellungen von menschlicher Kommunikation in der systemischen Therapie: «Die Vibration des Trommelfells ist ein Signal, eine Veränderung Ihres körperlichen Zustands (ein Unterschied gegenüber dem Ruhezustand), der solange bedeutungslos bleibt, bis Sie ihm eine Bedeutung zuschreiben (etwas, das für Sie einen Unterschied macht). Ist dies der Fall, so ist Information entstanden.» F. Simon<sup>9</sup> Die Botschaft bestimmt also der Empfänger. Dieser hat, sofern er den Wunsch nach mehr Freiheit im Austausch mit anderen Menschen hegt, die Möglichkeit, mit Hilfe der APP seine körperlichen und psychischen Kompetenzen für gelingende Kommunikation zu erweitern.

### Mit Musik und Mutterstimme

«Hintergrundemotionen wie Wohlbehagen oder Unbehagen, Ruhe oder Anspannung, Lust, Motivation und Triebe bewirken den Grundton unseres Lebensgefühls. Ich habe den Eindruck, dass Musik mit diesen Hintergrundemotionen in perfekter Resonanz ist» (A. Damasio).<sup>10</sup> Nicht nur aus diesem Grund spielt die Musik für die APP nach A. Tomatis eine wichtige Rolle. Musik wird in vielen Kulturen, sowohl vergangenen als auch zeitgenössischen heilende Kraft zugesprochen. Neue wissenschaftliche Untersuchungen belegen die Wirkung von Musik auf vegetative und hormonelle Steuerungsmechanismen. Musik wird in der Medizin u. a. zur Schmerzlinderung, zur Verbesserung körpereigener Rhythmen und vegetativer Funktionen eingesetzt.

Von Anfang an bestimmen musikalische Prinzipien die zwischenmenschliche Kommunikation. Australische Studien aus den 90er Jahren belegen, dass die Laut-äusserungen neugeborener Kinder und der intuitive

Mutter-Kind-Dialog alle Kriterien von Musik erfüllen. Musik ist kommunikationsstiftend. Sie vermittelt Botschaften und begünstigt abgestimmtes bis synchrones Gruppenverhalten. Musik und Sprache werden im Gehirn in den gleichen Zentren verarbeitet.<sup>11</sup>

Wenn also in der Therapie Musik zur Stimulation verwendet wird, werden die Klienten, ohne gleich auf semantischen Inhalt eingehen zu müssen, auf die Verarbeitung sprachlicher Informationen vorbereitet. Sorgfältig ausgewählte und angenehm erlebte Musik ist eine emotionale Botschaft, die zum Hinhören einlädt. Gleichzeitig suggeriert die Musik in ihrer harmonischen und rhythmischen Regelmäßigkeit einen sicheren virtuellen Raum. In der APP wird fast ausschliesslich Musik von Mozart verwendet. Tomatis seine in verschiedenen Kulturkreisen gewonnenen Erfahrungen zusammengefasst: «Mozart stellt in uns jenes Anfangsgleichgewicht wieder her, das unseren lebendigen Körper geformt hat. Dank seiner wird das Schwingungspotential reaktiviert, neu «angekurbelt». Seine Musik ist das Paradebeispiel für das, was man gemeinhin als «universal» bezeichnet. Sie dringt bis in die archaischsten Schichten des Menschen und lässt ihn jene Zeit wiederfinden und neu beleben, als noch keine Konditionierung der Seele ihren Stempel aufgedrückt hat.»<sup>12</sup>

Die Mutterstimme ist das individuellste Mittel, die auditiven Kompetenzen zu fördern und die Lust am Horchen zu wecken, das es überhaupt gibt. Ab der 20. Schwangerschaftswoche können die Föten hören.<sup>13</sup> In dieser Zeit erwerben sie wichtige Grundlagen. Sie lernen, akustischen Vorder- und Hintergrund zu unterscheiden und Sprachlaute zu differenzieren.

<sup>11</sup> s. Kuhl, P. (8) S. 831

<sup>12</sup> s. Tomatis, A. (17) S. 201

<sup>13</sup> «Es scheint uns unabdingbar aufzuzeigen, was der Fötus im Bauch seiner Mutter hört und wie er es schafft, ihre Stimme zu entziffern in dem unwirtlichen Geräuschumfeld, das durch das Grummeln des Darms, durch Ein- und Ausatmung der Mutter und durch ihre Bewegungen ausgelöst werden und zu denen man noch die hinzufügen muss, die der Fötus selbst verursacht. Gott sei Dank stellt sich in diesem lebendigen, aktiven und dynamischen Universum eine frequentielle Selektion ein. Sie arbeitet dank der dem Innenohr eigenen Mechanismen, die die Funktion eines echten Filters erfüllen.» Tomatis, A.(15)

<sup>8</sup> s. ebenda S. 169ff

<sup>9</sup> s. Simon, Fritz B. (12) S. 76

<sup>10</sup> s. Damasio, A. (3) S. 208

«Neben dem mütterlichen Herzschlag ist die mütterliche Stimme eine der Hauptbestandteile der intrauterinen Geräuschkulisse»<sup>14</sup>. Die akustischen Grundmuster ihrer Muttersprache prägen sich tief ein in ihr Gehirn. Ihr ganzes Leben werden sie sich auf diese frühe Erfahrung beziehen können.<sup>15</sup> In der therapeutischen Umsetzung durch die APP wird durch das Hören der klanglich bearbeiteten Mutterstimme u. a. die phonologische Bewusstheit gefördert.



### Horchen lernen unter Laborbedingungen

In der APP schaffen wir für jeden Klienten und jede Klientin ein für die Therapie individuell angemessenes akustisches Milieu. Das gelingt mit der von A. Tomatis entwickelten Technik. Das von ihm entwickelte «Elektronische Ohr» ist ein Verstärkersystem, das eine an der Dynamik der Klangquelle orientierte Frequenzmodulation bewirkt. Herzstück ist die sogenannte Klangwippe. Mit dieser elektronisch gesteuerten Schaltung wird die Klangfarbe der Musik ständig verändert. Während der ruhigen Passagen klingt die Musik warm und rund, die tiefen Klanganteile werden betont. Steigt die Dynamik, werden die hohen Klanganteile verstärkt. Die Musik klingt dann klarer, differenzierter. Man wird aufmerksam, richtet sich ein wenig auf, hört hin. Dieser ständige Klangwechsel motiviert und konditioniert zum Hinhören.

Viele Klienten reagieren verlangsamt und unangemessen und sind mit häufigen und abrupten Klangwechseln schnell überfordert. Mit dem elektronischen Ohr kann

man über individuell einstellbare Zeitschaltungen diesen Schwierigkeiten gezielt begegnen und im Verlauf der Therapie die Herausforderung steigern. Man kann diesen Menschen ein Hörmilieu schaffen, das ihnen adaptiertes Hören ermöglicht. Eine weitere wirksame Hilfe, Adaption zu lernen und trainieren ist die Übertragung der Musik über einen Knochenleitungsvibrator, der am Kopfhörer angebracht ist. Optionale zusätzliche Knochenleitungsvibratoren, die am Körper angebracht werden, unterstützen die Entwicklung eines differenzierten Körperschemas.

Mit der gleichen Technik und dem Einsatz eines Mikrofons werden im Rahmen eines audio-vokalen Trainings die sprachlichen und stimmlichen Kompetenzen gefördert sowie die Integration der Stimme in das Körperschema begünstigt.

### APP und Kommunikation

Diese technische Seite ist nur ein Aspekt der APP. Wesentlich für den Erfolg der Therapie ist die persönliche Begleitung durch eine/n ausgebildeten Therapeut/in. Die gewünschte Veränderung kann sich nur gestützt und begleitet in der professionellen Beziehung mit einer speziell ausgebildeten Kraft einstellen. Begleitende Gespräche, individuell den Bedürfnissen der Klienten angepasste Aktivitätsangebote sind integraler Bestandteil der Therapie.

### Ausblick

Die Wirksamkeit der APP nach A. Tomatis konnte in einer Metaanalyse von T. Gilmore und in einer Evaluation von F. Huchting und K. Klopsch nachgewiesen werden.<sup>16</sup> Signifikante Verbesserungen in der Höradaptation, des selektiven Hörens und des Gleichgewichts konnten dokumentiert werden.

### Literatur

- Ayres, Jean: «Bausteine der kindlichen Entwicklung», Springer-Verlag 1988
- Baschek, V. und Steinert, W., Gelsenkirchen: «Die Diagnostik zentraler Hörstörungen bei Kindern mit Legasthenie», in: «pädiatr. Prax. 53, 433–442 (1997/98)», Hans Marseille Verlag, München
- Dammasio, Antonio R.: «Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins» List Verlag, München 2000
- Eska, Georg: «Schall und Klang: wie und was wir hören», Georg Eska Basel; Boston; Berlin: Birkhäuser, 1997

<sup>14</sup> s. Spitzer, M. (14) S. 155

<sup>15</sup> s. Tomatis (15)

<sup>16</sup> s. <http://www.frei-spiel.de/8.Downloads.html>

- Hesse, Horst-Peter: Musik und Emotion, wissenschaftliche Grundlagen des Musik-erlebens, Wien-New York, Springer, 2003
- Jourdain, Robert: «Das wohltemperierte Gehirn: Wie Musik im Kopf entsteht und wirkt/ Robert Jourdain. Aus dem Engl. Übers. Von Markus Numberger und Heiko Mühlner.», Heidelberg, Berlin: Spektrum, Akad. Verl., 2001
- Kolb B., Whishaw I., Neuropsychologie, 2. Auflage S. 257–S. 248 Heidelberg, Berlin: Spektrum, Akad. Verl., 1994
- Kuhl, Patricia K., Early Language Acquisition: Cracking the Speech Code, in: Nature Volume 5, November 2004 S. 831ff
- Lehnhardt, Ernst: «Praxis der Audiometrie/Ernst Lehnhardt. Unter Mitarbeit von Thomas Janssen und Jürgen Kiessling. – 7., überarb. und erw. Aufl.», Georg Thieme Verlag, New York, 1996
- Rohen, J. W., Funktionelle Anatomie des Nervensystems, 4. Völlig neu bearbeitete Auflage, Stuttgart New York: Schattauer-Verlag, 1985
- Schmidt, Gunther, Liebesaffären zwischen Problem und Lösung, Carl-Auer Verlag, 13. Auflage 2010
- Simon, Fritz B., Meine Psychose, mein Fahrrad und ich, Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 12. Auflage 2009
- Spektrum der Wissenschaft (Hrsg.): «Legasthenie – gestörte Lautverarbeitung. (...) Von Sally E. Shaywitz», Spektrum der Wissenschaft, Januar 1997
- Spitzer, Manfred, Musik im Kopf, Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2003
- Tomatis, Alfred: «Das Ohr des Kindes als auditiv-integratives Organ», erschienen in: «Sozialpädiatrie. Kinder- und Jugendheilkunde. Heft 11/ 12», Hrsg. v. u. a. Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Theodor Hellbrügge, München: Verlag Neuer Merkur, 1997
- Tomatis, Alfred: «Der Klang des Lebens. Vorgeburtliche Kommunikation – die Anfänge der seelischen Entwicklung», Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 1987
- Tomatis, Alfred: «Der Klang des Universums», Artemis-Verlag 1997
- Tomatis, Alfred: «Das Ohr und das Leben», Walter Verlag, 1995
- Tomatis, Alfred: «Klangwelt Mutterleib. Die Anfänge der Kommunikation zwischen Mutter und Kind», München: Kösel Verlag, 1994
- Zenner, Hans-Peter: «Hören: Physiologie, Biochemie, Zell- und Neurobiologie; 5 Tabellen/Hans-Peter Zenner.», Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 1994

#### Autor

Friedrich Huchting  
 Möhlenkampsweg 5  
 D-23701 Eutin  
 musik@audio-son.de

## Die Grenzen der Audio-Psycho-Phonologie

In einigen Therapiemethoden, auch teilweise in jenen des alternativmedizinischen Bereichs, werden sehr breite, unspezifische Anwendungsbereiche aufgeführt, was bei Patienten einerseits falsche Hoffnungen auslösen kann, in medizinischen Fachkreisen aber andererseits Skepsis über die Seriosität der Methode auslöst.

Wenn wir auf der Website des schweizerischen Berufsverbandes für A.P.P. ([www.a-p-p.ch](http://www.a-p-p.ch)) nachschauen, erscheint uns die Liste der Anwendungsbereiche auch relativ breit gefasst, doch lassen sich die dort erwähnten Problembereiche alle auf die verschiedenen Funktionen des Ohres mit seinen vestibulären, auditiven und hirndynamisierenden Funktionen zurückführen.

Die Audio-Psycho-Phonologie behandelt somit Probleme, die mit den Funktionen des Ohres und den damit verbundenen Hirnfunktionen zusammenhängen, klammert aber gleichzeitig alle rein medizinischen Probleme aus, die in die Hände eines erfahrenen ORL-Arztes gehören. Schon bei der Anmeldung zu einer A.P.P.-Abklärung legen wir Wert darauf, dass keine aktuellen medizinischen Probleme (Mittelohrentzündung, Tubenkatarrh, Entzündungen des äusseren Hörkanals, chronische Erkältungen, allergische, den HNO-Bereich beeinträchtigende Erkrankungen, Missbildungen im Bereich der Mittelohrknöchelchen usw.) vorliegen. Hingegen kann es hilfreich sein, nach einer weitgehend ausgeheilten Mittelohrproblematik die Funktionen des Ohres wieder anzuregen und eine übersensible Knochenleitung mit damit verbundener Hyperakusie mittels eines A.P.P.-Hörchtrainings zu desensibilisieren.

Wenn es um eine Kombination verschiedener schul- und alternativmedizinischer Methode geht, ist eine gute Zusammenarbeit mit den involvierten Fachleuten von immenser Wichtigkeit und die Grundbedingung für einen stabilen Therapieerfolg mit einem Mindestmass an notwendigen Konsultationen und Therapiesitzungen. Dies entspricht auch den wachsenden Forderungen der finanziell gebeutelten Krankenkassen.

Bei schweren psychischen Erkrankungen (auch bei Suchterkrankungen) ist mit vielen Therapiemethoden absolute Vorsicht geboten. Die A.P.P.-Fachleute sind sich bewusst, dass während des A.P.P.-Horchtrainings psychodynamische Vorgänge ausgelöst werden können, die einer intensiveren Betreuung (Ganztagesstruktur, medikamentöse Behandlung) bedürfen, als diese ein Institut für A.P.P. bieten kann. Auch in diesem Fall ist eine sorgfältige Abklärung vor Therapiebeginn, aber auch eine ständige einfühlsame Beobachtung und Begleitung im Therapiealltag von grösster Bedeutung. Bei der A.P.P. besteht der Vorteil, dass die Schwelle zu Beratungsgesprächen oft nicht so hoch ist wie der Schritt in eine eigentliche psychotherapeutische Behandlung («ich bin doch normal...»). Es kann aber in der Folge vorkommen, dass diese Gespräche die Motivation erhöhen, eine psychotherapeutische Massnahme bei einer entsprechenden Fachperson in Angriff zu nehmen. Wir sind auch gerne bei der Suche nach einer passenden Fachperson behilflich.

Dieser Abschnitt hat nicht zum Ziel, sämtliche Grenzen der Audio-Psycho-Phonologie zu beleuchten. Vielmehr soll er die Leser (auch diejenigen, die im therapeutischen Bereich tätig sind) sensibilisieren, jegliche therapeutische Massnahme sorgfältig zu prüfen und kritisch zu hinterfragen. Dabei ist eine offene Gesprächskultur zwischen Klient und Therapeut von grosser Wichtigkeit.

### **A.P.P. nach A. Tomatis in der Schweiz**

In der Schweiz gibt es zur Zeit (Stand nach der GV des Schw. Berufsverbandes für A.P.P. im März 2011) 16 anerkannte A.P.P.-Zentren. Die Adressliste und viele weitere nützliche Informationen können der Website unter [www.a-p-p.ch](http://www.a-p-p.ch) entnommen werden. Dieser Berufsverband wurde 1997 gegründet. Etliche der noch beruflich aktiven Gründungsmitglieder wurden von Prof. A. Tomatis, Gründer der A.P.P., ausgebildet und geprüft. Da die meisten Mitglieder eine Anerkennung durch verschiedene Berufsverbände im alternativmedizinischen Bereich haben (ASCA, EMR, APTN), wird ein Teil der Therapiekosten durch etliche Krankenkassen im Rahmen der Zusatzversicherung für Alternativmedizin vergütet. Die Mitglieder des Berufsverbandes für A.P.P. treffen sich mehrmals jährlich zu Weiterbildungen und Arbeitssitzungen.

Im Rahmen des im Jahr 2002 in Mailand gegründeten internationalen Berufsverbandes für A.P.P. (AIPAPP) finden ebenfalls regelmässig Weiterbildungen statt. Gegenwärtig gehören Berufsverbände der Länder Belgien, Italien, Schweiz und Deutschland dem internationalen Verband an. Ein wichtiges Ziel des internationalen Berufsverbandes für A.P.P. wurde in den letzten Jahren durch die Gründung einer Schule zur Ausbildung von A.P.P.-Fachleuten erreicht mit erfahrenen Dozenten aus den Mitgliedsländern. Die ersten Absolventen schlossen ihre Ausbildung anfangs 2011 ab.

#### **Autorin:**

Maja Schifftan  
 Psychologin lic. phil. FSP, SKJP  
 Berufserfahrung als Schulpsychologin und Spieltherapeutin  
 Therapeutin A.P.P. seit 1992 in Effretikon  
 Mutter von 3 erwachsenen Kindern



Cornelia  
von Deschwanden-Windlin

## Osteopathie – dem Körper helfen, sich selbst zu heilen

**Der Ursprung und die Grundlage der Osteopathie liegen in den spirituellen Erfahrungen und Beobachtungen der Natur des amerikanischen Arztes Dr. Andrew Taylor Still (1828–1917). Der Begriff der «Osteopathie» (osteo = Knochen; pathai = durch Leiden lernen) stammt von ihm und aus seinen Erkenntnissen, wonach auf sanfte manuelle Weise die Korrektur einer Knochen und Gewebsfehlstellung vorgenommen wird, was die Heilung eines inneren Leidens bewirkt.**

**Dr. Andrew Still erkannte die Interaktion zwischen der reibungslosen Funktion des Bewegungsapparates, der inneren Organe, des zentralen und vegetativen Nervensystems, der Gefässe und der menschlichen Gesundheit. Ins Zentrum der osteopathischen Philosophie stellte er das Bemühen des Osteopathen, ohne Medikamente und Chirurgie zu behandeln und dennoch erfolgreich Heilung zu erzielen.**

Das Wesen der Osteopathie ist es, Funktionsstörungen im menschlichen Körper zu erkennen und zu behandeln. Diese Störungen sind häufig auf Verluste der Beweglichkeit in den verschiedenen Geweben und Körperflüssigkeiten zurückzuführen. Oft entstehen sie durch physische oder psychische Traumata: sei es pränatal, während der Geburt, in der Säuglings- und Kleinkinder-

zeit, durch Stürze oder Schläge, emotionelle Schocks, infolge metabolisch-toxischer Traumata und vieles mehr.

Mit speziellen Behandlungskonzepten und Techniken, sowie feingeschulten Händen und dem Wissen um Anatomie, Physiologie, Embryologie und Pathophysiologie gibt der Osteopath den Geweben und den Körperflüssigkeiten ihren ursprünglichen Bewegungsmöglichkeiten zurück. Daraufhin vermag der Körper mit Hilfe seiner Selbstregulationskräfte sein Gleichgewicht wieder herzustellen und die Beschwerden können abnehmen. Mit anderen Worten; der Osteopath gibt dem Körper den Impuls zur Selbstheilung.

### ***Ostéopathie – aider le corps à guérir par ses propres moyens***

*L'essence de l'ostéopathie réside dans le repérage et le traitement des perturbations fonctionnelles du corps humain. Ces perturbations proviennent fréquemment d'une perte de mobilité dans les divers tissus et liquides corporels. Elle résultent souvent de traumatismes physiques ou psychiques: au stade prénatal, pendant la naissance, à l'âge du nourrisson ou du petit enfant; suite à des chutes ou coups, à des chocs émotionnels, des traumatismes d'origine métabolique-toxique, beaucoup d'autres causes encore.*

*A l'aide de concepts et de techniques de traitement spécifiques, avec des gestes très fins et soigneusement étudiés et un savoir poussé en anatomie, physiologie, embryologie et pathophysiologie, l'ostéopathe restitue leur mobilité aux tissus et liquides corporels. Le corps, grâce à son potentiel d'autorégulation, parvient à rétablir son équilibre, de sorte que les douleurs et malaises peuvent diminuer. En d'autres termes, l'ostéopathe donne des impulsions d'autoguérison au corps.*

### **Geschichtlicher Hintergrund**

Dr. Andrew Taylor Still (1828–1917) gilt als Begründer der osteopathischen Lehre.

Schon im Kindesalter wurde er dank seinem Vater, der Arzt war, mit den Naturgesetzen vertraut. Ausserdem lehrten ihn die Ureinwohner Amerikas ihre traditionellen, schamanischen Heilmethoden. Später wurde er selbst Arzt, war aber zeitlebens, neben seiner me-

dizinischen und osteopathischen Tätigkeit, auch noch Priester und Bauer.

Angetrieben vom Tod drei seiner Kinder durch Hirnhautentzündung begab er sich auf die Suche nach einem neuen Verständnis von Gesundheit und Krankheit.

In seinen Forschungsarbeiten setzte er sich mit den Kräften der Natur und deren Gleichgewicht auseinander und durchforschte Neuland in den Bereichen Anatomie und Physiologie des Menschen. Er beleuchtete empirische Kräfte und suchte auch ausserhalb der damals gängigen Erkenntnisse der Schulmedizin. Gleichzeitig wirkte die im 19. Jahrhundert aufkommende Evolutionstheorie nach Darwin auf ihn, womit alles statische eine dynamische, sich permanent verändernde Komponente enthält. Dr. Still erkannte diesen Ansatz auch im menschlichen Körper und erläuterte daraufhin sein **erstes Grundprinzip**: Die menschlichen Körpersysteme stehen in direktem Zusammenhang miteinander und beeinflussen sich gegenseitig. Dabei standen für ihn ursprünglich vor allem die Auswirkungen von Knochenfehlstellungen im Vordergrund. Er erkannte ihren schadhafte Einfluss auf die inneren Organe und umliegenden Nerven und die daraus entstehenden Symptomatik und Folgeerkrankungen.

Dass die Osteopathie für Dr. Still weit über das körperlich-medizinische Dasein hinausging, verdeutlicht sein **zweites Prinzip**, demnach der Mensch eine Einheit ist, bestehend aus Körper, Geist und Seele.

Dr. Still ging auch davon aus, dass der Körper über Selbstheilungskräfte verfügt, die, wenn sie entsprechend manuell aktiviert werden, körperliche und funktionelle Störungen heilen können. In diesem Gefüge muss Dr. Stills **dritter osteopathischer Grundsatz** «Leben ist Bewegung» verstanden sein, der bis heute eine zentrale Rolle in der Osteopathie einnimmt. Dabei bewegen sich nach Dr. Still alle Körpersysteme in ihrem grundeigenen Rhythmus. Jede Struktur hat seine eigene Bewegungen Beweglichkeit. Sobald die Bewegung im Körper eingeschränkt ist, kann Krankheit entstehen.

Im Jahr 1874 behandelte Dr. Still erstmals dokumentiert ein Kind nach seiner neuen Philosophie und erzielte

einen sofortigen Heilungserfolg. Das Kind litt unter einer Infektionserkrankung mit dem Namen «Flux», heute bekannt als Gastroenteritis. In der Folge wurde die Kinderosteopathie in erster Linie zur Behandlung von Infektionskrankheiten eingesetzt wie etwa bei Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten und Polio.

Nach 18 Jahren persönlicher osteopathischer Forschungen gründete Dr. Still im Jahre 1892 in Kirksville, Missouri (USA) die erste Schule für Osteopathie. (Still-Kompodium 2005)

Hierzu ein Zitat von Dr. Still aus dem Still-Kompodium: «Ich habe die verschiedenen Teile der menschlichen «Maschine» gesehen, und finde sie eine wunderbar konstruierte Maschine, die durch die Intelligenz des Geistes und durch Gottes Seele kreiert wird. Ich glaube, dass sich alle Heilmöglichkeiten der Natur im Körper befinden.»

Die Osteopathie verbreitete sich seit Anfang des 20. Jahrhunderts kontinuierlich über die angloamerikanischen Länder und erfährt bei Fachleuten und Patienten nun auch in Europa steigende Anerkennung.

Ein Schüler Dr. Stills, Dr. William Garner Sutherland, entdeckte in den Jahren vor 1939 die Beweglichkeit der einzelnen Schädelknochen in einem inhärenten Rhythmus, vollkommen unabhängig von Herzschlag und Atmung. Sutherlands Forschungsarbeit führte zu neuen, wichtigen Erkenntnissen in der Craniosakralen Osteopathie (Sutherland-Kompodium 2008).

Die Prinzipien der Craniosakralen Osteopathie haben bis heute ihre Gültigkeit und sind Basis für die tägliche Arbeit in der Praxis.

Die Osteopathie entwickelt sich laufend weiter durch neue Forschungsergebnisse aus Schulmedizin, Quantenmedizin, Neuropsychologie, anthroposophischer und spiritueller Medizin. Auch im Kleinen findet diese Entwicklung statt; jede Osteopathiebehandlung bringt den Osteopathen weiter.

## Auf welchen Therapieansätzen basiert die Osteopathie?

Das osteopathische Konzept besagt, dass eine erfolgreiche Behandlung immer den Ausdruck des ganzen Menschen mit seinen körperlichen, emotionalen und psychischen Bedürfnissen erfordert. Die Osteopathie unterscheidet folgende Behandlungsmethoden und -bereiche:

Die **parietale (strukturelle) Osteopathie**: die Behandlung des gesamten Bewegungsapparates mit Muskeln, Knochen, Gelenken und Faszien. Die parietale Osteopathie ist der älteste Bereich und die Grundlage, aus der sich die heutige Osteopathie entwickelt hat.

Die **viszerale Osteopathie**: die Behandlung der inneren Organe, der Blut- und Lymphgefäße sowie ein Teil des Nervensystems.

Die **cranosakrale Osteopathie**: die Behandlung des Schädels, des zentralen und peripheren Nervensystems mit Gehirn, Rückenmark und Nerven. (SVO-SFO)

In den letzten Forschungsjahren von Dr. Still und Dr. Sutherland wurde auch das fluidische Behandlungskonzept erforscht und in die tägliche Arbeit integriert. Das Behandlungskonzept der **Biodynamischen Osteopathie** von Dr. James Jealous ist die Integration von den Schriften der ältesten Generation der Osteopathen: Dr. A. Still, Dr. W. Sutherland, sowie seiner Mentoren Dr. A. Wales, Dr. R. Day und Dr. A. R. Becker. Dr. Jealous wurde ausserdem geprägt von den Forschungsarbeiten des Embryologen Prof. Dr. E. Blechschmidt, welcher die embryologischen Grundprinzipien erforschte. Dr. Jealous wurde zudem durch Beobachtungen und Wahrnehmungen der Lehrmeisterin Natur inspiriert.

Dr. Jealous schreibt: «Die Grundlagen der Biodynamischen Osteopathie liegen in der therapeutischen Kraft der «Dynamischen Stille», des «Breath of Life», der Potenz der so genannten «Tide» und in Bezug zu den Körperflüssigkeiten sowie weiteren geltenden und lebenserhaltenden Naturgesetzen.» (Tom Esser 2008)

## Die Kinderbehandlung in der Osteopathie – Kinder sind keine kleinen Erwachsenen

Die Bedeutung der Osteopathie für die Kinder ist mannigfaltig und soll für jedes Kind individuell erarbeitet werden. Es gibt keine klaren Vorgehensschemata, die Behandlung wird unmittelbar den verschiedenen Faktoren wie Beschwerdebild, Schmerz, Operationen, Befund der Funktionen von Gewebe und Gewebsflüssigkeiten, Trauma und Emotionen (Ängste, Trauer, Übererregbarkeit) angepasst.

Die Osteopathie bezieht den sensomotorischen Entwicklungsstand des Kindes mit ein und integriert Gewebe und Gewebsflüssigkeiten nach Traumen wieder in das gesamte System des Kindes.

Beim Kind befinden sich die anatomischen Strukturen noch in der Entwicklung und Entfaltung. Die Knochen eines Kindes haben ihr Zeitfenster zum Verknöchern. Die meisten Stoffwechselvorgänge wie auch das immunitäre System sind noch nicht ausgereift. Sie benötigen externe und interne Impulse zur Reifung und Prägung. Die Behandlung eines Kindes beinhaltet eine ausführliche Anamnese mit dem Kind und seinen Eltern. Der Konsultationsgrund wird soweit wie möglich im Gespräch erfasst, bevor die somatische Untersuchung erfolgt. Sie setzt sich zusammen aus einer schulmedizinischen Herangehensweise sowie einer differenzierten osteopathischen Untersuchung des Gewebes und ihrer Körperflüssigkeiten. Die ersten Behandlungsschritte gelten für Patienten aller Altersstufen. Es ist aber notwendig, die einzelnen Formen von Bewegungen in der sensomotorischen Entwicklung, Wachstumsdynamik im Gewebe und die Verlagerung von Wärmefeldern in den Flüssigkeitsströmungen, die alle zu den sogenannten Interaktionsfeldern der Osteopathie gehören, zu berücksichtigen und in osteopathische Behandlungskonzepte zu integrieren. (Dräger et al. 2011)

## Der osteopathische Treffpunkt mit dem Kind

Meine erste Aufgabe als Osteopathin ist es, das Kind am Treffpunkt, «meeting place» abzuholen. Der primäre Fokus liegt nicht nur auf seinen Beschwerden, sondern auf der Synchronisierung mit dem «ganzen Kind», seinen Eltern und seinen mitgebrachten Bedürfnissen.

Der Kontakt zu dem Kind ist die erste Berührung mit allen Sinnen, nicht nur mit der taktilen Wahrnehmung. Dadurch werden Informationen frei zum Stand der Gesundheit, zur Art der Läsion, zu Restriktionen im Gewebe und weiteren Spannungsmustern. Die Bewegungen und die Qualität des Liquors werden wahrnehmbar, ebenso die verschiedenen tieferen Bewegungen in den Körperflüssigkeiten.

Das Kind führt mich in das somatisch manifestierte Trauma. Es ist nicht das Ziel, mich auf das Trauma zu fixieren, sondern mich mit der Kraft der Heilungsmöglichkeiten zu synchronisieren, um die Stille, diese homöostatische Kraft optimal freizusetzen. Dieses freigewordene Potential ist im ganzen Körper spürbar und bedeutet, dass nun eine Remodellierung von Struktur und Funktion im ganzen Kinde in Gang kommt. (Liem 2006)

Hierzu ein Zitat des Begründers der Biodynamischen Osteopathie Dr. James Jealous: «Kinder lassen unsere Liebe erwachen. Wir treffen sie am Treffpunkt, wo sie kommen und uns abholen.»

### Die Geburt – ein Abschnitt der uns formt

Kenntnisse über die Geburt des Patienten sind für den Kinderosteopathen von wesentlicher Bedeutung. Er benötigt genaue Kenntnisse über den Ablauf des Geburtsvorgangs. Eine zu schnelle oder zu lang andauernde Entbindung, der Einsatz von Medikamenten, Hilfsmitteln wie Saugglocke, Geburtszange oder Geburtsfehlagen und Platzmangel durch Mehrlingsgeburten stellen eine enorme Belastung für den zierlichen Körper eines Babys dar. Daraus können Stauchungen und Verformungen der Wirbelsäule und des Schädels sowie der Weichteilgewebe auftreten, die nach der Entbindung zu Auffälligkeiten beim Neugeborenen führen können. Durch die Kompressionskräfte und weitere Schereinwirkungen auf das Gewebe können die Körperflüssigkeiten nicht optimal zirkulieren. In der Folge ist das Kind unruhig, hat Probleme mit der Verdauung und fühlt sich in seinem Körper unbehaglich. Die auftretenden Probleme des Kindes sind mannigfaltig und werden von Eltern und Ärzten nicht immer mit der Schwangerschaft oder der Geburt in Verbindung gebracht. (Möckel und Mitha 2006)

Dr. med. Ludwig Janus weist in seinem Artikel vom Buch «Osteopathische Behandlung von Kindern» darauf hin, dass in den letzten Jahren immer mehr darüber bekannt wurde, inwiefern traumatische Erfahrungen pränatal, bei der Geburt und in den ersten zwei Lebensjahren von besonderer Bedeutung sind.

Janus beschreibt auch seine Grundannahme, worin die Phase vor und während der Geburt beim Betroffenen wie ein Hintergrundfilm allgegenwärtig ist und somit einen direkten Einfluss auf unser Dasein und unsere Entwicklung nimmt. Janus verdeutlicht dies am Beispiel eines Kindes, das nicht zuließ, dass man es am Hals berührte. Es stellte sich heraus, dass es bei der Geburt des Kindes zu einer Nabelschnur-Umschlingung am Hals gekommen war. Erfahrungen dieser Art setzen sich tief im Kind fest und treten noch Jahre später unwillkürlich und unverhofft hervor, wenn etwas geschieht, das die seelische und körperliche Ebene daran erinnert.

Der Osteopath erspürt die geburtlichen Traumen im Körperfeld als körperliche Verdichtungen, Störungen in den dynamischen Feldern wie Lymphe, Blut, Liquor und Nervensystem. Die achtsamen, berührenden Hände des Osteopathen können in diesem Bereich lindernd und heilsam sein für das Kind, ebenso wie für seine Eltern und sein gesellschaftliches Umfeld.

### Anwendungsbereich der Osteopathie bei Kindern

Die folgenden Erkrankungen und Auffälligkeiten können ihre Ursache in den oben beschriebenen schwangerschafts- oder geburtsbedingten Besonderheiten haben und lassen sich durch eine frühzeitige Behandlung des Kindes deutlich dezimieren oder gar beseitigen. Diese Liste ist nicht vollständig und gilt auch nicht als Rechtfertigung, die Osteopathie in eine Indikationsliste zu binden.

**Haltungsstörungen:** Lage- und Schädelasymmetrien, Skoliosen, Schiefhals, Hüftdysplasien, Überstreckung

**Verdauungsstörungen:** Koliken, verstärktes Spucken, Verstopfungen

**Atemwegserkrankungen:** Chronische Mittelohrentzündung, Paukenergüsse, Nasennebenhöhlenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma bronchiale

**Verhaltens- und Lernstörungen:** Motorische Unruhe, Konzentrationsstörungen, Störungen in der Grob- und Feinmotorik, übersteigerte emotionelle Rückwirkungen mit Neigung zu Gefühlsausbrüchen oder empfindlichen Reaktionen auf ungewohnte Situationen (SVO-SFO)

Die Osteopathie ist einerseits eine sanfte Therapieform, auf die Kinder positiv ansprechen. Andererseits gibt sie dem Kind in seiner Ganzheit als Körper, Geist und Seele den entscheidenden Impuls, die Selbstheilungskräfte zu aktivieren und mit den eigenen Fähigkeiten wieder in sein Gleichgewicht zu finden. Dieser Impuls wird vom kindlichen Organismus offen und geradezu dankbar aufgenommen.

### **Kann jeder Osteopath Kinder behandeln?**

Grundsätzlich beinhaltet die allgemeine Osteopathieausbildung auch die Behandlung von Kindern.

Ein Osteopath, der ausschliesslich Kinder und Babys behandelt und zudem eine pädiatrische Osteopathieausbildung absolviert hat, verfügt in der Regel über einen weitreichenderen Erfahrungshorizont als ein generell praktizierender Osteopath. Bei diffizilen Fällen ist daher der Besuch eines Kinderosteopathen empfehlenswert. Kinderosteopathen lassen sich einladen in die Behandlung und Betreuung des Kindes. Die Arbeit mit dem Kind ist ein stetiges Frage-Antwortspiel mit dem Gewebe. Die Hände erfühlen und befragen das darunterliegende Gewebe mit seiner individuellen Qualität, um zum Lösungsweg zu gelangen.

Massgebend ist auch, die Interaktionsfelder der Osteopathie bei der Behandlung zu berücksichtigen und die Möglichkeit zu bieten, die verschiedenen dynamischen Entwicklungsfelder mit einer weiterfassten Kommunikation Kind – Osteopath zu integrieren. Osteopathie versucht Brücken zu bauen, um das Potential der Gesundheit zu aktivieren.

Als Kinderosteopathin integriere ich in meiner Arbeit die Biodynamik und Biomechanik. Diese zwei Ganzheiten besitzen unterschiedliche Funktionsprinzipien. Die Biomechanik bezieht sich auf Newtonsche Gesetze, während die Biodynamik eher Analogien zur Quanten-

theorie aufweist – als ein Ausdruck, der die Kraft des Lebens beschreibt. (Dräger et al. 2011)

Die Herausforderungen in meiner täglichen Arbeit mit Kindern sind das Wahrnehmen, das Empfangen, das Verstehen und die Freiheit des therapeutischen Prozesses zu akzeptieren. Das bedeutet auch, das therapeutische Ego abzulegen und von Herz zu Herz aktiv zu werden. Diese Eigenschaften kann kein Buch vermitteln und keine Vorlesung lehren. Wir lernen es von niemand anderem als von unseren kleinen und grossen Patienten.

### **Evidenz in der Osteopathie**

Der Nachweis der Effektivität der Behandlung ist in den einzelnen Teilbereichen sehr unterschiedlich. Lediglich im Bereich der parietalen Osteopathie sind Studien für bestimmte Indikationen in ausreichender Zahl mit hohem Evidenzgrad vorhanden. Die Wirksamkeit der parietalen Osteopathie beim chronischen Schmerzsyndrom der Wirbelsäule konnte belegt werden. Forschungsarbeiten ergaben auch, dass die Osteopathie bei Rückenschmerzen, besonders in akuten und subakuten Stadien erfolgreich ist (Studien unter PubMed: osteopathic treatment back pains).

Viele der osteopathischen Verfahren sind empirisch belegt und basieren auf wissenschaftlich nachvollziehbaren Denkmodellen. Andere Teile der Osteopathie hingegen beruhen auf Erklärungsansätzen, die bislang noch nicht wissenschaftlich abgesichert und begründet sind. So existieren beispielsweise keine aussagekräftigen Forschungsstudien im Teilbereich der craniosakralen Osteopathie. Auch die viszerale Osteopathie ist nur spärlich erforscht.

Es existiert dazu jedoch ein grosses Mass an Empirie. Eine der Aufgaben der nächsten Jahre wird es sein, Verfahren z. B. der craniosakrale Osteopathie hinsichtlich ihrer Evidenz zu überprüfen.

### **Kann man die Osteopathie mit anderen Behandlungsmethoden kombinieren?**

Grundsätzlich ist eine Kombination möglich, ja wünschenswert und wird je nach Fall genutzt. Die Kinderosteopathen arbeiten häufig mit Ärzten, Schulen,

Kindergärten, Logopäden, Physiotherapeuten, Heilpädagogischen Institutionen und Kinder- und Jugendpsychologen zusammen. Gut zu kombinieren ist die Osteopathie auch mit Homöopathie und traditionelle chinesische Medizin.

Das Ziel der Osteopathie in der Behandlung von traumatisierten Kindern ist es, die Gesundheit des Kindes, die in sich liegende Kraft zu aktivieren, um die Schocksituation freizugeben und zu transformieren. Das führt zur positiven Steigerung der körperlichen, seelischen, mentalen und sozialen Lebensqualität und Lernfortschritte werden gestärkt absolviert. (Liem et al. 2010) Dr. med. und Osteopathin Gudrun Wagner äussert sich zur Behandlung von traumatisierten Kindern allerdings dahingehend, dass es keinen Sinn macht, das Kind mit seinem Trauma osteopathisch zu behandeln, wenn die Eltern und die umliegende Gesellschaft das Trauma ignorieren, überfordert sind, oder das Kind in seiner Verarbeitung nicht unterstützen, da es an externer psychologischer Betreuung fehlt.

Darum erachte ich eine enge Zusammenarbeit und den Austausch zwischen Psychologie und Osteopathie nicht nur als bereichernd, sondern als notwendig, damit ein Heilungserfolg erzielt werden kann.

### **Werden die Behandlungskosten von den Krankenkassen übernommen?**

Die Schweizer Krankenkassen vergüten osteopathische Behandlungen heute über entsprechende Zusatzversicherungen. Die Höhe des Rückerstattungsbetrages variiert dabei von Kasse zu Kasse. Es empfiehlt sich daher, bezüglich einer Rückerstattung direkt und vor der Behandlung mit der Krankenkasse Rücksprache zu nehmen.

### **Osteopathie-Ausbildung in der Schweiz**

In Amerika und Grossbritannien nimmt die Osteopathie bereits seit Jahrzehnten einen festen Platz im Gesundheitswesen ein. An zahlreichen Universitäten in Amerika können die Studierenden einen Abschluss als Doktor der Osteopathie machen.

In der Romandie bildeten sich die Wurzeln der Osteopathie schweizweit am frühesten aus. Seit ein paar Jahren

erlebt die Osteopathie auch in der deutschsprachigen Schweiz eine steigende Nachfrage.

Das Reglement der GDK (Gesundheitsdirektorenkonferenz) für die interkantonale Prüfung von Osteopathinnen und Osteopathen trat am 1. Januar 2007 in Kraft.

Demnach müssen alle in der Schweiz tätigen und vom gesamtschweizerischen Verband SVO-FSO anerkannten Osteopathinnen und Osteopathen bis zum Jahr 2012 eine neue, interkantonale Prüfung bestanden haben, um eine Bewilligung zur Ausübung des Osteopathenberufs in der Schweiz zu erhalten. Die Vergabe des Titels «Osteopath mit schweizerisch anerkanntem Diplom» dient vor allem der Sicherstellung der strengen Auflagen einer qualitativen Qualifikation.

Ein Osteopathie-Vollzeitstudium nach den neuen Ausbildungsbestimmungen kann man zur Zeit nur an der Ecole Suisse d'Ostéopathie (Schweizerische Schule für Osteopathie) in Belmont-sur-Lausanne absolvieren. Das post-maturitäre Studium umfasst zehn Semester und ist schweizerisch und politisch anerkannt.

Der SVO-SFO (Schweizerischer Osteopathieverband) ist bestrebt, dass die Osteopathie akademisch gelernt wird. Dies fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit im schulmedizinischen Bereich, die auch der Anerkennung und Evidenz der Osteopathie förderlich ist.

### **Die Grenzen der osteopathischen Medizin**

Haben die oben genannten Indikationen eine funktionelle Ursache, ist die Osteopathie als Behandlungsart zweifellos sehr geeignet. Osteopathen arbeiten normalerweise Hand in Hand mit der Schulmedizin und weisen den Patienten nach differenzialdiagnostischer Anamnese und Befundaufnahme bei akuten oder schweren Erkrankungen weiter. Sie raten in Zusammenarbeit mit dem Arzt auch zu diagnostischen Massnahmen wie Röntgen, CT oder Laboruntersuchungen. Begleitende osteopathische Behandlungen können in vielen Fällen sehr hilfreich sein.

### **Schlussgedanke**

Mit der persönlichen Äusserung von Dr. James Jealous, die ich als praktizierende Osteopathin jeden Tag in der

Behandlung von Kindern spüre, möchte ich mich von Ihnen verabschieden.

«Ich glaube, dass die Seele der Osteopathie darin besteht, einen grösseren Wissensschatz und vor allem eine Weiterentwicklung an «Gespür» und eben nicht nur an Palpation zu erreichen. Durch diese Erfahrung entfaltet sich die eigentliche Schönheit und Einzigartigkeit der Osteopathie, die weitaus über unsere intellektuellen Grenzen zu reichen vermag.»

### Literatur

- Dräger Kilian, van den Heede Patrick, Klessen Henry (2011): Osteopathie- Architektur der Balance, theoretische und praktische Zugänge zu therapeutischem Handeln, Urban & Fischer-Verlag
- Esser, Tom (2008): Kursskripte von Dr. James S. Jealous – Biodynamische Osteopathie
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=553>.
- Hartmann, Christian (2005): Das grosse Still-Kompendium, Autobiographie, die Philosophie der Osteopathie, die Philosophie und mechanischen Prinzipien der Osteopathie, Forschung und Praxis, Jolandos-Verlag
- Hartmann, Christian (2008): Das grosse Sutherland-Kompendium, Unterweisungen in der Wissenschaft der Osteopathie, einige Gedanken, die Schädelsphäre, mit klugen Fingern, Jolandos-Verlag
- Liem Torsten (2006): Morphodynamik in der Osteopathie, Grundlagen und Anwendung am Beispiel der kranialen Spähre, Hippokrates-Verlag
- Liem Torsten, Schleupen Angela, Altmeyer Peter, Zweedijk René (2010): Osteopathische Behandlung von Kindern, Hippokrates-Verlag
- Möckel Eva, Mitha Noori (2006): Handbuch der pädiatrischen Osteopathie, Urban & Fischer-Verlag
- Schweizer Verband der Osteopathen (SVO-SFO) <http://osteopathes-suisse.ch/fso/de/pages/2-der-svo>.

### Autorin

Cornelia von Deschwanden-Windlin

Osteopathin D. O. und Kinderosteopathin, zurzeit im Studium zum Master of Science in Paediatric Osteopathy, University of Wales  
Gesundheit im Zentrum, Sarnerstrasse 3, 6064 Kerns,  
[osteopathiecvd@bluewin.ch](mailto:osteopathiecvd@bluewin.ch), [www.gesundheitimzentrum.ch](http://www.gesundheitimzentrum.ch)





Daniel Trachsler

## ADS und Homöopathie

**Die Homöopathie ist eine individuelle Therapie, welche versucht, ein auf die Zeichen und Symptome des Patienten massgeschneidertes Arzneimittel zu finden. Ist dies erfolgreich geschehen, wird auch eine ADS Problematik behandelbar. Dass die Homöopathie bei ADS erfolgreich ist, zeigen die Erfahrungen von vielen Homöopathen und auch Studien. Im Alleingang klappt es allerdings nicht, braucht es doch die Zusammenarbeit aller involvierten Stellen und der betroffenen Eltern und Lehrer.**

### ADS et homéopathie

*L'homéopathie est une thérapie individuelle qui recherche des médicaments correspondant précisément aux signes et symptômes du patient. Pour peu que la concordance soit parfaite, la problématique ADS est elle aussi traitable. De nombreux homéopathes ont fait l'expérience d'une victoire de l'homéopathie sur l'ADS, également démontrée dans des études. En l'occurrence, il n'est toutefois pas possible de faire cavalier seul. La condition d'une réussite est la collaboration de toutes les parties concernées, parents et enseignants compris.*

*En homéopathie, il s'agit toujours de trouver un produit médicinal individuel défini sur mesure pour correspondre précisément à la maladie ou au malaise qu'il s'agit de combattre. Cela paraît difficile et l'est effectivement souvent dans la pratique. Mais pour peu que le médicament adéquat soit trouvé, il s'avère une véritable bénédiction pour le patient.*

### Einleitung

In der Homöopathie geht es bei jeder Erkrankung oder Beschwerde darum, ein individuelles bzw. massgeschneidertes Arzneimittel für den Patienten zu finden. Was schwierig klingt und in der Praxis auch wirklich oft so ist, wird aber schlussendlich zum Segen für den Patienten, wenn das richtige Arzneimittel erst einmal gefunden ist.

Zuerst ein paar Worte zur homöopathischen Therapie. Stellen Sie sich vor, Sie stehen vor einem Platz auf dem 500 Menschen versammelt sind und alle haben die gleiche Krankheit, sagen wir eine Grippe.

Sie stellen nun die Frage: «Wer von Ihnen hat Fieber?». Dann strecken 440 Menschen die Hand in die Luft. Und bei der Frage: «Wer von Ihnen hat Gelenkschmerzen?», werden wiederum über 400 Menschen die Hand heben. Dasselbe werden wir bei der Frage nach Kopfschmerzen oder Abgeschlagenheit erleben. Alle diese Zeichen gehören zur Grippe oder besser gesagt, sie erlauben es, die Diagnose Grippe zu stellen. Der Homöopath interessiert sich nur am Rande für diese Diagnose und deren Zeichen. Vielmehr geht es in der Homöopathie darum, Symptome zu finden die einmalig, charakteristisch oder herausragend sind. Stellen wir den 500 Personen auf dem Platz die folgende Frage: «Wer hat beim Husten einen stechenden Schmerz in der Brust und kann nicht auf der linken Seite liegen?». Nun heben noch 1–2 Personen die Hand. Dasselbe würde bei der Frage passieren: «Wer hat bei seiner Grippe Fieber, welches um 14 Uhr den Höchststand hat und dann um 16 Uhr von einem starken Frösteln abgelöst wird?». Mit so individuellen Symptomen lässt sich auch ein homöopathisch massgeschneidertes Arzneimittel finden.

Die Kunst in der Homöopathie besteht darin, durch geschicktes Fragen und Beobachten solch individuelle Symptome zu finden, egal um welche Krankheit es sich handelt. Es spielt keine Rolle ob es sich nun um eine Grippe, Asthma, Morbus XY, ADS oder psychische Störungen handelt, immer müssen die individuellen Symptome gefunden werden.

Manchmal erzählt der Patient solche Symptome spontan von sich aus oder man hört sie, wenn man kon-

zentriert zuhört. Meistens aber muss man sie erfragen und dazu braucht es vom Therapeuten viel Erfahrung und einen Patienten (oder dessen Umgebung), der sehr gut beobachten kann. Leider mangelt es oft an der einen oder anderen Seite.

Worin zeigt sich denn nun die Individualität von ADS? Nun??!!

Sie haben es sicher bemerkt – die Frage ist die völlig Falsche. Es geht nicht um die Krankheit oder die Beschwerde, es muss nach dem Patienten gefragt werden. Also: Worin liegt die Individualität des Menschen, der an ADS leidet. Eine Standardantwort darauf gibt es nicht, denn jeder ADS-Patient weist SEINE ganz speziellen, charakteristischen Symptome auf. Hierzu ein Beispiel eines 9 Jährigen ADS-Patienten.

(Ich gebe den Fall gekürzt auf das Wesentliche wieder) Yannik, 9-jährig, zeigt die typischen Merkmale eines ADS, was auch aus dem Bericht der Kinderpsychiaterin ersichtlich ist.

Bericht der Mutter: Er war schon im Kindergarten sehr auffällig und konnte nie wirklich konzentriert an irgendetwas arbeiten. Auch ist sein Drang nach Bewegung und Aktivität kaum zu stillen. Zudem ist er sehr laut und kann auch mal wirklich ausrasten und dann schlägt er die Personen, welche gerade in der Nähe sind. In der Schule klappt es gar nicht, weder im Rechnen noch in der Sprache noch im Schreiben. Man müsste meinen, dass er im Sport wenigstens gut sein müsste, aber dort ist er meistens zu grob mit den Anderen oder er stolpert, sobald es zu hektisch wird. Yannik ist so aktiv, dass er permanent etwas machen muss und doch nie etwas fertig macht. Er ist immer in Bewegung und wird nie müde. Auch auf einer mehrstündigen Wanderung wird er nicht müde und abends mag er immer noch Fussball spielen.

Im Gespräch mit Yannik und der Mutter finde ich folgende charakteristischen Zeichen:

- Musik tut ihm gut. Es muss aber laut sein, am liebsten mit viel Bass und Bumbum. Immer wenn er solche Musik hört, wird er ruhig und entspannt sich. Er kann dann einfach nur daliegen und nichts tun, was sonst ja unmöglich ist.

- Sobald man ihn in den Arm nimmt oder jemand in seiner unmittelbaren Nähe ist, versucht er dieser Person Haare auszureissen. Immer nur einzelne, nie ganze Büschel.
- Tanzen liebt er. Er kann zu seiner Musik tanzen, bis er zusammenbricht, dann bleibt er 10 bis 15 Minuten am Boden liegen und danach kann er eine Stunde lang viel besser rechnen und lesen.
- Er gerät in Panik, wenn ihm fremde Personen zu nahe kommen. Er schlägt dann wild um sich und stösst jeden weg, der ihn beruhigen will.
- Er klagt über beidseitige drückende Knieschmerzen die alle zwei Wochen abends im Bett wieder auftauchen.

Nach der Fallanalyse bekommt Yannik von mir Tarentula hispanica als homöopathisches Arzneimittel. Bereits beim Ersten Gespräch 5 Wochen nach der Mitteleinnahme zeigen sich Verbesserungen in seinem Verhalten, der Impulsivität, der Aufmerksamkeit in der Schule wie auch der Konzentrationsfähigkeit. Er kann sich viel länger mit etwas beschäftigen und er hat auch keine Ausraster mehr gehabt. Auch hat er nicht mehr geschlagen oder andere an den Haaren gezogen. Die Lehrerin bestätigte diese positive Entwicklung. Die Behandlung dauerte etwas mehr als zwei Jahre, wobei ich alle 6–8 Wochen den Verlauf mit den Eltern und auch Yannik besprach (Telefonisch oder in der Praxis). Parallel dazu fanden die üblichen Gespräche mit der behandelnden Psychiaterin, dem Schulpsychologen und der Lehrerin statt, welche ihre Beobachtungen zum Verlauf beisteuerten. Dies erlaubte es, Yanniks Fortschritte objektiver und präziser zu verfolgen.

Yannik ist immer noch ein aktiver Junge mit viel Bewegungsdrang, aber er kann heute sehr gut über längere Zeit ruhig sitzen und konzentriert etwas tun. Den Bewegungsdrang kann er im Hip-Hop- Tanzen voll ausleben. Auch in der Schule hat sich seine Leistung so verbessert, dass er problemlos den Schulstoff verarbeiten kann und gute Noten schreibt. Ich betreue Yannik (er ist jetzt 14 Jahre alt) auch heute noch, wenn er akut krank ist.

Dieser Fall ist kein Einzelfall. Nur das Arzneimittel ist hier ganz spezifisch auf den Patienten angepasst.

Nebst *Tarentula hispanica* kommen aber weit über 100 andere homöopathische Arzneimittel in Frage. So zum Beispiel die folgenden Zwei [1][2], die ich ganz kurz aus Sicht der ADS Thematik beschreiben möchte.

**Agaricus:** Frühzeitige neurologische Störungen mit ausgeprägter Störung der Fein- und Grobmotorik. Zuckungen und übertriebene, überschiessende Bewegungen und Tics, Grimassen. Störungen der sensorischen Integration mit Licht-, Geruchs-, Geräusch- und Berührungsempfindlichkeit. Logorrhoe. Angst- und Erregungszustände, aber auch Furchtlosigkeit mit der Gefahr der Selbstverletzung wegen mangelnder Gefahreinschätzung. Deutliche Verschlimmerung bei Leistungsanforderungen, bei Druck, Tadel und Kritik. Albernes Verhalten. Entwicklungsverzögerungen.

**Kalium bromatum:** Ständige motorische Unruhe mit Zappeln, Nesteln und vor allem mit Zupfen an Gegenständen und Kleidern. Zittern, das schlimmer wird sobald Anforderungen gestellt werden. Häufiges Händeringen. Angstzustände. Ausgeprägte Angst, vergiftet zu werden, welche nachts schlimmer wird. Hohe moralische Ansprüche, die Konflikte auslösen, z. B. Religion und Sexualität. Taubheitsgefühl der Schleimhäute oder von Teilen davon. Schlaflosigkeit ab 2 Uhr nachts. Grauenhafte Träume.

### Ritalin und andere Medikamente

Nehmen wir an, unser oben beschriebener Patient, bekäme seit drei Jahren Ritalin oder etwas Ähnliches. Was passiert? Der Patient ist «ruhig gestellt». Er steht unter dem Einfluss dieser Medikamente und egal, wie lange wir in der Fallaufnahme auch fragen, wir bekommen keine individuellen Symptome des ADS Patienten mehr zu hören. Wir sehen nur noch die Symptome von Ritalin. Nun wird es als Homöopath schwieriger, ein passendes, massgeschneidertes Arzneimittel für den Patienten zu finden. Nicht unmöglich, aber mit Sicherheit sehr viel schwieriger und aufwändiger. Viele Homöopathen versuchen nun, die Eltern zu überzeugen das Ritalin oder die Medikamente wegzulassen. In ganz seltenen Fällen wäre dies sogar machbar. Aber in den allermeisten Fällen ist dies nicht möglich und auch nicht sinnvoll. Zuerst braucht es in der betroffenen Familie eine Veränderung bezüglich Umgang

mit ADS. Ebenso muss die Ernährung, die Freizeit, der TV- und Computerkonsum angepasst werden; ausserdem braucht es Veränderungen in der Schule. Da sich aber solch grosse Veränderungen in der Familie und im Umfeld nicht einfach so und vor allem nicht von heute auf morgen umsetzen lassen, empfehle ich zu Beginn der Therapie, an der Medikation nichts zu verändern. Würde ich parallel zu Beginn der homöopathischen Behandlung auch noch die Medikamente absetzen oder verändern, könnte ich bei den folgenden Gesprächen gar nicht mehr sagen, was nun Wirkung des homöopathischen Arzneimittels ist und was die Veränderung der Medikamente bewirkt.

Einfacher ist es aber, wenn der Patient noch gar nie mit Medikamenten begonnen hat. Zusätzlich unterstützende Massnahmen wie Ernährungsumstellung oder Anpassen der Freizeitaktivitäten (Sport, TV, Computer), Hausaufgabenbetreuung, aber auch Weiterbildung der Eltern, wie sie durch eine Verhaltensumstellung bei sich oder durch gezielte erzieherische Massnahmen das betroffene Kind unterstützen können, müssen erst einmal greifen und funktionieren. Dann habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht, wenn parallel zur Homöopathie noch Therapien wie Ergotherapie, Osteopathie, Logopädie oder auch Psychologie zum Einsatz kommen. Wenn sich der Patient mit diesem «Therapiepaket» positiv entwickelt und sich auch unter dem Einfluss der homöopathischen Behandlung spürbare Verbesserungen einstellen, kann daran gedacht werden, Medikamente wie Ritalin usw. langsam abzusetzen. Am besten geschieht dies in Zusammenarbeit mit dem Arzt, der das Medikament verschrieben hat. Erfahrungsgemäss sind die Ärzte fast immer bereit dazu, wenn sich wirklich Verbesserungen beim Patienten eingestellt haben.

Die Homöopathie kann bei ADS sehr viel bewirken, wenn man die entsprechenden Symptome findet. Aber durch das Zusammenwirken von 2–3 verschiedenen, unterstützenden Therapien wird man sehr viel schnellere und umfassendere Verbesserungen bei ADS Patienten erleben.

### Homöopathie ohne Symptome

Wie bereits erwähnt, zeigen sich unter Medikamenten wie z. B. Ritalin die individuellen Symptome eines ADS Patienten nicht mehr. Das macht die Mittelfindung

zwar schwieriger, aber nicht unmöglich. Hierbei hilft mir immer wieder die genaue Fallaufnahme. Für mich ist es auch wichtig zu wissen, welche Krankheiten in der Familie vorhanden waren, denn dies bildet den Boden (in der Homöopathie miasmatisches Terrain genannt) einer Störung wie ADS. Fehlen mir dann die individuellen Symptome, kann ich doch immer noch beginnen, dieses Terrain homöopathisch zu bearbeiten. Schon allein dadurch verändert sich das Verhalten des Patienten. Dies kann man so lange machen, bis sich später individuelle Symptome zeigen, die es dann erlauben, das homöopathische Arzneimittel präzise auf den Patienten masszuschneiden.

Ferner muss ich auch wissen, welche Medikamente oder Impfungen der Patient im Leben hatte oder noch einnimmt. Gerade die Impfungen sind häufig mitverantwortlich für eine Störung wie ADS, wenn sie auf ein entsprechendes Terrain fallen. Ich beobachte dies in meiner Praxis und auch andere Homöopathen bestätigen dies. In meiner Praxis betreue ich etwa 15–20 % ungeimpfte Kinder. Auffallend ist, dass keines dieser Kinder unter ADS leidet. Alle meine ADS Patienten wurden in ihrem Leben mindestens ein Mal, die meisten aber mehrfach geimpft. Dies ist kein Beweis, sondern lediglich eine Beobachtung in der Praxis. Es gibt eine interessante Studie von Dr. med. Rolf Kron [3] über den Unterschied von geimpften und ungeimpften Kindern im Allgemeinen.

Ich will nicht behaupten, dass die Impfung zu ADS führt. Es kann aber so sein und es ist wichtig dies in der Praxis zu berücksichtigen, denn durch die homöopathische Behandlung eines möglichen Impfproblems erlebe ich oft eine Verbesserung des Zustandes, den alle Beteiligten mit Erstaunen feststellen.

### Studie ADS und Homöopathie

Bekannt sind drei Studien zur Wirkung der Homöopathie beim ADS.

- Lamont beobachtete in einer einfach verblindeten, placebo-kontrollierten Crossover-Studie mit 43 ADS-Kindern signifikante Besserungen [4].
- In einer weiteren Studie mit offener klinischer Verlaufsbeobachtung fanden Frei und Thurneysen bei 86 von 115 Kindern (75 %) eine Besserung des Conners Global Index um 55 % [5].

- Die Berner ADS-Doppelblindstudie [6]. Diese wurde in einem interdisziplinären Studienteam bestehend aus der KIKOM (Kollegiale Instanz für Komplementärmedizin der Universität Bern), der Abteilung für Kinderneurologie und Neuropsychologie der Universitätskinderklinik Bern, dem Institut für Mathematische Statistik und Versicherungslehre der Universität Bern (IMSV) sowie der Praxis von Dr. med. Heiner Frei, Laupen durchgeführt. In dieser Studie verminderten sich die Werte (CGI und CPRS) hochsignifikant um 37 %–63 %.

Aus all diesen Studien geht hervor, dass unter homöopathischer Behandlung die Intensität der ADS-Symptome schwächer wurde und eine deutlich Besserung im emotionalen und sozialen Bereich sowie im Schulverhalten zustande kam. In meiner Praxis kann ich solche Verbesserungen auch immer wieder beobachten. Es braucht aber 2–3 Monate Zeit, damit erste Verbesserungen wahrnehmbar sind. Voraussetzung ist eine kontinuierliche Behandlung und dass das passende homöopathische Mittel gleich zu Beginn gefunden wird. Dies ist aber nicht immer einfach und braucht sehr viel Erfahrung im Umgang mit ADS Patienten. Diesen Zeitbedarf kann man als limitierend betrachten. Erschwerend hinzu kommt noch die Abhängigkeit von den Beobachtungen durch Lehrer, Eltern oder Betreuer. Das Problem des Zeitbedarfs ist wohl das grösste, denn der Druck durch Lehrverantwortliche und oft auch durch Schulpsychologen ist zum Teil enorm und man lässt den Eltern kaum Zeit, eine Alternative für ihr Kind zu suchen und zu versuchen, obwohl sie in der Homöopathie vorhanden ist.

### Literatur

- Frans Vermeulen (2000), Konkordanz der Materia Medica, Haarlam, Emrys bv Publishers
- Pfeiffer, Drescher, Hirte (2004), Homöopathie in der Kinder und Jugendmedizin, München, Urban Fischer Verlag
- Dr. med. Rolf Kron (2010), Wie gesund oder krank sind ungeimpfte Kinder? Online unter: [www.kron-rolf.de](http://www.kron-rolf.de)
- Lamont J. (1997), Homeopathic treatment of attention deficit disorder. *British Homeopathic Journal*, S. 196–200.
- Frei H, Thurneysen A. (2001), Treatment for hyperactive children: homeopathy and methylphenidate compared in a family setting. *British Homeopathic Journal*, S. 183–188.

- Heiner Frei, Regula Everts, Klaus von Ammon und André Thurneysen, (2006) Zeitschrift für klassische Homöopathie, Homöopathische Behandlung von hyperaktiven Kindern: Ergebnisse einer randomisierten, placebo-kontrollierten Doppelblindstudie mit Crossover, (Download 7)

**Autor**

Daniel Trachsel

Klassische Homöopathie

Merkurstrasse 52

8640 Rapperswil

055 422 23 77

[daniel.trachsel@akademie-heilkunst.ch](mailto:daniel.trachsel@akademie-heilkunst.ch)

[www.danieltrachsel.ch](http://www.danieltrachsel.ch)



Verena Cathomen

## Neurofeedback, auch EEG-Biofeedback genannt, ist ein wissenschaftlich anerkanntes Hirnwellentraining

In den vergangenen Jahren hat sich die Hirnforschung dank der bildgebenden Verfahren enorm entwickelt. So haben wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt, dass zum Beispiel Stress, Schlaflosigkeit, Depression, Hyperaktivität und viele andere Beeinträchtigungen das Gehirnwellenmuster verändern können. Das Gehirn ist mit andern Worten unter- oder überaktiviert, Botenstoffe werden nicht adäquat gehemmt oder ausgeschüttet. Dank dem Neurofeedback-Training ist es möglich, dass das Gehirn seine Selbstregulationsfähigkeit wiedererlangt oder verbessert. Damit verbunden ist eine spürbare Steigerung der Lebensqualität.

**Le Neurofeedback, aussi appelé Biofeedback EEG, est un entraînement des ondes cérébrales scientifiquement reconnu**

*Ces dernières années, la recherche sur le cerveau s'est extraordinairement développée grâce aux procédés d'imagerie. C'est ainsi que des études scientifiques ont montré que le stress, l'insomnie, la dépression, l'hyperactivité et de nombreuses autres perturbations peuvent modifier les ondes cérébrales. En d'autres termes, selon les cas, le cerveau est sous-activé ou*

*suractivé, des neurotransmetteurs ne sont pas inhibés ou au contraire libérés. Grâce à l'entraînement de Neurofeedback, il est possible que le cerveau récupère ou améliore sa capacité d'autorégulation, ce qui vaut au sujet une amélioration sensible de sa qualité de vie.*

### Wie funktioniert Neurofeedback?

Unter Neurofeedback versteht man ein computerunterstütztes Verhaltenstraining. Ähnlich wie bei der Biofeedback-Methode werden zum Zweck der Selbstregulation Körpersignale gemessen und sichtbar gemacht. Beim Neurofeedback werden, wie bei einem Elektroenzephalogramm (EEG), die Hirnströme mittels Elektroden am Kopf gemessen. Die Signale werden aufbereitet und auf dem Bildschirm projiziert. Die computergestützte Rückmeldung an den Patienten erfolgt in Form einer Bildschirm-Animation oder eines Computerspiels, einer kybernetischen Schleife<sup>1</sup>. (siehe Abb. 1)

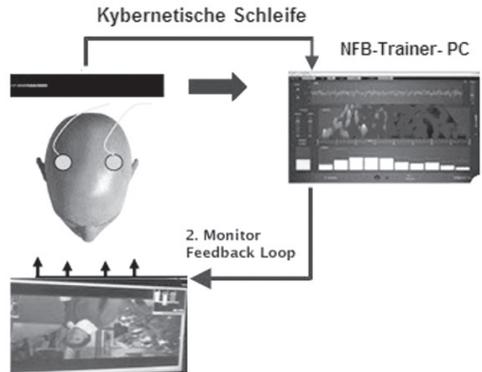


Abb. 1: Kybernetische Schleife

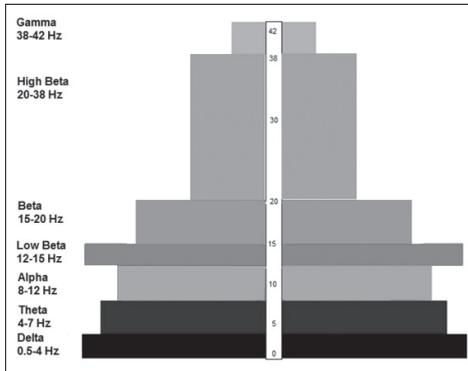
Immer wenn das Gehirn die persönlich optimalen Frequenzen produziert, sei es durch Hemmung oder Verstärkung, kommt es zu einer Belohnung: das DVD läuft, der Ton, die Musik kann gehört werden oder die Autos der Rennbahn fahren. Dieser Spielerfolg spiegelt somit eine Normalisierung der bioelektrischen Hirnwellen wider und damit setzt das Lernen durch

<sup>1</sup> Kybernetische Schleife: Zwei-Weg-Kommunikation zwischen Mensch und Computer. Das Gerät misst wie der Klient in Echtzeit auf das Training reagiert.

Erfolg ein. Der Trainierende lernt durch diese Erfolgsmeldungen, bis zu 1000-mal pro Sitzung, die verbesserte Hirnaktivität immer schneller und anhaltender zu erreichen. Somit ist es mit Neurofeedback möglich, die Selbstregulationsfähigkeit zu beeinflussen, indem diejenigen Hirnwellen trainiert werden, die für das neue Verhaltensmuster kennzeichnend sind.

**Welche Hirnwellen werden trainiert?**

1929, zeichnete **Hans Berger**, ein deutscher Psychiater, das erste Elektroenzephalogramm auf und entdeckte so die Hirnwellen. Er benannte sie nach dem griechischen Alphabet: Alpha, Beta, Gamma, Delta und Theta, (siehe Abb.2).



**Abb 2: Schematische Darstellung der Frequenzbänder**

Je nach Bewusstseinszustand (Schlafen, Tagträumen oder Lernen) produziert unser Gehirn unterschiedlich dominante Hirnwellen. Die Gehirnaktivität ist immer im Zusammenhang und im Wechselspiel mit neurochemischen Substanzen (Neurotransmitter, Hormonen), den eigenen Erfahrungen und dem sozialen Umfeld zu sehen. Grundsätzlich produziert das Gehirn immer alle Wellen. Im Tiefschlaf werden hauptsächlich Deltawellen produziert (über 50 %), Thetawellen beim Einschlafen, aber auch bei Meditation, Erinnerungen und Gefühlen. Alphawellen werden häufig beobachtet, wenn der Geist und der Körper ruhig und entspannt sind. Von da aus ist es möglich in den Rückzug zu gehen, Tagträumen, einzuschlafen oder aber auch aktiv zu werden, in Bewegung zu gehen. Die Beta-Wellen umfassen den Bereich von 12–38 Hz. Wache

entspannte Aufmerksamkeit und Konzentration mit leicht erhöhtem Muskeltonus zeigt sich im Bereich von 12–20 Hz. Das sind die Frequenzen die für ein optimales Lernen verantwortlich sind. Nimmt die Anspannung, sprich Hektik, Stress und Ängste zu, werden vermehrt High-Beta-Wellen produziert. Unter diesen Umständen ist ein ruhiges Denken nicht mehr möglich, es kann weder adäquat gespeichert noch abgerufen werden. Gammawellen zeigen sich bei anspruchsvoller Tätigkeit mit hohem Informationsfluss.

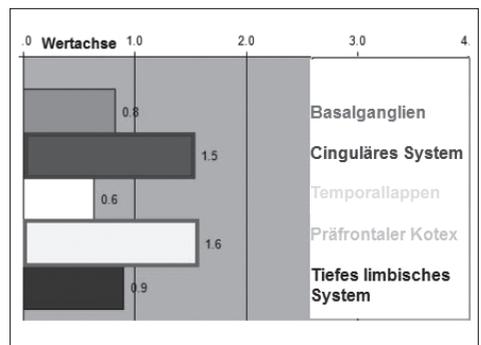
**Von den Auswertungen zum Training**

Beispiel aus der Praxis:

Ein Knabe, 10 Jahre alt, mit diagnostiziertem ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom) kommt wegen Impulsivität, Ablenkbarkeit, Verträumtheit, Langsamkeit bei den Hausaufgaben, Vergesslichkeit und kleiner Frustrationstoleranz ins Neurofeedbacktraining.

Die Eltern und wenn möglich die Lehrperson, beantworten zwei subjektive Fragebögen. Zusätzlich wird ein quantitatives EEG, unter verschiedenen Bedingungen aufgenommen: Augen zu, Augen offen und ein visueller Konzentrationsverlaufstest. Mit diesen aktuellen Informationen wird nun ein individueller Trainingsplan erstellt, der im Verlauf des Trainings kontinuierlich dem Klienten angepasst wird.

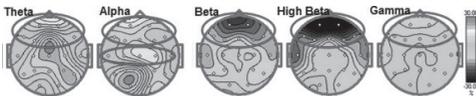
Die Auswertung der Fragebögen des 10 jährigen Jungen deutet darauf hin, dass der frontale, inklusive präfrontale Kortex und das cinguläre System dysfunktional zu sein scheinen. (vgl. Abb.3)



**Abb. 3: Die Zusammenfassung der Fragebögen mit den auffälligsten Systemen**

Grosse Gewichtung (im Einzelnen mit Bewertungen bis 4 auf einer Skala von 0–4) bekamen folgende Symptome, die den Frontallappen betreffen: grosse Ablenkbarkeit, Apathie oder Fehlen von Motivation, Rastlosigkeit, kann nicht still sitzen wenn er gefordert wird, antwortet bevor die Frage ganz gestellt ist, hat Schwierigkeiten zu warten bis er an der Reihe ist, kann seine Aufgaben nicht gut organisieren und planen, vergisst Aufgaben und Termine. Auffälligkeiten, die das cinguläre System betreffen sind: Tendenz zur Opposition oder zum Argumentieren, Abneigung gegen Veränderungen, hat Schwierigkeiten die Aufmerksamkeit von einer Sache auf eine andere zu lenken, hat Mühe von einer Aufgabe zu einer andern zu wechseln, hat die Tendenz zu sprechen ohne vorher zu denken, muss Leute und Situationen kontrollieren.

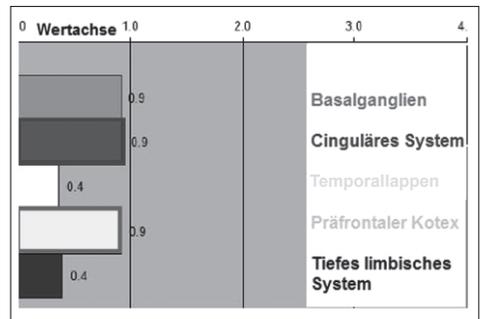
Die Auswertung des quantitativen EEGs (Task: visueller Leistungstest), zeigt im frontalen und zentralen Bereich immer wieder viele langsam rhythmische Hirnwellen, vor allem Theta- und Alphawellen und wenige schnell Betawellen. (vgl. Abb. 4)



**Abb. 4: qEEG: Spektraldarstellung, gelbe Farbe → zu viel langsame Hirnwellen, blau, schwarze Farbe → zu wenig schnelle Hirnwellen.**

Die dominanten Alphawellen, sichtbar im sensomotorischen Bereich, verhindern eine adäquate Verarbeitung der sensorischen Inputs. Die Auswirkung zeigt sich direkt im Frontallappen, er wird lahmgelegt. Die Dysfunktion zeigt sich deutlich in den aufgezählten Symptomen. Das Training wird so gestaltet, dass die Alphawellen gestoppt und die Betawellen gefördert werden. Das heisst, wenn beide Bedingungen gleichzeitig erfüllt werden, erfährt der Knabe eine Belohnung. In diesem Fall läuft eine DVD, eine Geschichte, die er unbedingt sehen will. Es muss sich für ihn lohnen seine Präsenz und seine Muskelspannung zu erhöhen; denn durch die Aufmerksamkeit und die Muskelaktivität produziert das Gehirn mehr Betawellen im Bereich von 12–20 Hz. und die Alphawellen reduzieren sich. Anfänglich geschieht der muskuläre

Einsatz unbewusst. Im Verlauf des Trainings kommt der Transfer in den Alltag, das heisst: bewusster Einsatz der Aufmerksamkeit in Zusammenhang mit der muskulären Spannung. Nach 15 Neurofeedbacksitzungen füllten die Eltern noch einmal die Fragebögen aus. Die Auswertung zeigt, dass die Anzahl Symptome sich merklich verringert hat und die Gewichtung im Durchschnitt auf 2 oder 1 zurück fiel. (vgl. Abb. 5)



**Abb. 5: Fragebogen nach 15 Neurofeedbacksitzungen: Die Symptome im Bereich des Frontallappens und im cingulären System haben sich verbessert**

Beim Nachfragen wie nun der Alltag mit dem Jungen erlebt wurde, erzählten mir die Eltern, dass er gesamthaft präsenter und fröhlicher wirke, und dass die oben genannten Auffälligkeiten abgenommen hätten. Die Aufmerksamkeit in der Schule hätte sich verbessert, so dass der Lehrer ein positives Feedback gegeben hätte. Zusätzlich entwickelte der Junge Strategien, die seine Bemühungen nichts zu vergessen erfolgreich unterstützten. Beim Neurofeedback war zu beobachten, dass er viel weniger Alphawellen im Frontallappen und auf dem sensomotorischen Streifen produzierte, dafür aber Betawellen im Bereich zwischen 12–20 Hz leichter aktivieren konnte. Um diese positiven Veränderungen zu festigen, bedurfte es noch 15 weiterer Neurofeedbacksitzungen.

### Wo kann Neurofeedback helfen?

Das Neurofeedback-Training ist bei Störungen und Auffälligkeiten, die mit Übererregung oder Untererregung der Gehirnaktivität zusammenhängen erfolgreich. Das können ADHS, Konzentrationsstörung, Motivationsmangel, Migräne, Stress, Prüfungsangst

sein. Neurofeedback verhilft dem Gehirn, seine Selbstregulationsfähigkeit wieder zu erlangen oder zu verbessern. Dabei ist es möglich, dass Symptome sich auf ein erträgliches Mass reduzieren oder sogar ganz verschwinden. Allerdings ist es wahrscheinlich, dass eine Disposition für eine gewisse Dysfunktionalität bleibt. Bei erfolgreichem Neurofeedbacktraining ist es möglich, dass Medikamente, die die Gehirnfunktion ansprechen, niedrigerer dosiert werden können, oder sogar nicht länger benötigt werden, da das Gehirn die Rolle der Regulation selbst übernimmt. Es ist für die Klienten daher wichtig, das Neurofeedbacktraining und eine bestehende Medikation mit dem behandelnden Arzt abzustimmen.

## Geschichte

1929, **Hans Berger**, ein deutscher Psychiater, zeichnete das erste Elektroenzephalogramm auf und entdeckte so die Hirnwellen. Er benannte sie nach dem griechischen Alphabet: Alpha, Beta, Gamma ... usw. Ende der 50er Jahre, führten **Joe Kamiya**, ein amerikanischer Psychologe, erste Alphatraining durch. Der Fokus der Forschung lag bei: Entspannung durch Alphatraining. In den späten 60 Jahren experimentierte **Berry Serman**, Psychiater und Neurobiologe, mit Katzen. Beim operanten Konditionieren zeigten die Tiere bestimmte Gehirnaktivitäten. Er nannte sie SMR (sensory-motor-rhythm, im Bereich von 12–15 Hz). Im weiteren Verlauf des Experimentierens bemerkte Berry Serman, dass die Versuchstiere, die ein Training zur Erhöhung des SMR durchliefen, motorisch ruhiger und resistenter gegen epileptische Anfälle wurden. 1984 erkannte **Joel Lubar**, Biopsychologe, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen dem Theta/Beta Ratio und dem ADHS. In der Folge trainierte er Kinder mit ADHS. Er konnte zeigen, dass die Erhöhung der Aktivität im SMR- und Betabereich, bei gleichzeitiger Unterdrückung von langsamen Hirnwellen, die Aufmerksamkeit signifikant verbesserte und die Hyperaktivität reduziert wurde. **In den 90er Jahren** begann eine schnelle Entwicklung neuer Methoden für die genaue Quantifizierung des EEG (qEEG). Dank der Weiterentwicklung im Bereich der Computertechnologie erlebte die Methode des Neurofeedbacks sowohl in der klinischen Anwendung als auch in der Forschung einen Aufschwung.

## Literatur

- Braus D. F. (2011). EinBlick ins Gehirn. Stuttgart, New York: Thieme
- Demos J. N. (2005). Getting started with Neurofeedback. New York, London. W. W. Norton & Company
- Frank-Scholler A. (2009). Das Gehirn von A–Z. Ulm. Frank-Scholler
- Gasser P. (2010). Gehirngerechtes lernen. Bern hep
- Müller A., Gandrian G., Kropotov J. (2011). ADHS Neurodiagnostik in der Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer
- Pritzel M., Brand M., Markowitsch J. (2009). Gehirn und Verhalten. Heidelberg, Berlin. Spektrum
- Thompson Th. & L. (2003). The Neurofeedback Book. Colorado USA: AAPB

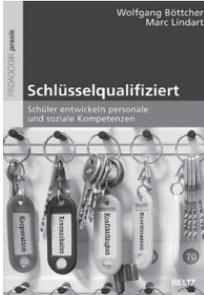
## Autorin

Verena Cathomen  
 Neurofeedbacktherapeutin  
 Psychologische Beratung  
 Neurofeedback-Uster  
 Brunnenstrasse 10  
 8610 Uster  
[verena.cathomen@neurofeedback-uster.ch](mailto:verena.cathomen@neurofeedback-uster.ch)

# Rezensionen

## Böttcher Wolfgang und Lindart Marc Schlüsselqualifiziert – Schüler entwickeln personale und soziale Kompetenzen

Verlag Beltz, Weinheim und Basel, 2009, 126 Seiten



Schlüssel können helfen Türen und Tore zu öffnen. Diese Funktion wird, in übertragenem Sinn, hier personalen und sozialen Kompetenzen zugeschrieben – für die erfolgreiche Bewältigung des gesamten Lebensalltags in Familie, Ausbildung/Beruf und Freizeit, als Hilfe für die Entwicklung des Einzelnen

und der ganzen Gesellschaft – politisch, ökonomisch, kulturell, sozial. Darin sehen die beiden Autoren, Böttcher und Lindart, die Begründung und Rechtfertigung des vorliegenden Buches. Sie wollen einen Anstoss geben und einen praktischen Leitfaden vermitteln, dass die Schule ihr Curriculum endlich ausweitet und sich um die Vermittlung personaler und sozialer Kompetenzen systematisch kümmert. Die Schule habe auf das Leben vorzubereiten und sei ja gleichzeitig sozial organisiert.

Das Buch ist also ein Programm und keine Reaktion auf die vielen Klagen über Unterrichtsstörungen, Disziplinprobleme, sozialen Anpassungsschwierigkeiten von Schülerinnen und Schülern.

In seiner äusseren Aufmachung besticht es durch eine gute Übersichtlichkeit, durch eine klare Gliederung. Inhaltlich führen die Autoren zuerst kurz und klar ein in ihr allgemeines Verständnis von sozialer und personaler Kompetenz als Schlüsselqualifikationen. In Unterkapiteln konkretisieren sie beides. Die **Personalkompetenz** gliedern sie auf in die Kapitel **Zielkompetenz** (eine Vision von der Lebensgestaltung haben und diese verfolgen) und **Zeitmanagement** (was möchte/sollte ich wann tun?). Die **Sozialkompetenz** fächern sie auf in die Kapitel **Kommunikationsfähigkeit**, **Teamfähigkeit**, **Durchsetzungsfähigkeit**, **Konfliktfähigkeit**. Jedes dieser Kapitel folgt der gleichen Struktur:

Nach einer theoretischen Einführung gibt es handlungsorientierte Wissensbausteine zum entsprechenden Thema und Anleitungen zu praktischen Übungen. Diese gegliedert in Ziele, notwendige Materialien, Hinweise zur Durchführung, Anregungen zu auswertenden und weitergehenden Reflektionen und zu Möglichkeiten des Transfers in den Alltag. Auf letzteres legen die Autoren viel Wert.

Die Hintergrundinformationen als Theorieteil der einzelnen Kapitel erscheinen uns in klarer und verständlicher Sprache, die vorgeschlagenen Übungen passend, gut angeleitet und daher praktisch umsetzbar. Bearbeitet werden z. B. Themen wie «was will ich im Leben sein und tun?», «gezielt Rapport aufbauen», «Ich-Botschaften formulieren», «richtig zuhören», «Umgang mit Killerphrasen», usf. Zu jeder Übung werden Anregungen zu Reflexionen und zum Transfer in den Lebensalltag angegeben – sehr bereichernd.

Die einzelnen Übungen beanspruchen je dreissig bis sechzig Minuten. Sie können einzeln, aber auch chronologisch durchgeführt werden (praktisch wie ein «Lehrgang»). Es sind also nicht kleine «Versatzstücke» die man «so» in den Unterricht einstreuen könnte.

Als Anregung und gute Orientierung zu den erwähnten Themen können wir das Buch vorbehaltlos zur Lektüre empfehlen, v. a. auch in die Hand von Lehrpersonen. Eine praktische Durchführung erscheint uns allerdings nur auf der Oberstufe der Sekundarschule I und auf dem Sekundarschule II – Niveau möglich, z. B. in lebenskundeorientierten Unterrichtsgefässen. Je nach Heterogenität einer Schulklasse wird intensive Motivationsarbeit Voraussetzung sein, damit auch die «Herzen» mitschwingen.

Martin Inversini

## Holzinger Andrea/Wohlhart David Schulische Integration

Studienverlag, Innsbruck, Wien, Bozen, 2009,  
191 Seiten



Holzinger und Wohlhart legen hier ein Lehrbuch vor: Integration ist unverzichtbar, weil Heterogenität – individuell, kulturell und sozial – heutigstage in unseren Schulen die Norm ist. Und Unterricht ist dann integrativ wenn «alle Kinder und Schüler in Kooperation miteinander auf ihrem jeweiligen

Entwicklungsniveau nach Massgabe ihrer momentanen Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungskompetenzen in Orientierung auf die «nächste Zone ihrer Entwicklung an und mit einem gemeinsamen Gegenstand spielen, lernen und arbeiten» so die Autoren in Anlehnung an Feuser G.\*. Im Fokus der Integration/Inklusion muss stehen, die allgemeine Schule für alle besser zu machen, und nicht durch besondere Massnahmen Einzelne für diese Schule. Am Beispiel der Behinderten zeigen die Autoren, was das im Grundsätzlichen heisst.

Das erste Kapitel schafft Klarheit in den Begriffen Integration, Inklusion, Segregation und thematisiert die gesellschaftliche Sichtweise von Behinderung. Diese werde durch Zuschreibung und Etikettierung im Wesentlichen erst geschaffen! Das Menschenbild der Integration versteht Behinderte als Gleichwertige und Gleichberechtigte. Als solche sind sie kompetent, sich mit ihren Möglichkeiten und in ihrer Umwelt tätig auseinander zu setzen und zu organisieren. Dies anzuerkennen ist das Zentrale. Hier hat Bildung anzusetzen, die Entwicklung so zu unterstützen und den Schulalltag so zu gestalten, dass sich jedes Kind darin wohlfühlen kann. Die Forderung nach Schonraum wird zur pädagogischen Bankrotterklärung.

Das zweite Kapitel referiert die Verhältnisse rund um die Integration in Österreich. Es geht um die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen, den Realisierungsstand und die Realisierungsformen von Integration und die noch anstehenden Desiderate. An-

regend und hochinteressant, mit unseren Verhältnissen vergleichen zu können.

Die Didaktik der Integration, im dritten Kapitel umrissen, liefert konsequenterweise die Grundlage der Didaktiken für die heutige Schule überhaupt, da diese ja nur noch heterogene Gruppen kennt. Die Maxime der neuen Lernkultur heisst: Grösstmögliche Individualisierung bei gleichzeitiger grösstmöglicher Kooperation und Sicherstellung gemeinsamer Lernanlässe. Der herkömmliche Fächerkanon öffnet sich hin auf Lernfelder. Projektinhalte bestimmen den Rhythmus, nicht die Stundentafel, und die Beurteilungen richten sich am individuellen Leistungsweg aus: Definitiv formativ und weder selektiv noch vergleichend. Viele Gedanken stammen aus der Reformpädagogik des letzten Jahrhunderts: Montessori, Petersen, Freinet und Andere – «Pädagogik vom Kinde aus», aber modifiziert.

Praktiziert wird die integrative Didaktik und Methodik in der Regel von zwei Lehrpersonen pro Klasse, eine ausgebildet als «Lehrperson für integrativen Unterricht».

Unter dem Titel «Arbeitsfeld und Qualifikation» wird die Lehrer/Innenbildung skizziert und dann, wichtig und unverzichtbar, deren Kooperation und Teamarbeit in der Praxis. Der Anspruch ist hoch: «Letztlich muss jedes Lehrer/Innenteam seinen didaktischen Weg finden» (131). Die Darstellung von positiven Forschungsergebnissen zu Effekten und Qualität schulischer Integration sowie Anregungen und Impulse für persönliche Reflexionen schliessen das Buch ab.

Ein Buch, das uns in gut lesbarer, klarer Sprache vorliegt, übersichtlich gestaltet ist und jedes Kapitel mit Impulsen zum Nachdenken und diskutieren, sowie mit Angaben zu weiterführender Literatur schliesst.

Uns imponiert das Buch als engagierter Aufruf, mit der Integration der Schule ernst zu machen zum Vorteil des Einzelnen und der ganzen Gemeinschaft. Die reichhaltigen, gut geordneten, plausiblen und wichtigsten Begründungen in einer «Auslegeordnung» zu erfahren, lohnt sich eine Lektüre sehr.

\* Feuser G. (1995). «Behinderte Kinder und Jugendliche zwischen Integration und Aussonderung». Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Darmstadt, 173.

Dieses Lehrbuch bewegt sich auf den Ebenen der idealen und grundsätzlichen Begründung und Darstellung schulischer Intergration. An deren Grenzen geht es nicht: Es gibt vorstellbar Kinder, die ein noch so gut geleitetes, gefügtes Kollektiv blockieren, sprengen. Und es gibt vorstellbare, didaktisch nötige und legitime Unternehmungen für eine Schulklasse, die für gewisse Kinder nicht denkbar sind. Wie lange gilt eine notwendige personelle, räumliche und zeitliche besondere heilpädagogische Zuwendung noch als integrativ, und wann wird sie separativ. Oder: wieviel «Förderpersonal» erträgt ein Klassenraum, und wann wird etwas zur schwer erträglichen Belagerung? Über z. B. eigentlich nötige baulich – strukturelle Veränderungen und auch den instrumentellen Mehrbedarf für die Durchführung von Intergration sagen die Autoren nichts aus.

Die Klärung der Begriffe «Förderbedarf» – Wohlhart verwendet diesen durchgehend, Holzinger nie – und «Kinder mit besondern schulischen Bedürfnissen» – Holzinger verwendet diesen durchgehend, Wohlhart nie, bleibt aus, wäre aber dringend nötig, wie so die Grenzen der materiellen Aufwendungen und auch bloss ideologisch motivierte Ansprüche an Integration aufgezeigt werden könnte. Integration startete in der Politik ja vielerorts als Sparmöglichkeit. Nun erweist sie sich teurer als angenommen. Die Autoren, die die zögerliche Umsetzung von Integration beklagen, müssten eigentlich den Geldgebern im Staat ganz konkret zeigen, wie und wo bei dieser individualistisch erscheinenden Alternative, im Vergleich zum heutigen System, Einfluss und Kontrolle überhaupt noch möglich sind. Der Hinweis, dass die Lehrpersonen mit den Kindern und den Eltern je den Weg zu finden hätten, kann nicht befriedigen.

Martin Inversini



MATTIELLO



Jürg Forster

## Auf dem Weg zu europäischen Qualitätsstandards in der Schulpsychologie

### Standards der European Federation of Psychologists Associations EFPA

Die European Federation of Psychologists Associations EFPA hat kürzlich in einem Positionspapier die Aufgaben von Schulpsycholog/-innen umschrieben<sup>1</sup>. Dieser Dachverband von 35 nationalen Psychologieverbänden, zu denen auch die FSP gehört, vertritt über 300'000 Psychologen und Psychologinnen. Deren wichtigste Tätigkeiten sind gemäss diesem Positionspapier Prävention, Evaluation (diagnostische Beurteilung, in der Schweiz oft auch «Abklärung» genannt) und Intervention. Jedes der drei Tätigkeitsfelder hat drei Ebenen: die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, jene mit Bildungseinrichtungen und die gesellschaftliche Ebene. Die grosse Breite des Berufsfeldes ist begründet: Es soll nicht sein, dass Schulpsycholog/-innen Kinder und Jugendliche lediglich im Hinblick auf Defizite untersuchen, die in der Schule auffallen. Mindestens so sehr muss die Frage im Zentrum stehen, welche Fähigkeiten ein Kind hat, die es noch nicht umsetzen kann, und welche familiären oder schulischen Bedingungen seine Entwicklung erschweren. Oft ist es angezeigt, an Stelle einer Untersuchung des Kindes seine Bezugspersonen zu beraten. Auch die fachliche Beratung der Entscheidungsträger bei Änderungen des Lehrplans oder des ganzen Schulsystems kann eine schulpsychologische Aufgabe sein. – Eine Grundvoraussetzung für eine

qualifizierte psychologische Tätigkeit ist die fachliche Ausbildung. Diese soll entsprechend dem EFPA-Standard **Europsy**<sup>2</sup> ein 5-jähriges Hochschulstudium in Psychologie mit 300 ECTS-Punkten und eine 1-jährige supervidierte Praxistätigkeit umfassen. Das Beachten der berufsethischen Richtlinien und der Besuch von geeigneten Fortbildungen werden während der gesamten beruflichen Laufbahn erwartet.

### Les standards de l'European Federation of Psychologists Associations EFPA

*L'European Federation of Psychologists Associations EFPA a récemment décrit dans une prise de position écrite les tâches dévolues aux psychologues scolaires. Cette association faitière de 35 associations nationales de psychologie, dont la FSP fait également partie, représente plus de 300'000 psychologues, dames et messieurs. Les activités majeures des psychologues scolaires sont, à en croire ce document, la prévention, l'évaluation (appréciation diagnostique, souvent appelée, en Suisse, « bilan ») et intervention. Chacun de ces trois champs d'activité présente trois plans: le travail avec les enfants et adolescents, la collaboration avec des institutions formatrices et le plan social. L'ampleur de notre champ professionnel est justifiée: les psychologues scolaires ne sauraient examiner les enfants et les adolescents sous le seul angle de leurs déficits en classe. Au centre, pour le moins tout aussi intésement, doivent figurer la question des capacités de l'enfant qu'il n'est pas encore en mesure de mettre en valeur, et celle des conditions familiales ou scolaires qui freinent son développement.*

### Schweizer Schulpsychologie im internationalen Vergleich

Die Nähe der schulpsychologisch tätigen Fachleute zu Lehrpersonen, Schulleitungen und Schulbehörden ist eine grosse Chance und ein ebenso grosses Risiko.

<sup>1</sup> Roe, R. (2011). EFPA Position Paper on Psychologists in the Educational System and their contribution to Lifelong Learning. In: *European Psychologist*, Vol. 16 (1), 79. Hogrefe Publishing.

<sup>2</sup> European Federation of Psychologists Associations (2009). EFPA Regulations on EuroPsy and Appendices. ([www.europsy-efpa.eu](http://www.europsy-efpa.eu) > Knowing more about Europsy > Regulations)

Wenn ein Kind Mühe hat mit dem Lernen oder mit dem Einhalten der Regeln, die in der Schule gelten, ist es verfehlt, die Schwierigkeiten allein auf Seiten des Kindes und seiner Familie zu suchen. Die Schule hat den Bedürfnissen der Schülerinnen und Schüler gerecht zu werden und nicht umgekehrt. Ihrem Anspruch der fachlichen Neutralität genügt die Schulpsychologie oft zu wenig. Die wenigsten schulpsychologischen Berichte nennen die schulischen Faktoren, die zu einem Problem beitragen, mit derselben Deutlichkeit wie jene, die sich auf das Kind beziehen. Sie stellen Entwicklungsdefizite in den Vordergrund, um Massnahmen zu begründen, die ein Kind braucht. Die Beratung der Bezugspersonen in der Schule schlägt sich in Abklärungsberichten kaum nieder. Sie ist ein sehr wichtiger Teil der schulpsychologischen Arbeit, der eher «im Hintergrund» abläuft. Er kann nur gelingen, wenn die Fachperson von der Schule nicht als Bedrohung, sondern als Unterstützung wahrgenommen wird. So ist die schulpsychologische Praxis immer eine schwierige Gratwanderung, die Berufseinsteiger/-innen leicht überfordern kann. Wenn Psycholog/-innen der Schulleitung unterstellt sind oder der Schulbehörde, der sie ihre Empfehlungen zusenden, wird die Arbeit besonders erschwert. Eine gute Rückendeckung durch einen Berufsverband oder durch kantonale Instanzen sind entscheidend. Ethische Richtlinien und Rechtsgrundlagen sind in solchen Situationen eine wichtige Argumentationshilfe und ein Schutz.

Auch wenn es noch grossen Handlungsbedarf gibt, steht die Schweizer Schulpsychologie im internationalen Vergleich doch recht gut da. Die Anzahl Schüler/-innen pro Schulpsycholog/-in zu beziffern ist zwar schwierig, weil genauere Daten fehlen, die Versorgungsdichte dürfte aber besser sein als in den meisten Staaten Europas. In vielen Kantonen haben volksschulpflichtige Kinder einen Rechtsanspruch auf schulpsychologische Betreuung. Ausbildungsanforderungen, Infrastruktur und Angebot der Dienste erfüllen in weiten Teilen der Schweiz internationale Standards<sup>3</sup>. Eine grössere Zahl geeigneter Testverfahren, die wissenschaftlichen Kriterien genügen, liegt in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch vor. Es gibt kantonale und z. T. gesamtschweizerische Rechtsgrundlagen, die den Beruf regeln. Die Gefahr, von un-

zufriedenen Eltern in ein Gerichtsverfahren verwickelt zu werden, ist für öffentlich angestellte Fachleute minimal. Die Arbeitsbedingungen von Schulpsycholog/-innen sind anspruchsvoll – zu ihrer hohen persönlichen Verantwortung kommt ein sehr grosser Arbeitsdruck mit saisonalen Schwankungen hinzu. Die Arbeitswoche ist im internationalen Vergleich lang und Mitarbeitende haben meist deutlich weniger Ferien als Lehrpersonen. Entlohnung und Sozialleistungen sind in der Regel aber angemessen. Ein neuer Ansatz, der in den USA zurzeit die schulpsychologische Praxis prägt, ist den Schweizer Schulen erspart geblieben und es gibt Grund zu hoffen, dass dies so bleibt. Der Ansatz nennt sich **Response to Intervention/RTI** (Ansprechen auf Förderung). Schulpsycholog/-innen beteiligen sich in den USA bei Kindern und Jugendlichen, die in der Schule Probleme haben, sehr intensiv an der Förderplanung. Sie erheben Lernfortschritte mit Fragebögen, werten diese aus und beraten die Lehrperson, wenn die erwarteten Fortschritte des Kindes ausbleiben. Die Schulen sind verpflichtet, über die Lernfortschritte ihrer Schüler/-innen Buch zu führen. Es gibt finanzielle Anreize für Schulen, die bezüglich Lernfortschritte erfolgreicher sind als andere. In immer mehr Staaten der USA werden nun die Lehrpersonen mitverantwortlich gemacht, wenn die Leistungen eines Kindes schwach bleiben. Mitarbeiterbeurteilungen der Lehrpersonen basieren u. a. auf den Fortschritten der Schüler/-innen. Die damit verbundene Belastung der Lehrpersonen wirkt sich unmittelbar auf die Arbeit der Schulpsycholog/-innen aus, die befürchten, ebenfalls auf Grund der Fortschritte der von ihnen betreuten Kinder beurteilt zu werden.<sup>4</sup> Eine solche Reduktion der schulpsychologischen Aufgaben auf Fragen, die unmittelbar schulleistungsrelevant sind, steht uns in der Schweiz voraussichtlich nicht bevor.

<sup>3</sup> Farrell P., Jimerson S. & Oakland Th. (2007). School Psychology Internationally: A Synthesis of Findings. In: Jimerson S., Oakland Th. & Farrell P. (Ed.), *The Handbook of International School Psychology*, p.501–509. Sage.

<sup>4</sup> Skalski A. K. (2011). Should Student Achievement Data Be Considered in the Evaluation of School Psychologists? In: *Communiqué*, Vol. 39, Nr. 6, p.14. National Association of School Psychologists.

Einige kritische Punkte dürfen trotz dieser insgesamt positiven Einschätzung der Situation in der Schweiz nicht unerwähnt bleiben: Im Vergleich zum angelsächsischen Sprachraum ist die Schulpsychologie in unserem Land und in Nachbarländern sehr wenig an den Universitäten vertreten. Die Wirksamkeit schulpsychologischer Interventionen und jene von Präventionsprogrammen werden wenig erforscht. Zudem sollten einige diagnostische Verfahren in Bezug auf die Erfüllung wissenschaftlicher Kriterien überprüft und andere neu standardisiert werden. – Kritisch zu werten ist auch die Diskrepanz zwischen den oft umfassenden Stellenbeschreibungen von Schulpsycholog/-innen und der Praxis, die sich in vielen Diensten nach wie vor stark an der diagnostischen Einzelfallarbeit ausrichtet. Prävention und Intervention kommen zu kurz, auch wenn deren Wichtigkeit anerkannt ist<sup>5</sup>. Als Grund, weshalb dies so ist, wird immer wieder der hohe Anmeldungsdruck in den Diensten genannt. Abklärungen werden vorgezogen und andere Aufgaben kommen zu kurz. Da es die Leitungen der meisten Schulpsychologischen Dienste in der Hand haben, das Vorgehen nach einer Anmeldung zu bestimmen, muss es für diese Prioritätensetzung noch andere Gründe geben. Einer mag darin liegen, dass die Einzelfallarbeit dem Berufsbild vieler Psycholog/-innen mehr entspricht als eine präventive Tätigkeit in Projekten. Auch für Interventionen in Klassen oder ganzen Schulen fühlen sich Schulpsycholog/-innen oft zu wenig ausgebildet. Hier sind die Leitungen gefordert, bei der Auswahl von Mitarbeitenden deren kommunikative und soziale Fähigkeiten genügend hoch zu gewichten.

Die Bedingungen für eine qualitativ gute schulpsychologische Praxis sind in weiten Teilen der Schweiz gegeben. Die Tätigkeit ist herausfordernd, abwechslungsreich und verantwortungsvoll. Die Rekrutierung von Psycholog/-innen, die bereit sind, sich während ihrer Tätigkeit im Gebiet der Kinder- und Jugendpsychologie weiter zu qualifizieren, ist zurzeit kein grösseres Problem, was sich aber rasch ändern kann. Es besteht die Gefahr, dass der Beruf weniger attraktiv wird, wenn die eigentliche psychologische Tätigkeit gegenüber administrativen Aufgaben zu kurz kommt. Die Zunahme von vorgeschriebenen Dokumentationen, die bereits festzustellen ist, könnte mit der Einführung von Standardverfahren z. B. im Bereich der Sonderschulzuweisung zum Problem werden.

Die Notwendigkeit eines Auftrags an die Schulpsychologischen Dienste, der neben Diagnostik und Beratung auch Prävention und Intervention einschliesst, wird kaum bestritten. Diesen Auftrag umfassend wahrzunehmen, die Kinderrechte glaubwürdig zu vertreten und im Interesse von Kindern, Eltern und Schule eine fachlich hochstehende Arbeit auszuführen, wird für Schulpsychologinnen und Schulpsychologen auch in Zukunft die wichtigste Herausforderung bleiben.

---

Dieser Beitrag ist eine gekürzte und leicht bearbeitete Fassung des Artikels «Wo steht die Schulpsychologie heute?», den der Autor zum 20-jährigen Bestehen des Kantonalverbandes der Zürcher Psychologinnen und Psychologen im Jahr 2011 verfasst hat. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des ZüPP.

Jürg Forster, Dr. phil., leitet den Schulpsychologischen Dienst der Stadt Zürich und ist Dozent an der Universität Basel im Studiengang Master of Advanced Studies in Developmental Diagnostics and Psychological Counseling. Er vertrat von 2001 bis 2010 die FSP im EFPA Standing Committee on Ethics. 2008–2011 war er Vizepräsident der SKJP. Seit Sommer 2011 ist er Präsident der International School Psychology Association ISPA.

---

<sup>5</sup> Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie SKJP (2004). Berufsbild für Kinder- und Jugendpsychologie. ([www.skjp.ch/media/berufsbild\\_1.pdf](http://www.skjp.ch/media/berufsbild_1.pdf))



Karin Brantschen

## Erfahrungsbericht über die ISPA-Konferenz 2011 in Indien

Die 33. Konferenz der Internationalen Vereinigung der SchulpsychologInnen (ISPA) fand vom 19.–23. Juli 2011 in Vellore statt, gut 2,5 Autofahrstunden westlich von Chennai im Landesinnern von Tamil Nadu. Als ursprünglicher Konferenzort stand eigentlich die Mega-City Chennai auf dem Programm. Rund einen Monat vor Konferenzbeginn musste der Austragungsort jedoch aus organisatorischen Gründen verlegt werden. Die renommierte VIT-University in Vellore sprang in die Bresche, übernahm die Rolle der Gastgeberin und stellte Infrastruktur und Know-How zur Verfügung. Unzählige freiwillige Helferinnen und Helfer aus der Studentenschaft standen den Konferenz-TeilnehmerInnen zudem mit Rat und Tat – im sprichwörtlichen Sinne – zur Seite.

Die ISPA-Konferenz wurde in Zusammenarbeit mit der Indian School Psychology Association (InSPA), dem National Institute of Technical Teachers Training and Research, Chennai (NITTTR) und der Indian Academy of Applied Psychology (IAAP) organisiert. Das Konferenz-Thema stand unter dem Titel: Educational Psychology in the Context of Globalization, Diversity and Societal Challenges.

Verschiedenheit ist ein wesentliches Merkmal Indiens. Indien ist ein Land mit mehr als 1,21 Milliarden Menschen. Der Subkontinent besteht aus 28 Staaten,

mehr als 800 verschiedene Sprachen werden gesprochen, jeder Staat hat seine eigene Kultur. Die Schulen werden hauptsächlich von den Regierungen der einzelnen Staaten kontrolliert. Von Schule zu Schule bestehen enorme Qualitätsunterschiede. Erst seit April 2010 ist die Schulpflicht für jedes Kind in Indien in der Altersgruppe von 6–14 Jahren als fundamentales Recht verankert. Indien steht grossen Herausforderungen im schulischen Bereich gegenüber. So sind 35 % der Bevölkerung Analphabeten, nur 15 % der Bevölkerung besuchen die High-School und nur 7 % der Bevölkerung Indiens bestehen den High-School-Abschluss. Aktuell gibt es in Indien noch keine indisch ausgebildeten SchulpsychologInnen und auch keine Ausbildungsprogramme in Schulpsychologie. Zum Teil unterstützen Angewandte PsychologInnen die Schulen, die Lernenden und die Familien bei psychologischen Schwierigkeiten. Die Indian School Psychology Association (InSPA), welche im Januar 2010 gegründet wurde, setzt sich für die Popularisierung der Schulpsychologie im ganzen Land ein. Das oberste Ziel der Vereinigung ist es, die Schulpsychologie in Indien zu entwickeln und zu etablieren.

Den rund 300 TeilnehmerInnen aus mehr als 25 Ländern wurde in den fünf Konferenztagen ein vielfältiges Programm zur Auswahl angeboten. Neben den Preconference Workshops (School Psychologist as an advocate of Child Rights, Yoga Meditation as a Psychoeducational Intervention for healthy Life, Consultation as a tool for School Psychologists: Helping pupils by working with their teachers and School conflict Management Training) und Keynote Lectures konnte jede TeilnehmerIn ihren Präferenzen entsprechend das Tagesprogramm mit Paper-Präsentation, Workshops und Symposien selber zusammenstellen. Als Vertreterin der SKJP hatte ich die Gelegenheit, am Leadership-Workshop teilzunehmen. Die Präsentation des US-Professors Bill Pfohl «School Psychologists Responding to the Disaster in Japan» zeigte deutlich auf, wie global vernetzt die ISPA arbeitet. Amerikanische SchulpsychologInnen haben in Zusammenarbeit mit der JASP (Japanese Association of School Psychology) amerikanische Kriseninterventionsmanuale auf japanisch übersetzt und den Gegebenheiten vor Ort angepasst, um die Überlebenden unterstützen zu können.



«Sei wie Wasser, Wasser nimmt sich jeder Form an. Dann wirst du dich in Indien wohl fühlen.» Ein buddhistischer Mönch gab mir vor einigen Jahren diesen weisen Rat, um in Indien zurecht zu kommen. Mit dieser Einstellung nahm ich auch an der ISPA-Konferenzteil. Indische Herzlichkeit und Gastfreundschaft erwarteten mich. Nach einigen Tagen in Vellore hatte ich bereits intensiven Austausch mit indischen Schulberaterinnen und mit Fachpersonen aus (beinahe) der ganzen Welt. Die indische Organisation und das indische Zeitmanagement stellten aber so manche TeilnehmerInnen auf die Probe und verlangten eine gehörige Portion Flexibilität. Ich übte mich «in Wasser» und stellte meine anfängliche Strategie für die Tagesplanung komplett um. Das ausführliche Studium der Paper-



Workshop- und Symposium-Abstracts am Vorabend bewährte sich nicht, da entweder der Veranstaltungsraum nicht zu finden war oder das Programm kurzerhand abgeändert wurde. Ich beschloss, mich nicht zu ärgern, sondern pragmatisch vorzugehen und wählte bewusst ein gut auffindbares Zimmer und war neugierig, welcher Workshop angeboten werden würde. Auch so kam ich auf meine fachliche Rechnung.

Erstmals in der ISPA-Geschichte überhaupt wurde im Rahmen der Konferenz eine Kinderversammlung abgehalten. Rund 200 Kinder und Jugendliche nahmen im Auditorium Platz. Die Lernenden wurden im Vorfeld angehalten, ihre Gedanken zum Thema «Beratung in der Schule» aufzuschreiben. 10 Aufsätze wurden von der Jury ausgewählt und an der Kinderversammlung von den Verfasserinnen – es waren alles Mädchen – dem Publikum vorgetragen. Gerne lasse ich zwei Jugendliche, aus der 8. und 9. Klasse selbst zu Wort kommen und zitiere einige Überlegungen aus ihren Aufsätzen.



«It was once quoted by the master of art, Picasso, that every child is an artist. The problem is how to remain an artist once the child grows up. Well, the solution to this problem is counselling. In today's world of contention and competition, one needs assistance and guidance to ensure that the person is tracing his right path of life. Support and interpretation help make a person successful. And, among everyone, school-going students and adolescents are the ones in need for a confidence boost-up from their surrounding. Now, this is how the role of counsellors fits in.» (Schülerin der 9. Klasse)

Die 8. Klässlerin beantwortet die Frage, was Beratung ist folgendermassen:

«Counselling is a process that happens between a child and counsellor that explores the trauma and helps children to make sense of what has happened to them. Thoughts and feelings that remain unsaid, tend to become very powerful and can cause long-term problems. Counselling offers an opportunity to make internal beliefs and feelings external and therefore

more manageable. Counselling offers a safe place to be angry and provides constructive ways to handle that anger. The first step in counselling is listening. This is important for friend, family, coaches, teachers and administrators and anyone involved with children. Being available to listen creates opportunities to support and encourage children who may just need to talk and who may need further assistance or professional care. It is therefore an added advantage to the school to have a counsellor who can help in a child's psychological and emotional development.»



Beeindruckend war, dass während der zweistündigen Veranstaltung die anwesenden Kinder und Jugendlichen ruhig und diszipliniert auf ihren Stühlen sassen. In der Teepause nahm ich die Gelegenheit wahr, mit den SchülerInnen in Kontakt zu treten. Ich sprach bewusst mit einer Gruppe von Buben, da kein einziger Junge einen Aufsatz vorgelesen hatte und fragte sie, was sie von SchulpsychologInnen halten. Die durchwegs positiven Antworten liessen mich aufhorchen und als ich nachhakte, ob sie selber einen Schulpsychologen oder Counsellor – wie sie es in Indien nennen – aufsuchen würden, verneinten sie lachend. Beim Abschied wollten sie dann aber alle, dass ich etwas in ihr Büchlein schreibe. So gab ich ihnen als Botschaft mit auf den Weg, dass Hilfe anzunehmen nicht ein Zeichen der Schwäche, sondern ein Zeichen der Stärke ist.

An der Generalversammlung der ISPA wurde erstmals ein Schweizer zum Präsidenten gewählt. Jürg Forster wird für die nächsten zwei Jahre der internationalen Vereinigung der SchulpsychologInnen vorstehen. Die SKJP freut sich und gratuliert herzlich.

Die ISPA-Konferenz ist eine Reise wert. Mit einer Fülle psychologischer Informationen und Ideen, reich an neuen Kontakten mit Fachpersonen aus Ost und West, voller indischen Impressionen und der bereichernden Erfahrung, ein Teil der «ISPA-Family» zu sein, verabschiedete ich mich von Vellore. Mögen möglichst viele Mitglieder der SKJP die Gelegenheit nützen, an den ISPA-Konferenzen teilzunehmen. In diesem Sinne kann ich die Reise nach Montreal, Kanada wärmstens empfehlen. Die 34. ISPA-Konferenz wird vom 9.–13. Juli 2012 unter dem Motto «Helping the World's Children Realize their Dreams» an der McGill University in Montreal stattfinden.



Markus Bründler

## Drei Fragen an Markus Bründler

von Carla Lanini

Der Fachtitel in «Kinder- und Jugendpsychologie» ist ein sehr beliebter FSP-Titel. Immer mehr Kinder- und Jugendpsychologinnen und -psychologen sind in dessen Besitz, und die Zahl der Interessierten steigt konstant. Allein im Jahr 2010 erwarben gegen 30 Kandidatinnen und Kandidaten den Fachtitel.

P&E stellte Markus Bründler, dem Präsidenten der Anerkennungskommission SKJP, im Zusammenhang mit dem Psychologieberufegesetz einige Fragen.

### 1. Markus Bründler, kann man heute behaupten, der Fachtitel «FachpsychologIn für Kinder- und Jugendpsychologie FSP» sei ein Gütesiegel für die Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychologie?

Auf jeden Fall! Die Postgrad-Weiterbildungen, wie sie unser Curriculum vorsieht und diejenige der Universität Basel (MAS DDPC) bieten eine solide Wissens- und Erfahrungsgrundlage für eine eigenverantwortliche und qualitativ hochstehende praktische Tätigkeit im Bereich Kinder- und Jugendpsychologie. Aber selbstverständlich hängt die Qualität nicht allein von einer guten Ausbildung oder vom erworbenen Titel ab. Vielmehr müssen die Kinder- und JugendpsychologInnen selbst ihre Verantwortung wahrnehmen, ihr Wissen und ihre Erfahrung in der konkreten Arbeit nutzen und umzusetzen wissen. Zudem sollten sie sich immer

wieder einer kritischen Reflexion stellen, sei dies z. B. durch Fremd- oder Selbstevaluation oder in der Inter- und Supervision. Die Kontakte zu den Fachkolleginnen und Fachkollegen, der Fachaustausch und die permanente eigene Weiterbildung sind ebenfalls unverzichtbare qualitätssichernde Elemente.

### 2. Im Jahr 2013 wird voraussichtlich das Psychologieberufegesetz in Kraft treten. Was heisst das konkret für die Fachpsychologinnen und -psychologen für Kinder- und Jugendpsychologie FSP und wie lange dauert das Akkreditierungsverfahren des SKJP-Curriculums?

Für die FachtitelträgerInnen ändert sich vorerst nichts. Im Gegensatz zur Kinder- und Jugendpsychologie wird im Bereich «Psychotherapie» als erstes, noch vor dem Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes, eine provisorische Akkreditierung durchgeführt. Diese dient der Besitzstandswahrung während einer Übergangsfrist. Die ordentliche Akkreditierung – auch für den Bereich «Kinder- und Jugendpsychologie» – beginnt erst ungefähr im Jahr 2016. Vor Ende 2017 muss sie dann abgeschlossen sein. Gemäss Gesetz ist die ordentliche Akkreditierung sieben Jahre gültig. Inwieweit sich allenfalls für die FachpsychologInnen in Kinder- und Jugendpsychologie hernach etwas ändert, kann heute noch nicht vorausgesagt werden.

### 3. Was werden die heutigen FachpsychologInnen für Kinder- und Jugendpsychologie FSP von diesen neuen Normen merken? Welche Folgen hat das Psychologieberufegesetz für die Berufsausübung? Was raten Sie denjenigen, welche den Fachtitel noch nicht erworben haben?

Im Vordergrund der Akkreditierung steht vor allem die Entwicklung und Kontrolle der Qualität der verschiedenen Ausbildungsgänge. Dazu werden Q-Standards ausgearbeitet und zwar zusammen mit Fachpersonen und Organisationen, welche bereits heute schon Fachtitel, resp. Ausbildungsgänge, anbieten. Die Ergebnisse dieser Arbeiten liegen natürlich noch nicht vor, womit auch die Folgen für die FachtitelträgerInnen

noch nicht bekannt sind. Mit dem Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes ist der Fachtitel «Kinder- und Jugendpsychologie» nun endlich eidgenössisch anerkannt und geschützt. Auswirkungen erwarten wir auf das SKJP-Curriculum und auf diejenigen, welche ihre Weiterbildung gemäss unserem Curriculum absolvieren wollen. Wie stark oder einschneidend die Veränderungen sein werden, ist ebenfalls noch nicht abschätzbar (denkbar sind z. B. Anpassung der Anzahl Ausbildungsstunden, Anpassungen bei der Supervision).

Den Psychologinnen und Psychologen, welche heute im Bereich Kinder- und Jugendpsychologie arbeiten, kann ich nur raten oder sie ermuntern, mit der Weiterbildung möglichst bald zu beginnen. Das SKJP-Curriculum erlaubt einen modularen Aufbau. Die Kurse und Weiterbildungsböcke können individuell zusammengestellt werden. Bei der Auswahl der Kurse können eigene, thematische Schwerpunkte gesetzt werden. Der Besuch von mindestens zwei Jahreskolloquien ermöglicht zudem neue fachliche Kontakte und fördert den überregionalen Austausch unter den Kinder- und JugendpsychologInnen. Wer es strukturierter mag, der beginnt an der Universität Basel den Master of Advanced Studies in Developmental Diagnostics and Psychological Counseling (MAS DDPC). Nach dem MAS-Abschluss kann ohne weitere Auflagen oder Bedingungen der Fachtitel FSP beantragt werden. Für selbstständig Arbeitende und auch für Angestellte im Bereich Kinder- und Jugendpsychologie wird der Fachtitel in naher oder ferner Zukunft wahrscheinlich Standard.



Boris Janner

## Tre domande a Boris Janner

da Carla Lanini

Con l'entrata in vigore della Legge sulle professioni psicologiche (LPPsi) prevista per il 1° gennaio 2013 saranno autorizzati a fornire prestazioni psicologiche a titolo professionale solo coloro che avranno concluso una formazione psicologica qualificata. Per esercitare come liberi professionisti nel settore della psicologia dell'infanzia e dell'adolescenza, bisognerà quindi aver portato a termine con successo un ciclo di perfezionamento accreditato. Contrariamente al resto della Svizzera, attualmente questa non è una formazione che incontra l'interesse degli psicologi ticinesi. P&E tenta di scoprirne le ragioni con uno dei membri ticinesi della Commissione di riconoscimento dell'Associazione Svizzera di Psicologia dell'Età Evolutiva (ASPEE), il prof. Boris Janner.

### 1. La domanda di ottenimento del titolo di psicologa/o dell'età evolutiva incontra tra gli psicologi svizzeri tedeschi e ultimamente anche romandi sempre più aderenti. Non così per i ticinesi. Dove sono da ricercarne le ragioni secondo Lei?

Le ragioni principali che spiegano la mancanza di adesioni degli psicologi ticinesi all'ASPEE sono due. Innanzitutto, in Ticino esiste già dal 1979 un Regolamento per l'esercizio della professione di psicologo e di psicoterapeuta. Lo psicologo che desidera

aprire uno studio privato deve chiedere e ottenere l'«Autorizzazione all'esercizio della professione» al Dipartimento della Sanità e della Socialità, inoltrando i documenti relativi ai titoli di studio, il casellario giudiziale e un «certificato attestante almeno un anno di pratica effettuato dopo il conseguimento del diploma o della licenza nel settore ove intende esercitare». L'autorizzazione è rilasciata dal cantone dopo un esame della documentazione da parte di una commissione. Il secondo motivo è principalmente linguistico: dal momento che è l'unico cantone dove si parla italiano, oltre ad alcune valli del Grigioni, si può comprendere perché pochi psicologi sono interessati ad acquisire un titolo riconosciuto anche in cantoni dove l'ostacolo della lingua può essere rilevante per praticare efficacemente una professione che si basa sulla comunicazione verbale.

## 2. Sempre più servizi pubblici oltre S. Gottardo richiedono agli psicologi che lavorano con i bambini e adolescenti il titolo «psicologo/a dell'età evolutiva». Pensa che con l'entrata in vigore della Legge LPPsi cambierà qualcosa in Ticino?

Dal momento che la Legge LPPsi sarà federale, si può presumere che anche in Ticino qualcosa dovrà cambiare. Infatti, per esercitare la professione di psicologo dell'età evolutiva in uno studio indipendente sarà richiesta una formazione riconosciuta dalla FSP, si può quindi presumere che l'«autorizzazione cantonale» non sarà più sufficiente. Il Dipartimento della Sanità e della Socialità, di conseguenza, dovrà prendere una posizione precisa in questo senso, in particolare gli toccherà decidere se mantenere la sua certificazione ed eventualmente trovare il modo per farla riconoscere retroattivamente.

In altri cantoni svizzeri tedeschi e romandi è già stato acquisito il principio che le persone assunte nella funzione di psicologo scolastico debbano avere una formazione riconosciuta dalla FSP; se questo presupposto venisse adottato anche in Ticino si prospetterebbe un cambiamento radicale nei prossimi anni.

## 3. Cosa consiglia agli psicologi ticinesi che non hanno ancora concluso la formazione? E chi fosse interessato ad ottenere il titolo dove può trovare le informazioni necessarie?

Il consiglio migliore è quello di verificare se il curriculum che stanno seguendo, in particolare se si tratta di un Master, sia riconosciuto o stia per essere riconosciuto dalla FSP. Il Master in psicologia dell'età evolutiva sarà verosimilmente il titolo preferenziale. Al momento attuale la FSP riconosce soltanto il Master proposto dall'Università di Basilea (<http://www.mas-ddpc.unibas.ch/index.php>). Le Università romande propongono un Master congiunto in psicologia dell'età evolutiva di cui la FSP riconosce, almeno per il momento, solo una parte della formazione (<http://www.unil.ch/ssp/page13382.html>)

L'Università di Zurigo offre un Master in psicologia scolastica per il quale la procedura di riconoscimento non è ancora conclusa (<http://www.weiterbildung.uzh.ch/programme/detail.php?angebnr=280>).



Dr. Rafael Millan

## Trois questions à Dr. Rafael Millan

de Carla Lanini

Il est planifié de mettre en vigueur la loi sur les professions de la psychologie (LPsy) le 1er janvier 2013. La loi établit des dénominations professionnelles protégées, crée un label de qualité fiable en instaurant des titres postgrades fédéraux en outre celui de la psychologie des enfants et des adolescents. Celui-ci est un titre qui est de plus en plus recherché aussi en Suisse romande. P&E en a parlé avec le membre romand de la Commission de reconnaissance de l'ASPEA, le Dr. Rafael Millan.

### 1. Monsieur Millan, peut-on vraiment dire que le titre de psychologue spécialiste en psychologie de l'enfant et adolescent est label de qualité dans le domaine de la psychologie de l'enfance et de l'adolescence?

Ce titre possède plusieurs atouts. L'ASPEA propose depuis des années une formation post-graduée qui vise l'approfondissement des connaissances dans le domaine de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent. Cette formation, reconnue par la FSP, vise comme objectif le perfectionnement des savoirs et des savoir-faire. L'idée étant d'améliorer chez les candidats leurs compréhension des thématiques de terrain tout comme de favoriser un regard critique sur leur propre pratique. Un ensemble de mesures permettent d'assurer la qualité de cette formation. Il

s'agit, par exemple, du choix des enseignements (pertinence et actualité des contenus) et de l'adéquation des enseignants (titre, niveau de formation, etc.). Il s'agit également des mesures qui visent à s'assurer que la formation offerte atteint ses objectifs (évaluation des enseignements et des enseignants ainsi que des acquis des participants). Cet ensemble d'éléments constituent des atouts non négligeables car ils s'inscrivent bien dans le cadre des exigences de la nouvelle LPsy relatives à la qualité de la formation.

### 2. Quelles seront les conséquences directes et indirectes de la loi pour les membres portant un titre de psychologue pour enfants et adolescents FSP? Et les conséquences de la LPsy pour l'exercice de la profession?

La loi entrant en vigueur en janvier 2013, il s'ensuivra une période de transition jusqu'à ce que les accréditations fédérales soient octroyées, ce qui devrait intervenir au plus tard vers 2017. Pendant cette période, il ne devrait pas y avoir de changements pour l'exercice professionnel des tenants du titre de psychologue pour enfants et adolescents FSP.

Quant aux conséquences, la LPsy régleme l'exercice de la psychologie au niveau fédéral. Elle assure aux tenants du titre la reconnaissance de leur compétence professionnelle dans leur domaine et, par là même, elle offre une meilleure protection du titre. La LPsy exige que pour exercer la profession, le prestataire de services possède un diplôme en psychologie de niveau égal ou supérieur au Master émis ou reconnu par une haute école. En plus, après la mise en place de la LPsy, la possession d'un titre, comme celui de psychologue pour enfants et adolescents, sera nécessaire pour ouvrir un cabinet en tant que psychologue à titre indépendant.

### 3. Combien de temps, à partir du moment de l'accréditation, les formations postgrades reconnues par la FSP seront accréditées par la Confédération? Que conseillez-vous aux collègues qui n'ont pas encore acquis le titre?

L'accréditation fournie par la Confédération à une formation postgrade a une durée de validité de 7 ans.

L'idée avancée étant que, pour s'assurer d'une bonne qualité, les responsables des formations doivent mettre en place des instruments qui leur permettent d'évaluer périodiquement l'adéquation des résultats aux objectifs prédéfinis. Comme indiqué précédemment, l'ASPEA utilise déjà un ensemble de mesures de qualité qui sont proches de celles exigées par la LPsy. Au niveau romand, elle propose, en collaboration avec la FARP, un ensemble d'enseignements (cours, cours-séminaires et colloques annuels) qu'elle reconnaît pour l'obtention du titre. A terme, le titre fourni par l'ASPEA pourrait devenir le standard dans le domaine de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent. Ainsi, les praticiens qui exercent dans ce domaine ont sans doute intérêt à acquérir ce titre dès que possible. A cet égard, on peut noter que le nombre de collègues intéressé(e)s à l'obtention de ce titre est en augmentation depuis quelque temps.



Jürg Forster

## Im Gespräch mit Jürg Forster

**Du bist Leiter des grössten Dienstes im Kanton Zürich, nämlich der Stadt Zürich, da interessiert es mich, ob du auch noch als Schulpsychologe mit Kindern, Eltern und Lehrern arbeitest oder ob du ausschliesslich als Stellenleiter tätig bist.**

Ich bin jetzt seit siebzehn Jahren an dieser Stelle und habe bis vor einem Jahr Schulen betreut. Im vergangenen Jahr beschränkte ich mich auf einzelne Anmeldungen von Kindern, weil ich zu sehr mit der Leitungsfunktion und mit Projektarbeiten beschäftigt war.

**Wie kamst du zur Psychologie, resp. zur Schulpsychologie?**

Nach der Matur wusste ich nicht so recht, was ich studieren wollte. Ich ging dann ein Jahr ins Ausland, um Englisch zu lernen und konnte dies mit einem Praktikum an einer Schule für Kinder mit schweren Lernstörungen verbinden. Dort überlegte ich mir, in die Pädagogik oder die Psychologie einzusteigen und entschied mich schliesslich für die Psychologie. Es herrschte damals ein grosser Lehrermangel, und so konnte ich neben dem Studium auch ohne Lehrerausbildung an einer privaten Sekundarschule ein paar Jahre unterrichten. Mein Berufswunsch war die klinische Psychologie. Ich habe dieses Fach dann an der Uni Zürich abgeschlossen und habe mich psychotherapeutisch weitergebildet in systemischer Therapie. Als erstes übernahm ich eine Stelle als Jugendberater in einem Sozialdienst und wechselte

von dort in den Kinder- und Jugendpsychologischen Dienst nach Wohlen im Kanton Aargau. Da blieb ich fünf Jahre lang und hatte viel Freude am Beruf. Wir konnten diagnostisch, beraterisch und auch familien-therapeutisch arbeiten. Später war ich im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich tätig. Gleichzeitig war ich Mitglied einer Fachkommission für die Schulpsychologischen Dienste eines Kantons. Ich promovierte und begann mich beim Erstellen von Gutachten intensiver mit dem Kinderschutz, mit rechtlichen und berufsethischen Fragen auseinanderzusetzen.

**Welches sind deine liebsten Tätigkeiten und was empfindest du eher als unangenehm oder belastend in diesem Beruf?**

Ich arbeite sehr gern mit Eltern, Jugendlichen und Lehrpersonen zusammen. In unserem Beruf können wir so viel zu einer guten Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beitragen. Wir können bei Eltern und Lehrpersonen das Verständnis für die besonderen Bedürfnisse von Kindern wecken und neue Perspektiven einbringen. Es ist eine sehr vielfältige und verantwortungsvolle Tätigkeit! Natürlich gibt es auch unangenehme Aspekte. Bei früheren Anstellungen fand ich es für meine Arbeit belastend, wenn bei einigen Fragestellungen ganz bestimmte Tests Pflicht waren. Selbstverständlich ist die Testpsychologie ein wichtiger Teil unserer Arbeit, den ich nicht missen möchte. Auch die Prävention darf nicht zu kurz kommen. Ich meine aber, dass in unserem Beruf im Rahmen anerkannter Verfahren und einiger dienstlicher Richtlinien die Methodenfreiheit gross sein sollte. – Intervention und Beratung sehe ich als meine Stärken. Gerne beschäftige ich mich auch mit rechtlichen Fragen; den Datenschutz kann ich schon fast als Hobby bezeichnen. Im Auftrag der FSP und des Verbands der Schulpsychologinnen und -psychologen im Kanton Zürich habe ich vor Jahren Richtlinien für den Umgang mit vertraulichen Personendaten verfasst. Was darf ich, was muss ich wem weitersagen? Das sind Fragen, die sich in unserem Beruf täglich stellen.

**Gibt es für dich noch Wünsche an unseren Beruf oder kannst du an deiner Position alles Wünschenswerte realisieren?**

Für unseren Beruf wünsche ich mir, dass wir eine fachlich unabhängige Position zwischen den Eltern und den

Schulen einnehmen können im Interesse der Kinder und Jugendlichen. Wir arbeiten oft in einem Spannungsfeld und dürfen nicht so eng mit der Schule verbunden sein, dass uns die Eltern als rechte Hand der Behörden betrachten. Dies finde ich, ist ein Punkt, auf den wir auch in Zukunft stark achten müssen. Ohne das Vertrauen von Eltern, Kindern, Lehrpersonen und Schulleitungen können wir nicht glaubwürdig arbeiten.

### **Was machst du in der Freizeit zum Regenerieren?**

Ich spiele Bratsche in einem Orchester. Wir proben wöchentlich und geben ab und zu ein Konzert. Zudem singe ich in einem russischen Chor. Korrespondenzen und Begegnungen mit Kolleginnen und Kollegen weltweit sind in den letzten Jahren auch zu einer wichtigen Beschäftigung geworden, die mir viel bedeutet. Am meisten gibt mir die Familie. Ich bin verheiratet und glücklicher Vater von drei Söhnen. Der jüngste wohnt noch zuhause, die älteren beiden leben ebenfalls in Zürich. Alle reisen gerne...

### **Wie bist du für die SKJP zum «Korrespondenten aus der Ferne» geworden?**

Ich wurde von der SKJP angefragt, ob ich ihr Delegierter bei der ISPA, der **International School Psychology Association** sein möchte, nachdem ich bereits aus eigenem Interesse an ISPA-Konferenzen teilgenommen hatte. Seit 1996 habe ich die meisten Konferenzen der ISPA besucht. Ich vertrat die SKJP an den Generalversammlungen und schrieb jeweils für das P & E einen kleinen Bericht.

### **Hat dieses Interesse etwas mit deiner Familie zu tun? Ich habe gehört, du hättest familiäre Beziehungen zu Russland. Stimmt das?**

Mein Grossvater war Russe. Meine Frau und ich haben die russische Sprache gelernt. Im vorletzten Winter haben wir eine SKJP-Reise nach Moskau und Samara geleitet, das war ein grosses Erlebnis! Wir haben in Osteuropa viele Freunde.

### **Neben der Schulpsychologie hast du noch weitere Tätigkeiten, du bist noch Dozent an der Uni Basel.**

Ja, dies ist im Rahmen des MAS in Entwicklungsdiagnostik und psychologischer Beratung. Da unterrichte

ich zwei Module, **Kinderschutz/Kindeswohl** und **Berufsethik für Kinder- und Jugendpsycholog/innen**. Ich habe zwölf Jahre lang in der Berufsethikkommission der FSP mitgearbeitet und habe die FSP in der Ethik-Kommission der EFPA vertreten, das ist der Dachverband der Europäischen Psychologie-Vereinigungen. Kinderschutz ist in unserem Berufsfeld ein wichtiges Thema, auch im Zusammenhang mit dem Persönlichkeitsschutz der Eltern. Ich denke, beides lässt sich vereinbaren, wenn man es richtig macht.

### **Ich möchte nochmals zurück zur ISPA kommen. Könntest du für unsere Leserinnen und Leser dieses Thema etwas ausführen. Was tut dieser Verband eigentlich?**

Die Internationale Schulpsychologie-Vereinigung wurde vor bald dreissig Jahren gegründet. Ihre ca. 500 Einzelmitglieder und ca. 25 nationalen und regionalen Gliedverbände sind auf allen Kontinenten tätig, wo es Schulpsychologie gibt. In Afrika und ebenfalls in Asien wird unser Beruf noch kaum praktiziert. Die ISPA veranstaltet jeweils im Sommer eine viertägige Konferenz. 1987 war diese in Interlaken und 1999 in Kreuzlingen, sie wurde damals von der SKJP organisiert. Die SKJP ist denn auch einer der langjährigsten Gliedverbände. ISPA-Mitglieder bieten Fortbildungen an und engagieren sich in verschiedenen Arbeitsgruppen, zum Beispiel zu den Themen Krisenintervention, Berufsethik oder Kinderrecht. Eine Arbeitsgruppe ist bei der UNESCO sehr aktiv im Rahmen eines Programms, das sich für Bildungsförderung in der ganzen Welt einsetzt. Es gibt in der ISPA auch eine Forschungsgruppe. Im angelsächsischen Raum ist die Schulpsychologie an den Universitäten stark vertreten. Viele ISPA-Mitglieder sind in Forschung und Lehre tätig. In den Vereinigten Staaten wird verlangt, dass die Schulpsychologischen Dienste Methoden einsetzen, die sich wissenschaftlich als wirksam erwiesen haben. Im deutschen Sprachraum ist hingegen die Schulpsychologie an den Universitäten noch kaum vertreten, was ich sehr bedauere. Es ist mir eine grosse Ehre, dass ich zum Präsidenten der ISPA gewählt worden bin. In den zwei Jahren meiner Präsidentschaft möchte ich schulpsychologische Ausbildungsprogramme in Ländern unterstützen, in deren Schulen bisher noch wenige psychologische Fachleute arbeiten. Dabei denke ich etwa an Länder in Asien oder



ISPA-Präsident, Jörg Forster

Indien 2011

in Lateinamerika. Wir können Ressourcen der ISPA und der US-amerikanischen Schulpsychologievereinigung NASP verfügbar machen und haben ein Team, das Ausbildungen nach internationalen Standards akkreditiert.

**Gibt es etwas, das du jungen Kollegen mitteilen, mit auf den Weg geben möchtest? Was würdest du ihnen raten?**

Ich finde es wichtig, dass wir ein Selbstverständnis entwickeln, das auf einer festen berufsethischen Grundlage aufbaut, wie sie im Berufsbild der SKJP beschrieben ist. Ein Selbstverständnis, das die Kinderrechte ernst nimmt und das den Wert der interdisziplinären Zusammenarbeit anerkennt. Wir können als Kinder- und Jugendpsychologinnen unser entwicklungspsychologisches und diagnostisches Fachwissen und unsere Fertigkeiten einbringen. Viele von uns sind auch in Beratung oder in Psychotherapie ausgebildet. Wir haben eine ganz wichtige Funktion als Vermittler zwischen Schule und Eltern, wenn es Uneinigkeit über die besonderen Bedürfnisse von Kindern gibt oder Konflikte in der Zusammenarbeit. Die Aussenperspektive, die wir einnehmen können, dürfen wir keinesfalls preisgeben. Schulnähe mit Elternnähe zu vereinbaren und dabei unsere fachliche Unabhängigkeit zu bewahren, das sehe ich als unser wichtigstes Ziel in der Zukunft.

**Hast du noch ein weiteres persönliches Anliegen, etwas das du den Kolleginnen und Kollegen mitteilen möchtest?**

Wir können viel von Kinder- und Jugendpsychologinnen lernen, die in einem ganz anderen Kontext tätig sind. Es gibt Kolleginnen und Kollegen, die mit sehr wenigen Hilfsmitteln arbeiten. Sie sind mehr in der Prävention und in der Beratung als in der Diagnostik tätig, weil in ihrem Sprachraum noch kaum ein standardisierter psychologischer Test existiert. Sie entwickeln oft sehr innovative Methoden. Ich denke, der weltweite Austausch mit Kolleginnen und Kollegen hilft einem, seinen beruflichen Alltag wieder mit anderen Augen zu betrachten. Das ist sehr anregend und eine enorme Bereicherung.

**Herzlichen Dank für dieses spannende Gespräch, für den Blick in die Ferne und aus der Ferne!**

Margret Trommer

# Herzlich Willkommen – Neumitglieder SKJP

**März 2011–September 2011**

Carina Reliquias, Zuchwil  
Tina Bachmann-Lüthi, Hochdorf  
Stefanie Bacher Cox, Hünibach  
Graziella Roselli Köster, Zürich  
Barbara Verano, St-Sulpice  
Jacinta Schifferle, Zürich  
Alice Roorda, Sergy  
Lilli-Anne Howaldt, St. Gallen  
Martina Overthun, Bern  
Simone Mertl, Nottwil  
Kristen Lavallee, Basel  
Muriel Altermatt, Basel  
Regula Bienlein, Bern  
Isla Haemmerle, Münchenbuchsee  
Daniela Köppel, Zürich  
Fabrice Brodard, Morlon  
Sarah Helfenberger, Zollikofen  
Stefanie Rabus, Zollikofen  
Eveline Schlegel, Bülach



**ISSN 1660-1726**