



NEWS

Das Magazin des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie

- :: Präsidiumswahl 2016:
Sonderteil: Wahlinformation & Aufruf zur Kandidatur
- :: Studienrezension:
Macht der neoliberale Kapitalismus krank?
- :: Wozu Altersgrenzen?
Ist eine Herabsetzung für die Psychotherapieausbildung sinnvoll?



ÖBVP

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

EDITORIAL

3 :: Peter Stippl, Präsident des ÖBVP

BERUFSPOLITISCHE THEMEN

4 :: Wozu Altersgrenzen?

7 :: Erhöhung des Zuschusses für Psychotherapie

8 :: Berufsethisches Gremium: Wenn eine psychotherapeutische Beziehung zu Ende geht...

10 :: Schluss mit der Gratisarbeit im Praktikum!

11 :: Unser Beitrag im Jahresbericht der Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2015

12 :: Presseaktivitäten

13 :: Tagung „Psychotherapie in Institutionen –
Der Stellenwert der Psychotherapie in Krankenanstalten“

BERICHTE

13 :: Die unterschiedlichen Dimensionen von Behinderung –
Für ein notwendiges Verständnis von Behinderung in der Psychotherapie

15 :: Borderline – Die Fahrt mit der Achterbahn

SONDERTEIL

17 :: Generalversammlung & Präsidiumswahl

STUDIENREZENSION

25 :: Macht der neoliberale Kapitalismus krank?

INTERN

28 :: Gremien des ÖBVP

29 :: Neue Mitglieder und Supervisorinnen

IMPRESSUM:

Medieninhaber und Herausgeber: Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie – ÖBVP :: ZVR: 63143030174
1030 Wien, Löwengasse 3/3/4 :: T +43.1.512 70 90.0 :: F +43.1.512 70 90.44 :: oebvp@psychotherapie.at
Redaktion: Renate Scholze, Mag.^a Barbara Zsivkovits :: Anzeigen: Mag.^a Barbara Zsivkovits :: Fotos: Fotolia, Archiv
CI, Layout & grafische Produktion: atelier4 | pichlmayer, www.a4grafik.at :: Druck: Gröbner Druck, Oberwart
Auflage: 3000 Stück :: Bankverbindung: Bank Austria, IBAN: AT26 1200 0515 8813 0505, BIC: BKAUATWW

LIEBE KOLLEGIN! LIEBER KOLLEGE!



Im Sommer 2016 geht eine Funktionsperiode zu Ende und mit der anstehenden Präsidiumpwahl werden die Weichen des Verbands für die nächsten drei Jahre wieder neu gestellt. In dieser Ausgabe finden Sie in einer Sonderbeilage alle Informationen zur Präsidiumpwahl und der Generalversammlung. Sie sind eingeladen, sich daran zu beteiligen und somit mitzubestimmen!

Lebenserfahrung und persönliche Reife sind bekanntlich Eckpfeiler bei der Ausbildung zur PsychotherapeutIn. Im Zuge der Psychotherapiegesetzesnovelle werden diese nun in der Diskussion rund um die Herabsetzung der Altersgrenze, in Frage gestellt. Mag.^a Doris Beneder, vom Ausbildungs- und Methodenforum, hat dieses Thema unter die Lupe genommen und verschiedene Aspekte, die dafür- oder dagegensprechen, aufgezeigt.

Ein Thema, das uns immer fort begleitet, ist unser Einsatz für die Anhebung der österreichweiten Kostenzuschüsse der Krankenkassen. Einige Kassen wie die BVA oder die Bauernkrankenkasse, haben bereits nach und nach die Zuschüsse angehoben, die Gebietskrankenkassen jedoch sind bisher nicht nachgezogen. Was wir dafür tun bzw. wie wir argumentieren, dass es doch soweit kommt, berichten wir in einem kurzen Überblick.

Das Berufsethische Gremium hat sich diesmal dem Thema „Ende einer Psychotherapie“ angenommen, zeigt verschiedene Szenarien auf und was dabei zu beachten ist.

„Macht der Kapitalismus krank?“ – eine spannende Frage, der Dr. Spielhofer in seiner Studienrezension nachgeht.

Diese und noch weitere interessante Beiträge der einzelnen ÖBVP-Arbeitsgruppen, finden Sie auf den nächsten Seiten.

Ein informatives Lesevergnügen & einen positiven Start in den Frühling,

Ihr Peter Stippl
Präsident des ÖBVP



Doris Benerer

WOZU ALTERSGRENZEN?

Für Ausbildung und Ausübung der Psychotherapie sind ein gewisser Grad an Lebenserfahrung und persönlicher Reife unbedingt erforderlich. Diese Eckpfeiler der Ausbildung werden im Zuge der Diskussion um die Psychotherapiegesetznovelle durch die Herabsetzung der Altersgrenzen leichtfertig in Frage gestellt. Der Lobbyismus der Privatuniversitäten zeigt Wirkung!

Der Nachweis des Lebensalters hat in modernen Gesellschaften eine zentrale Funktion. Aufgrund des Lebensalters werden dem Individuum soziale und gesellschaftliche Pflichten auferlegt, Rechte zugestanden oder verwehrt. Altersgrenzen definieren das Mindestalter, das ein Mensch haben muss, um bestimmte Tätigkeiten ausüben zu dürfen – beispielsweise ein Auto zu lenken, als Schöffe oder Geschworener tätig zu werden, usw. Allerdings sind diese Grenzziehungen nicht „schicksalhaft gegeben“, sondern soziale Konstrukte – und als solche natürlich auch gesellschaftlich veränderbar. In ihrer konkreten Ausgestaltung müssen Altersgrenzen immer wieder auf ihre Passung mit der sich verändernden Lebenswirklichkeit der Menschen in einer bestimmten Gesellschaft überprüft werden. In diesem Sinne erachten wir eine Diskussion über die Herabsetzung der im Psychotherapiegesetz definierten Altersgrenzen für sinnvoll, wenn diese sachlich auf dem Hintergrund aktueller Forschungsergebnisse

geführt wird und nicht einseitig bestimmte Interessenslagen z.B. der Privatuniversitäten unterstützt.

In der Regierungsvorlage zum Psychotherapie-Gesetz wurden die Altersgrenzen (vgl. § 10, 11 PthG) folgendermaßen begründet: *„Die Einhaltung eines Mindestalters von 24 Lebensjahren für die Ausbildung im Fachspezifikum und von 28 Lebensjahren für die selbständige Ausübung der Psychotherapie ist im Hinblick auf den für Ausbildung und Ausübung notwendigen Grad an Lebenserfahrung und persönlicher Reife unbedingt erforderlich.“*

Altersgrenzen haben eine Schutzfunktion

Mit der Verknüpfung des Lebensalters mit den Begriffen „Lebenserfahrung“ und „persönliche Reife“ soll die therapeutische Beziehung als wichtiges Agens und zentraler Wirkfaktor geschützt werden. Persönliche Reife wird als Ergebnis reflektierter und integrierter Lebenserfahrung verstanden

und nicht als ein Stadium in der Persönlichkeitsentwicklung. In der Konzeption des Psychotherapie-Gesetzes ging man von einem postgradualen Konzept aus, da man aufgrund des Konzepts des „Quellberufs“ bereits eine gewisse geistige und emotionale Unabhängigkeit, sowie erste berufliche Erfahrungen und die damit erfolgte Bewältigung bestimmter Entwicklungsaufgaben (Unabhängigkeit von den Eltern, finanzielle Unabhängigkeit und Übernahme von Verantwortung für sich selbst und andere) annimmt. Damit ist ein höheres Maß an persönlicher Entwicklung hinsichtlich einer realistischen Einschätzung von Lebensaufgaben, situativen Herausforderungen und möglichen Problemen verbunden, das sich unabhängig von Empathiefähigkeit und Offenheit in einer reiferen, realistischen Einschätzung persönlicher Fähigkeiten widerspiegelt.

PatientInnen erwarten sich eine realistische Sichtweise auf ihre Problemlagen:

Vergleicht man die Lebenswirklich-

keiten zum Zeitpunkt der Gesetzesentstehung mit den heutigen sozio-kulturellen Bedingungen, haben sich diese dahingehend verändert, dass die Übernahme der vollen Erwachsenenrolle erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt. Kurz zusammengefasst kann man sagen: Jugend beginnt heute früher und endet später. In der sozialwissenschaftlichen Literatur wird dieses Phänomen als „emerging adulthood“ (vgl. Arnett, 2000) beschrieben. Darunter wird die Periode zwischen Adoleszenz und Erwachsenenalter bezeichnet, das auf das Alter zwischen 18 und 25 Jahren fokussiert, sich aber bis zu dritten Lebensjahrzehnt ausdehnen kann. Diese Entwicklungsphase existiert vornehmlich in Kulturen mit langen Ausbildungszeiten und komplexen Qualifikationen. Sie ist von Kontextbedingungen abhängig, die die Ausübung und volle Verantwortlichkeit der Erwachsenenrolle hinauszögern. Man kann davon ausgehen, dass PsychotherapeutInnen dieser Altersgruppe mit vielen Lebenssituationen ihrer PatientInnen und den damit einhergehenden Problemen, derentwegen sie aufgesucht werden, überhaupt noch nicht konfrontiert waren und diese auch nicht bewältigen mussten. Daher hat es häufig auch keine ausreichende Auseinandersetzung mit damit verbundenen Fragestellungen bzw. Problemen gegeben. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Tatsachen auf die Entwicklung der Vertrauensbeziehung zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn auswirken.

PsychotherapeutInnen sollen in ihrem Beruf gesund alt werden können:

Psychotherapie verlangt die selbstständige und eigenverantwortliche Reflexion komplexer dynamischer Prozesse innerhalb der therapeutischen Beziehung, wobei der Schwerpunkt der Verantwortung für die Heilbehandlung bei der PsychotherapeutIn liegt. Die damit verbundenen Arbeitsbelastungen tragen ein potenzielles Gefährdungsrisiko für psychische Erkrankungen in sich (insbesondere ho-

her Job Strain, Effort-Reward-Imbalance: geringe soziale Unterstützung und hoher Rollenstress - vgl. Rau; Buyken:2015) mit dem umzugehen über Erfahrung gelernt werden muss. Nicht nur der Umgang mit Leid, sondern auch die spezifischen Arbeitsbedingungen der PsychotherapeutInnen als freier Gesundheitsberuf sprechen eher für eine Erhöhung der Altersgrenzen, insbesondere für die Erteilung der vollen Berufsberechtigung und Eintragung in die PsychotherapeutInnenliste.

Aktuelle Positionen der Fachspezifika zur Fragestellung

Das Institut für Psychosoziale Intervention und Kommunikationsforschung an der Universität Innsbruck ging in einer Onlineerhebung (2010) ebenfalls der Frage nach, ob das Mindestalter noch zeitgemäß ist. Die Studienergebnisse zeigen deutlich, dass für das psychotherapeutische Fachspezifikum aus der Sicht deutschsprachiger Ausbildungseinrichtungen sowie ExpertInnen ein Mindestalter von 24 bis 25 Jahren empfohlen wird.

Auf Initiative des früheren AMFO-Vorsitzenden, Herrn Johannes Rudnik, wurden im März 2013 36 Fachspezifika – u.a. auch zur Frage der Altersgrenzen – befragt, wobei eine Rücklaufquote von 64% erreicht wurde. 93% der Vorsitzenden der Fachspezifika bzw. der AusbildungsleiterInnen haben sich für die Beibehaltung der Altersgrenze von 28 Jahren bei der Eintragung in die PsychotherapeutInnenliste und 85% für die Beibehaltung der Altersgrenze von 24 Jahren für den Beginn der fachspezifischen Ausbildung ausgesprochen.

Zusammenfassend sprechen sich die ExpertInnen der Ausbildungseinrichtungen für die Beibehaltung der Altersgrenzen aus und betonen die Bedeutung der Faktoren Reflexionsbereitschaft bzw. -fähigkeit, Empathie und persönliche Reife für die Aufnahme in das psychotherapeutische Fachspezifikum. Zusätzlich sollten die Kan-

diatInnen soziales Engagement, Belastbarkeit und eine fundierte Allgemeinbildung zu Ausbildungsbeginn vorweisen.

Warum Lebenserfahrung bereits beim Einstieg ins Fachspezifikum vorliegen sollte

Die Expertenkommission, die den Gesetzesentwurf begutachtet hat, war einhellig der Meinung, dass es nicht nur für die Ausübung der Psychotherapie, sondern auch für den fachspezifischen Teil eine gewisse Lebenserfahrung braucht, um die Inhalte und persönlichen Anforderungen der Psychotherapieausbildung angemessen integrieren zu können. Viele wegweisende Neuorientierungen geschehen in den jungen Erwachsenenjahren, insbesondere Themen der Autonomie und Unabhängigkeit müssen bearbeitet werden. Gerade mit diesen Themen sollte man schon Erfahrung gesammelt haben, um im engen Theorie-/Praxisprozess der Ausbildung zu einer Verantwortungskompetenz zu gelangen, die dem psychotherapeutischen Beruf inhärent ist. Die intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Themen und mit den Komplexitäten des PsychotherapeutInnenberufes kann (krisenhaft) verunsichern, der Rückgriff auf die (erfolgreiche) Bewältigung von Krisen im Lebenslauf wirkt sich dabei stabilisierend aus.

Argumente für die Herabsetzung der Altersgrenzen

Für eine Direktausbildung Psychotherapie und eine damit verbundene Herabsetzung der Altersgrenzen sprechen sich Univ. Doz. Dr. Jutta Fiegl, Prorektorin der Sigmund Freud Universität Wien, und Univ. Prof. Dr. Bernd Rieken, Studiengangleiter Individualpsychologie aus. In meinen Anmerkungen beziehe ich mich auf den angeführten Artikel von Rieken und eine Ergebnispräsentation von Fiegl, da mir die Originalarbeit nicht vorliegt.

Grundsätzlich muss natürlich darauf hingewiesen werden, dass Privatuniversitäten, deren Finanzierung auf

Studiengebühren (SFU: 6.500.-€/Semester) beruht, ein ökonomisch begründetes Interesse an vielen zahlenden 18-jährigen StudentInnen haben, denen man bei Wegfall der Altersgrenzen in Aussicht stellen könnte, dass sie nach Beendigung des 3-jährigen Baccalauriats nicht nur ein Masterstudium, sondern auch ein Fachspezifikum absolvieren können. Natürlich haben auch Fachspezifika und andere Privatuniversitäten gewisse wirtschaftliche Interessen, diese stehen aber nicht in Konflikt mit den hier behandelten Eckpunkten des Psychotherapiegesetzes und diese sprechen sich auch nicht dezidiert für eine Herabsetzung des Mindestalters aus.

Davon unabhängig kann man dem Ergebnis der Studie, dass bestimmte persönliche Voraussetzungen für den psychotherapeutischen Beruf sich wahrscheinlich schon viel früher ausbilden, durchaus zustimmen. Trotzdem macht es einen Unterschied, ob jemand bereits vor Beginn der Psychotherapie Ausbildung im engeren Sinne gewisse Entwicklungsschritte in Hinblick auf Autonomie und Unabhängigkeit bewältigt hat oder diese erst nach der beruflichen Festlegung und in der Arbeit mit PatientInnen erwerben muss. In der Studie selbst wird erwähnt, dass unter 24 Jahre alte Studierende weniger realistisch in der Einschätzung zukunftsbezogener Situationen sind, dafür aber besser im Hier und Jetzt, im Beziehungsgeschehen usw. seien und die Lebenserfahrung aufgrund der Offenheit und Neugierde kompensierbar sei. Es kann aber im Interesse von PatientInnen nicht darum gehen, dass bestimmte Fähigkeiten kompensierbar sind, sondern darum, optimale Voraussetzungen für einen verantwortungsvollen Umgang mit PatientInnen zu gewährleisten. Wenn man darüber hinaus von der Definition der Psychotherapie als gezielter Heilbehandlung ausgeht, impliziert diese Definition gerade die Fähigkeit zukunftsbezogene Situationen (wie z.B. bestimmte Aus-

wirkungen der psychotherapeutischen Behandlung) realistisch einschätzen zu können und so auch die Folgen des eigenen Handelns abschätzen zu können. Ebenso ist das Argument der "Bereitschaft" zur Reflexion nicht ausreichend, da es aufgrund der mit dem Beruf einhergehenden Verantwortung vielmehr der Fähigkeit zur Reflexion, eines gewissen Ausmaßes an (Frustrations-)Toleranz und Geduld bedarf. Wollen und Können sollte in diesem Kontext nicht unkritisch vermengt werden.

Direktstudium Psychotherapie?

Das Modell der Quellberufe hat sich auch deshalb bewährt, da die Möglichkeit gegeben ist, den klinisch-psychotherapeutischen Beruf auch wieder verlassen zu können bzw. das Ausmaß der Berufstätigkeit zu reduzieren, wenn diese Arbeit in einer bestimmten Lebensphase als zu belastend oder frustrierend erlebt wird. Mit der Herabsetzung der Altersgrenze wird dem Direktstudium Psychotherapie der Weg „geebnet“, dessen langfristige Konsequenzen zu bedenken sind. Gerade wenn diese Entscheidung schon in der Adoleszenz getroffen und erst später eine tiefer gefühlte Unsicherheit mit dem belastenden Beruf erlebt wird, besteht kaum mehr eine realistische Möglichkeit zur Revision dieser Entscheidung. Es kann nicht im PatientInnen-Interesse sein, wenn PsychotherapeutInnen über ihre gesamte beruflich aktive Zeit hinweg, keine bzw. wenig Möglichkeiten zur beruflichen Anpassung und Veränderung haben. Gleichzeitig kommt der Beruf der PsychotherapeutIn dem Bedürfnis der Adoleszenten entgegen, die dem Alter entsprechende Befangenheit verbunden mit Selbstsuche in ihren vielen Selbstzweifeln und „Kleinheitsgefühlen“ mittels eines solchen „grandiosen“ Berufs-Entschlusses abwehren zu können. Wenn man nun einen derartig grandios-konnotierten Beruf zugesichert und angeboten bekommt, so

werden sich viele im MaturantInnenalter zu dieser Studien-Entscheidung verführen lassen. Hier gilt es den Berufsgruppen-orientierten Wert der „Erstidentität“ dem PatientInnen orientierten Wert des professionellen, belastbaren und engagierten Dialoges gegenüber zu stellen

Ich möchte mit diesem Beitrag eine Diskussion zum Thema innerhalb der Berufsgruppe eröffnen, da die kolportierte Aussage, dass sich die Berufsgruppe für eine „Akademisierung“ der Psychotherapie ausspricht und sich die Herabsetzung der Altersgrenzen aus dieser Entscheidung „zwangsläufig“ ergibt, für sachlich nicht gerechtfertigt halte.

Mag.^a Doris Beneder

Psychotherapeutin, Supervisorin,
Vorsitzende des Ausbildungs- und
Methodenforum des ÖBVP (AMFO)

Literaturangaben:

Aigner, J.; Drexler, A. (2011): Zur Frage des Mindestalters von PsychotherapeutInnen. A jour Bd. 1, Nr. 3: <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psyber/article/view/47/205> (abgefragt am 7.2.2016)

Arnett, J. (2000): Emerging Adulthood: A Theory of Development from the late Teens through the Twenties. *American Psychologist*, 55. (5), 469-480.

Fiegl, J. (2015): Empirische Untersuchung zur Direktausbildung Psychotherapie. Pp-Präsentation.

Rau, R.; Buyken, D. (2015): Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen: Ein systematisches Review über Metaanalysen und Reviews. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 59 (3), 113-129.

Rieken, B. (2013): Überlegungen zur Akademisierung der Psychotherapie – am Beispiel der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien. *Z. f. Individualpsychologie* 38, 285-302.

ERHÖHUNG DES ZUSCHUSSES FÜR PSYCHOTHERAPIE



Christa Pözlbauer



Peter Stippl

Zuschuss der Bauernkrankenkasse seit 01.01.2016 auf 50,00 € angehoben
Unser Ziel: Weitere Krankenkassen sollen dem Beispiel folgen

Liebe Mitglieder,
gerne möchten wir Sie über unsere Bemühungen um die Erhöhung des Zuschusses für Psychotherapie informieren. Wir haben die Kontakte zu den Entscheidungsträgern erweitert und intensiviert, um eine einheitliche Zuschussregelung von zumindest 40,00 € zu erreichen.

Wir freuen uns über die Erhöhung des Zuschusses der SVB (Bauernkrankenkasse) ab 01.01.2016 auf 50,00 €. (Nach Abzug des Selbstbehaltes bleiben 40,00 €). Unser Ziel ist es, auch die Gebietskrankenkassen dazu zu bewegen, den Zuschuss auf 40,00 € zu erhöhen.

Derzeitige Zuschüsse einiger Krankenkassen:

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)	40,00 €
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)	28,00 €
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)	50,00 €
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)	21,80 €
Gebietskrankenkassen (GKK)	21,80 €

Was wir für die Zuschusserhöhung tun

Um weiterhin für Bewegung in dieser alten Frage zu sorgen, setzen wir auf öffentliche Aufmerksamkeit sowie auf gute Vernetzung mit den relevanten

politischen Entscheidungsträgern. Wir haben daher unsere Öffentlichkeitsarbeit deutlich verstärkt, so dass Präsident Peter Stippl mit unseren berufspolitischen Anliegen sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei den Gesundheitspolitikern wahrgenommen wird.

Was wir bereits erreicht haben

- :: Starke Medienpräsenz der Psychotherapie
- :: Intensive Kontakte zu den Entscheidungsträgern
- :: Schrittweise Erhöhung der Zuschüsse bei den einzelnen Kassen
- :: Öffentliche Diskussion um die Belastung des Pensionssystems durch psychische Erkrankungen

UNSERE KERNBOTSCHAFTEN

Status quo ist sozial ungerecht

Die Zuschüsse der Gebietskrankenkassen wurden seit 1992 nicht angepasst. Die zu hohen Kosten führen zur sozialen Benachteiligung von PatientInnen mit geringerem Einkommen. Frauen sind zudem besonders betroffen – dies zeigt etwa die doppelt so hohe Anzahl an Krankenstandstagen. Gerade wenn man die Unterschiede in der Höhe des Zuschusses je Sozialversicherung betrachtet wird deutlich, wie ungerecht der Status quo ist. Während die Sozialversicherung der Bauern 50,00 € und die BVA 40,00 € rückvergüten, bleibt es bei den Gebietskran-

kenkassen, und somit der Mehrheit aller Versicherten, noch immer bei 21,80 €.

Psychische Erkrankungen verursachen Kosten in Milliardenhöhe

Psychische Erkrankungen führen zu starken finanziellen Belastungen des Staates und der Wirtschaft. Die durch Krankenstände verursachten Kosten für Unternehmen betragen 1,5 Mrd. € (9,4 % aller Krankenstandstage wegen psychischer Erkrankungen). Bereits rund 40 % der Invaliditätspensionen und 60 % der Ansprüche auf Rehabilitationsgeld werden wegen psychischer Erkrankungen zuerkannt. Dem gegenüber werden derzeit lediglich 21 Mio. € für Zuschüsse für Psychotherapie aufgewandt. Eine Zuschusserhöhung würde die vermehrte Inanspruchnahme der Psychotherapie ermöglichen und damit sowohl die Krankenstände als auch die Frühpensionierungen reduzieren. Der internationale Vergleich zeigt: In Deutschland und in der Schweiz sind etwa 3% der Bevölkerung in Behandlung in Österreich nur 0,8%.

Dr.ⁱⁿ Christa Pözlbauer
Vizepräsidentin & Kassierin des ÖBVP

Dr. Peter Stippl
Präsident des ÖBVP

WENN EINE PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEZIEHUNG ZU ENDE GEHT...

Praxisnotizen vom Berufsethischen Gremium (BEG)



Ulrike Marecek

PSYCHOTHERAPIE IST EIN ZEITLICH BEGRENZTER PROZESS

Die professionelle Beziehungsgestaltung zwischen TherapeutIn und PatientIn schließt emotionale Bindungen, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene nicht aus. Es liegt in der Verantwortung der TherapeutIn, vor allem emotionale Abhängigkeiten zu vermeiden und immer wieder zu achten, dass die psychotherapeutische Beziehung eine Arbeitsbeziehung ist und bleibt.

Bei der PatientIn können positive Gefühle wie Zufriedenheit und Dankbarkeit aufkommen, aber auch Trennungs- und Verlustängste besonders bei vorangegangenen und nicht bewältigten Verlusterfahrungen. Der Ablösungsprozess möge daher behutsam und ethisch verantwortungsvoll gestaltet werden. Aber auch die TherapeutIn ist nicht vor unterschiedlichen Emotionen geschützt.

Schon während des Therapieverlaufes ist es empfehlenswert, immer wieder eine Zwischenbilanz über die gemeinsam erarbeiteten Ziele, Erwartungen und Veränderungen zu ziehen.

Wie nähert sich nun ein psychotherapeutischer Prozess dem Ende?

Es gibt im Wesentlichen zwei wichtige Punkte, die in der Abschlussphase zu beachten sind:

1) Bestimmung des Zeitpunktes

Im Idealfall wird das bevorstehende Ende der Therapie synchron „eingeleitet“, wenn das gemeinsam erarbeitete Therapieziel und damit eine Stabilisierung erreicht ist.

Der Zeitpunkt für das abschließende Gespräch sollte jedoch einige

oder mehrere Sitzungen vorher fixiert werden.

2) Besprechung der Vorbereitung auf ein Ende

Oberstes Ziel ist es, dass die PatientIn auf ein Leben ohne therapeutische Hilfe vorbereitet ist.

Dazu sollten folgende Punkte positiv belegt sein:

- :: Die gemeinsam im Vorfeld festgelegten Ziele wurden (größtenteils) erreicht.
- :: Die PatientIn hat in der Therapie die Fähigkeiten in Richtung Selbstebeobachtung, Selbstkontrolle, Selbstbewertung und Selbstverstärkung erlernt.
- :: Die PatientIn kann ihr Leben in ihrem Kontext eigenverantwortlich und ohne Hilfe der TherapeutIn bewältigen, Veränderungen und Fortschritte in ihren Alltag integrieren.
- :: Transfer-Strategien der in der Therapie erlernten Methoden und skills auf neue und/oder unerwartete Situationen, um diese kognitiv und emotional besser verarbeiten zu können
- :: Die PatientIn kann den Fokus auf ihre Ressourcen lenken und diese umsetzen und auf ihre Stärken zurückgreifen.
- :: Erstrebenswert ist der Erwerb von ausreichender Autonomie/ Selbstmanagement, um mit Konflikten, Problemen und Stress umgehen zu können.
- :: Szenarisches Durchdenken möglicher zukünftiger kritischer Situationen und deren Umgang mit ausreichender Information über eine Rückfallprophylaxe

- :: Erkennen von Frühwarnzeichen und rechtzeitiges Einsetzen eines „Erste Hilfe Koffers“: Verfügbarkeit über Coping-Strategien und deren Anwendung
- :: Wichtig ist weiters, die PatientIn zu einer rechtzeitigen Kontaktaufnahme zu ermutigen, damit eine Wiederaufnahme der Therapie erfolgen kann, jedoch zu verstehen geben, dass es keine private Beziehung geben wird.

Im Abschlussgespräch sollte auch Raum sein, dass über die gemeinsame Arbeit, Erfahrungen, erfüllte und vielleicht auch nicht zufriedengestellte Erwartungen der PatientIn an die Therapie gesprochen wird. Ebenso ist es ratsam, gemeinsam den Therapieprozess zu reflektieren.

KATAMNESE

Fast ausschließlich in stationären Einrichtungen werden katamnestische Erhebungen zur Evaluation über Fortschritte und/oder eventuelle Rückschritte nach dem Ende der Therapie durchgeführt.

Gelegentlich kommt es vor, dass entweder die PatientIn oder die TherapeutIn die Therapie beenden wollen, bevor oder unabhängig davon, ob das Therapieziel erreicht wurde:

Beenden der Therapie durch die PatientIn

- :: Die PatientIn meint, sie sei symptomfrei oder ist mit der TherapeutIn und/oder der Therapie nicht zufrieden und möchte die Therapie beenden.

- ∴ Die TherapeutIn sieht das anders und fühlt sich noch verantwortlich für die PatientIn oder fühlt sich „schuldig“, nicht entsprochen zu haben.
- ∴ Die PatientIn bricht die Therapie plötzlich ab – was ist zu tun? Wünschenswert ist immer ein klärendes Gespräch über die Gründe der Beendigung oder des Abbruchs zu führen.
- ∴ Wie dem auch sei - die TherapeutIn muss den Wunsch der PatientIn respektieren und ihr die freie Entscheidung zugestehen.
- ∴ Die TherapeutIn sollte den Ablauf der Therapie reflektieren und gegebenenfalls mit einer SupervisorIn besprechen.

Beenden der Therapie durch die TherapeutIn

Umgekehrt ist es ebenso möglich, dass die TherapeutIn, aus welchen Motiven immer, die Therapie beenden möchte oder muss. Es ist wichtig, dies der PatientIn klar und einfühlsam zu vermitteln und therapeutische Möglichkeiten sicherzustellen oder Hilfestellung für anderweitige soziale Unterstützung anzubieten.

Beenden der Therapie in beiderseitigem Einverständnis

Es kann auch sein, dass eine Therapie aus einem ganz anderen Grund zu Ende geht: z. B. Wenn Beide – TherapeutIn und PatientIn eine Fortsetzung der Therapie in gemeinsamer Weise für nicht sinnvoll erkennen, ist ein Therapeutenwechsel offen zu besprechen.

Beenden der Therapie durch den Kostenträger

Bereits zu Beginn jeder Therapie sollte die PatientIn über die Vorgangsweise betreffend Bewilligung eines zusätzlichen Stundenkontingentes seitens der jeweiligen Krankenkasse informiert werden.

Zum Schluss soll noch hingewiesen werden auf die verbindliche ethische Richtlinie des Berufskodex des BMG, die für alle in der Liste des BMG eingetragenen PsychotherapeutInnen und für alle PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision gilt:

„Aus den bisherigen Ausführungen und unter Kenntnisnahme internationaler Empfehlungen kann angenommen werden, dass ein allfälliges Ein-

gehen einer nicht-therapeutischen Beziehung mit der ehemaligen Patientin oder dem ehemaligen Patienten vor Ablauf von zumindest zwei Jahren ab dem Ende der Psychotherapie kein vertrauenswürdiges Verhalten der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes darstellen würde.“ Berufskodex 2012,III,10

Mag.^a Ulrike Marecek

Psychotherapeutin,

Mitglied des BEG im ÖBVP

Mitglied der Ethik-, Beschwerde- und Schlichtungsstelle des ÖÖLP

Literatur

Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirates, zuletzt vom 13. 03. 2012

Hutterer-Krisch R (2007): Drei Arten von Beendigung. In: ders. (Hrsg.): Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit. Springer, Wien New York, 191-194

Kanfer F H, Reinecker H, Schmelzer D (2012): Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie. In: ders. (Hrsg.): Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York, 297-323

DIE PERFEKTE IT-LÖSUNG
für PsychotherapeutInnen und PsychologInnen



Erleichtert Ihre tägliche Arbeit praxisbezogen und benutzerfreundlich!
Für jeden Bedarf das passende Produkt

eMedicus Zentrum
Die Lösung für Therapiezentren und Gruppenpraxen.

eMedicus Complete
Das Programm für alle Fälle.

eMedicus Basic
Einsteiger sind hier bestens aufgehoben.

eMedicus MiniPraxis
Die günstige Alternative für die kleine Praxis.

Mertz Consult
3032 Eichgraben, Herrenhofstraße 46
Telefon: 0676 / 40 40 359, Fax: 02773 / 421 53
eMail: office@eMedicus.at

Fordern Sie unverbindlich unsere Infomappe an!

bezahlte Anzeige

NEUROSOMATISCHEN STIMULATION (TRAUMATHERAPIE) NACH DR. FRED GALLO




Dies ist ein ganzheitlicher, innovativer, hochwirksamer Ansatz, der emotionale Stresszustände reduziert bzw. auflöst. Sie verwendet Techniken aus Hypnose, Verhaltenstherapie, Akkupressur, EMDR, sowie der angewandten Kinesiologie. Nachhaltige, stabile klinische Erfolge sind bei verschiedensten Symptomen und Befindlichkeitsstörungen erzielt worden. (z.B. Stress, Ärger, Wut, Trauer, Schuldgefühle, Ängsten, Panikattacken, Phobien, traumatische Erfahrungen, etc..)

Das Curriculum besteht aus 5 Seminaren, einem verpflichtenden Praxistag und einer Prüfung im letzten Seminar. Die Seminare gelten anerkannter Weise als Fort- bzw. Weiterbildung im Rahmen der Psychologie und Psychotherapie.

Veranstaltungsort Günserstr. 70, 2700 Wr. Neustadt, N.Ö.
Auf Anfrage besteht die Möglichkeit die Seminare auch andernorts innerhalb Österreichs abzuhalten.
Voraussetzung hierfür: Mindestteilnehmerzahl 6-8 Personen, geeigneter Raum, Parkplatz für ein Wohnmobil

Vortragende Dr. Roswitha Dehu
klin. Psychologin, Verhaltenstherapeutin

Kontaktmöglichkeiten:
Tel.: +43 676/ 30 30 30 5, Email: r.dehu@gmx.at
www.emt-we.jimdo.com , www.psychotherapie-hypnose.at

bezahlte Anzeige

SCHLUSS MIT DER GRATISARBEIT IM PRAKTIKUM!

AusbildungsteilnehmerInnen fordern finanzierte Praktikumsplätze – allerdings nicht um jeden Preis



Gerhard Bruckner



Julia Rohner

In der zweiten Novemberhälfte 2015 führte das KandidatInnenforum (KFO) des ÖBVP eine Online-Umfrage zum fachspezifischen Praktikum durch. Im Zuge der zahlreichen Diskussionen um die mögliche Novellierung des Psychotherapie-gesetzes, kam auch in unserem Gremium die Frage auf, ob die 550 Stunden des fachspezifischen Praktikums durch eine Gesetzesänderung als Arbeitsverhältnis definiert werden soll – analog zu der im Psychologengesetz 2013 formulierten Lösung für die Praktika der Gesundheits- und klinischen Psychologie. Als VertreterInnen der KandidatInnen entschieden wir uns dafür, ein möglichst breites Stimmungsbild unserer Basis einzuholen, um dann möglichst die Anliegen der Mehrheit in den berufspolitischen Gremien vertreten zu können.

Als Kernfrage der Online-Umfrage hatten wir formuliert, ob

wir uns dafür einsetzen sollen, dass Pflichtpraktika im Fachspezifikum mit der bevorstehenden Gesetzesänderung nur noch im Rahmen von bezahlten Arbeitsverhältnissen angerechnet werden oder

auch weiterhin unbezahlte Pflichtpraktika anrechenbar sein sollen, bis berufspolitische Maßnahme zur Sicherung und Finanzierung von bezahlten Praktikumsplätzen gefunden sein werden und greifen werden.

Von den geschätzten 2.800 KandidatInnen im Fachspezifikum österreichweit nahmen 443 an der Umfrage teil. Plus den bereits graduierten TeilnehmerInnen und jenen im Propädeutikum haben insgesamt 582 Personen zwi-

schen 13.11. und 07.12.2015 die Fragen unserer Kurzumfrage beantwortet.

Klare zwei Drittel der Befragten sprachen sich dafür aus, mit der Forderung nach Praktika als Arbeitsverhältnisse abzuwarten, bis die Berufspolitik Maßnahmen ausgearbeitet hat, die helfen sollen, dass das Angebot von Praktikumsplätzen nicht unter einer solchen Lösung auf Gesetzesebene leidet. Für diese Option standen tendenziell eher jene KollegInnen, die erst einen Teil der vorgeschriebenen Praktika absolviert haben und jene in der Altersgruppe der über 40 Jährigen. Je nach Fachspezifika waren die Präferenzen zwar unterschiedlich, aber bei allen gab es eine klare Mehrheit von mehr als 50% der Befragten, die dafür plädierten noch abzuwarten.

Als ausschlaggebend für die Entscheidung, abwarten zu wollen, stellte sich vor allem die Sorge um die Anzahl der Plätze, lange Wartezeiten und damit eine signifikante Verlängerung der gesamten Ausbildung heraus: „Da es bereits die PsychologInnen, nach der Umstellung auf Praktika nur mehr im Arbeitsverhältnis, sehr schwer haben überhaupt so einen Platz zu finden, und gleichzeitig das Gesundheitswesen an allen Ecken einspart, glaube ich nicht, dass dann für PsychotherapeutInnen zusätzlich notwendige bezahlte Praktikaplätze geschaffen werden.“ Das „Praktikum als Arbeitsverhältnis“ forderten vor allem jene, denen eine faire Entlohnung ihrer Leistung bzw. Anerkennung und Wertschätzung wichtig war: „Ich absolvierte ein 4-monati-

ges Praktikum und arbeitete nach der Eingewöhnungsphase täglich 8 Stunden als Psychotherapeutin - unbezahlt!“. Weiters wäre eine solche Lösung wichtig, um die eigene Existenz während des Praktikums zu sichern und sicherzustellen, dass unbezahlte PraktikantInnen nicht für den Systemerhalt missbraucht oder ausgebeutet werden. Ebenso würde es eine Stärkung des Berufsstandes bedeuten.

Insgesamt spricht sich also eine große Mehrheit für ein Abwarten aus. Gleichzeitig plädieren nahezu alle dafür, dass rasch an einer Lösung für bezahlte Praktika gearbeitet werden soll. Dieses Ergebnis floss auch in eine Stellungnahme des KFO ein, die noch im Dezember 2015 an das Gesundheitsministerium erging.

Dieses Papier formuliert den Standpunkt des KFO, das die Anliegen der AusbildungsteilnehmerInnen von 32 Fachspezifika vertritt, bezüglich der im aktuellen Regierungsprogramm angekündigten Reform der Psychotherapieausbildung. Wichtige Punkte darin sind

- eine sinnvolle Akademisierung der Psychotherapieausbildung per se als eigenständiges ordentliches Studium
- die befristete Eintragung von PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision auf die Liste des BMG
- bezahlte Praktika im Fachspezifikum
- eine Vertretung der AusbildungskandidatInnen im Psychotherapiebeirat

∴ ein kritischer Blick auf die soziale Selektion angehender PsychotherapeutInnen durch hohe Ausbildungskosten

Soweit wir wissen, erfolgte eine derartige Befragung der KandidatInnen zum ersten Mal, und wir sind aufgrund der unglaublich hohen Anzahl der Rückmeldungen davon überzeugt, dass es Sinn macht, auf direktem Weg die Meinung der Basis einzuholen und unsere Arbeit danach auszurichten.

Wichtig ist, dass das Ergebnis unserer Umfrage nicht liegen bleibt, sondern aktiv aufgegriffen und der Dialog mit den Praktikumsanbietern - vor allem

mit den Krankenhausträgern - begonnen wird. Dies sehen wir als besondere Herausforderung an, da unsere Berufsgruppe im klinischen Bereich oftmals nur indirekt vertreten ist. Weiters ist dies ein Auftrag an den Berufsverband, klare erkennbare Schritte in die Richtung eines solchen Dialogs zu setzen. In Anbetracht der kommenden Präsidentschaftswahlen im ÖBVP empfinden wir es als stimmig, wenn dort ein entsprechendes Signal gesetzt werden könnte.

Für 2016 ist eine umfangreiche österreichweite KandidatInnenumfrage zu den Themen Qualität der fachspezifi-

schen Ausbildung, Rahmenbedingungen im Praktikum, Arbeit in der Praxis, Berufspolitisches und Lebenssituation geplant. Wir hoffen auf zahlreiche Teilnahme!

Gerhard Bruckner

Informatiker, personenzentrierter Psychotherapeut seit März 2015, KandidatInnenvertreter im Vorstand des WLP

Julia Rohner

Marktforscherin, Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision (Gestalttheoretische Psychotherapie), KandidatInnenvertreterin der ÖAGP



Karl-Ernst Heidegger

UNSER BEITRAG IM JAHRESBERICHT DER LIGA FÜR KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT 2015

Für den jährlichen Bericht wurden uns drei Fragen zur Kinder- und Jugendlichenversorgung gestellt.

Was waren Ihre Schwerpunkte und Highlights im Jahr 2015?

Nachdem viele Jahre die psychische Gesundheit der Kinder im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitsversorgung in Österreich vernachlässigt wurde, freuen wir uns über Zuwächse an vollfinanzierten Psychotherapieplätzen für Kinder in vielen Bundesländern. Die Erleichterungen spüren die Kinder und deren Eltern vor allem durch einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie.

Welche Aktivitäten setzt Ihre Organisation zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie kritisiert, dass es keine Gleichbehandlung für alle Kinder und Jugendliche gibt. Im Bedarfsfall brauchen Österreichs Kinder Glück, im richtigen Bundesland zu leben, bei der richtigen Sozialversicherung zu sein oder vermögende Eltern zu haben.

Die Frage nach der (richtigen) Versicherung entscheidet, ob Eltern sich die notwendige Psychotherapie ihres Kindes leisten können. Sachleistungsplätze sind oft knapp und Wartezeiten lang. Der Zuschuss zur Psychotherapie ist mit Ausnahme der BVA und VAEB seit 25 Jahren nicht mehr angehoben worden. Der ÖBVP bemüht sich daher um eine bedarfsgerechte und leistbare Versorgung für alle.

Wo geht die Reise im Jahr 2016 hin?

Umgesetzt wird 2016 eine einheitliche Schwerpunktliste für Säuglings-, Kinder und Jugendlichenpsychotherapie. Damit entsteht eine wichtige und lange geforderte Orientierungshilfe für Familien und für alle zuweisenden Stellen. Es ist zu gewährleisten, dass alle, die Psychotherapie suchen, möglichst ohne Irrwege eine adäquate Behandlung finden. Gleichzeitig bringt die Ausweisung des Schwerpunktes eine zusätzliche Qualitätssicherung mit sich.

Die psychische Gesundheit von Kindern berührt viele Themen, welche PsychotherapeutInnen in Österreich aufgreifen und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Professionen gemeinsam bewältigen möchten. Die großen Themen des letzten Jahres werden uns auch in Zukunft fordern. Terror und die Ängste der Erwachsenen belasten die Kinder zunehmend. Wir brauchen zudem Möglichkeiten, junge MigrantInnen und Flüchtlinge verstärkt in die psychotherapeutische Versorgung aufzunehmen. Gute Rahmenbedingungen und Strategien sind auch dort gefordert, wo Minderjährige gesellschaftlichen und familiären Konflikten sowie Armut ausgesetzt sind. Den ganzen Bericht finden Sie online unter: http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/Liga_Bericht_2015_web.pdf

Mag. Karl-Ernst Heidegger,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vizepräsident ÖBVP

PRESSE- AKTIVITÄTEN

Dezember 2015 – März 2016

04.12.2015 **APA-OTS**

PsychologInnen und PsychotherapeutInnen unterstützen das Open Innovation Projekt "Reden Sie mit!"

10.12.2015 **Radio Ö1**

Preisschilder des Seelenheils: Der Kampf um die Psychotherapie auf Krankenschein – Dr. Stippl im Interview

12.12.2015 **Kurier**

Psychotherapie und Antidepressiva wirken gleich gut

16.12.2015 **Puls 4 News**

Psychische Erkrankungen: Eine Million Menschen betroffen

26.12.2015 **ORF, ZIB 1**

Kaum Kassenzuschüsse für Psychotherapie – Dr. Stippl im Interview

01.01.2016 **ORF, Wien heute**

Wie geht man mit Ängsten um? Dr. Stippl live im Studio

09.02.2016 **APA-OTS**

Psychotherapie wird erschwinglich – aber nur für manche Versicherte

09.02.2016 **Ö1, Journal Panorama**

Tell me your story – Nachkommen von NS Opfern und -Tätern im Dialog

10.02.2016 **ORF, ZIB 2**

Massiver Anstieg psychischer Erkrankungen

11.02.2016 **ORF, heute mittag**

Mehr Krankenstände wegen Depressionen

Ausgabe 08/2016 **TREND**

Die teuren Psycho-Invaliden

26.02.2016 **Die Presse**

Das greift einfach anders

26.02.2016 **Der Standard**

Psychisch krank: Unmittelbare Kosten bei 850 Millionen Euro

01.03.2016 **Die Presse**

Kostenfrage Psychotherapie (Gastkommentar von Dr. Stippl)

Alle Artikel finden Sie unter www.psychotherapie.at/presse-pr/presseaktivitaeten-2016 bzw. unter [Presse-Archiv](#) sowie zum Teil auf unserer [Facebook-Seite](#) zum Nachlesen!



Barbara Haid

TAGUNG

„Psychotherapie in Institutionen – Der Stellenwert der Psychotherapie in Krankenanstalten“

Die Kommission Psychotherapie in Institutionen organisiert nun schon zum dritten Mal eine Tagung zur aktuellen Situation der Psychotherapie in Institutionen, sowie den Rahmen- und Arbeitsbedingungen für PsychotherapeutInnen in Institutionen. Nach Linz im Herbst 2012 und Wien im Frühling 2014 findet die dritte Tagung nun im Herbst 2016 in Innsbruck statt.

Der Schwerpunkt dieser Tagung liegt bei der Psychotherapie in Krankenanstalten. Dazu gewähren uns zu Beginn 2 KollegInnen, die schon lange im Krankenhaus tätig sind, Einblicke in ihren Arbeitsalltag unter dem Gesichtspunkt „Wie kann die Psychotherapie in Krankenanstalten zum Blühen gebracht werden?“

Der zweite Vortrag am Vormittag steht unter dem Titel „Die Spaltung zwischen Psyche und Soma“, wo es um das große Thema „Psychosomatik“ geht. Zum Stellenwert der Psychotherapie in Krankenanstalten und „Was ist uns die Psychotherapie wert? Stellenwert – Mehrwert – Selbstwert“ diskutiert im Anschluss ein hochkarätiges Podium unter der Moderation von Dr. Elisabeth Zanon (langjährige ehemalige Gesundheitslandesrätin von Tirol). Neben den Primarii und Klinikchefs von einzelnen Organisationseinheiten, werden auch die Personaldirektion und der Betriebsrat zu Wort kommen. Die Sichtweise der PsychotherapeutInnen werden unter anderem die Vorsitzende des TLP Dr. Verena Berger-Kolb sowie Mag. Marina Gottwald (Mitglied der Kommission) einbringen.

Der Nachmittag ist dem Thema „Psychotherapie – Psychiatrie – Psychologie“ gewidmet. Nach einem spannenden Kurzfilm, der von Ausbildungs-

kandidatInnen zusammen mit SchülerInnen gemacht wurde, diskutieren der Präsident der Österreichischen Arbeiterkammer (Dr. Artur Wechselberger), die Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen (Mag.^a Dr.in Sandra Lettner), sowie unser Präsident Dr. Peter Stippl über die Differenzen, Abgrenzungen, Überschneidungen, Ergänzungen bis hin zum Nutzen von Synergien der drei Disziplinen Psychotherapie, Psychiatrie und Psychologie. Ein breites Spannungsfeld im klinischen Alltag. Eine spannend aufbereitete Zusammenfassung sowie Zukunftsperspektiven der Kommission setzen den Schlusspunkt dieser Veranstaltung.

14. Okt. 2016

9.00 bis 17.00 Uhr

Innsbruck, Hypo Center
(Tschamlerstraße, Hypo Passage 2)

Die Tagung ist vom ÖBVP zertifiziert.
Anrechnung: 9 Arbeitseinheiten für die psychotherapeutische Fortbildung

Anmeldungen sind ab sofort möglich
bei Mag.^a Barbara Zsivkovits
per E-Mail: tagung@psychotherapie.at
Kosten: (einschließlich Kaffeepausen
und Mittagessen):

€ 30,- für Mitglieder

€ 40,- für Nicht-Mitglieder

€ 20,- für AusbildungskandidatInnen

Mag.^a Barbara Haid

MSc Psychotherapeutin im LKH Hall,
Erziehungswissenschaftlerin,
Mitglied der Kommission Psychotherapie in Institutionen des ÖBVP

DIE UNTERSCHIEDLICHEN DIMENSIONEN VON BEHINDERUNG –

Für ein notwendiges Verständnis von Behinderung in der Psychotherapie



Markus Bräuer

NIn den letzten Wochen war in den Medien das Thema Behinderung verstärkt präsent. Es ging dabei um das Auslaufen der Übergangsfristen des Behindertengleichstellungsgesetzes und der damit verbundenen Verpflichtung, dass alle öffentlichen Dienstleistungen nun barrierefrei zugänglich sein müssen. Neben den formalen Fragen nach Barrierefreiheit von Psychotherapie, um den Zugang zu diesem Angebot für Menschen mit Behinderung zu sichern, gibt es jedoch darüber hinaus die zwingende Notwendigkeit, sich grundsätzliche Gedanken über die unterschiedlichen Dimensionen von Behinderung zu machen. Denn nur mit einer ausreichenden Reflexion über dieses Thema ist auch eine angemessene Therapie von Menschen mit Behinderung möglich. Da dann die Komplexität der alltäglichen Situation von behinderten Menschen verständlicher wird, kann so erst sichtbar gemacht werden, welche Themen in der Therapie auf welche Art und Weise mit Behinderung zu tun haben.

Ich greife hier in abgewandelter und extrem verkürzter Form einen Zugang zu diesem Thema auf, den ich in meiner Masterthese zum Abschluss der Psychotherapieausbildung ausführlich beschrieben habe.¹ Es geht um die verschiedenen Aspekte von Behinderung, die in Summe als Ganzes erst ein Verständnis für die Vielschichtigkeit des Themas Behinderung möglich machen.

Körperliche Dimension von Behinderung

In der Regel wird Behinderung zunächst einmal als ein physiologisches

Phänomen gesehen. Die Behinderung „sitzt“ im Körper und besteht darin, dass ein Teil des Körpers nicht der Norm entspricht. Behinderung ist für viele Menschen ausschließlich eine medizinische Diagnose, die anhand entsprechender ärztlicher Untersuchungen gestellt wird. In der Medizin wird versucht, Behinderung durch Operationen, Therapien, Hilfsmittel u.a. „so normal“ oder „so gesund wie möglich“ zu machen. Leider entstehen gerade in diesem Bereich erst viele Probleme für behinderte Menschen, z.B. durch Hospitalisierung, Traumata durch viele Operationen und ständige Therapien etc.

Biografische Dimension von Behinderung

Auch wenn es im Alltag von behinderten Menschen keine so große Rolle spielt, so ist es doch ein Unterschied, ob ein Mensch von Kindheit an eine Behinderung hat, oder ob die Behinderung im Laufe des Lebens erworben wird (z.B. durch Unfall oder Erkrankung). Für den Alltag entscheidender ist vielmehr, ob die Behinderung gleichbleibend ist oder progressiv verläuft, d.h. sie verschlechtert sich zunehmend, sei es gleichmäßig oder in Schüben (z.B. bei Multipler Sklerose oder Retinopathia Pigmentosa).

Beziehungen von Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung sind in ihren Beziehungen oft eingeschränkt. Entweder hatten sie nie die Möglichkeit, entsprechende Beziehungen aufzubauen, weil sie aufgrund ihrer Behinderung von Kindheit an immer auf ihre unmittelbaren Bezugspersonen angewiesen waren, um überhaupt das

Haus verlassen und so alternative Beziehungen aufbauen zu können. Oder Beziehungen der bisherigen Biografie verändern sich radikal aufgrund des Eintritts einer Behinderung. Menschen, die bisher besonders wichtig waren, wenden sich eventuell vom behinderten Menschen ab. Dafür können sich auch neue Beziehungen intensivieren, die bisher nicht im Fokus gestanden sind. Grundsätzlich zeichnen sich Beziehungen von behinderten Menschen sehr häufig durch einen extrem hohen Grad der Abhängigkeit aus. Erst durch die Freiwilligkeit engagierter Menschen im Umfeld des behinderten Menschen ist es häufig möglich, dass dieser sich entsprechende Hilfe organisiert, die die oben beschriebene Abhängigkeit reduziert und ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht.

Gesellschaftliche Dimension von Behinderung

In der Gesellschaft, in der ein Mensch mit Behinderung lebt, wird festgelegt, ab wann von Behinderung gesprochen wird (= Definition von Behinderung), welche Hilfen es gibt und welche Anspruchsvoraussetzungen für entsprechende Hilfsleistungen gelten. Es ist durchaus entscheidend, in welcher Gesellschaft ein Mensch mit Behinderung lebt, um dessen Entwicklungsmöglichkeiten überhaupt einschätzen zu können. Rechtliche, institutionelle, bildungspolitische und behinderungspolitische Aspekte einer Gesellschaft können sich von Land zu Land sehr stark unterscheiden, haben aber einen

nicht zu unterschätzenden Anteil an der Entstehung von Behinderung. Dies geschieht durch Mangel an Barrierefreiheit und der damit verbundenen Unmöglichkeit für den behinderten Menschen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Kulturell-religiös-ethische Dimension von Behinderung

Der kulturell-religiöse Hintergrund, in dem ein Mensch mit Behinderung lebt, entscheidet grundlegend darüber, was als Behinderung gesehen und wie mit ihr umgegangen wird. Ist es selbstverständlich für eine Kultur, dass man sich um Menschen mit Behinderung kümmert oder ist es üblich, dass Menschen, die als behindert abgestempelt werden, als Außenseiter oder gar Ausgestoßene gelten? Auch in Österreich gibt es unterschiedliche kulturelle und religiöse Zugänge zum Thema Behinderung, z.B. bei Familien mit Migrationshintergrund.

Immer wird sich ein Mensch mit Behinderung auch mit der Frage beschäftigen, warum ausgerechnet er oder sie diese Behinderung haben muss. Die Frage nach dem Sinn der eigenen Behinderung wird zwangsläufig in jedem Therapieprozess auftauchen. Dies ist ein weiterer sehr wichtiger Aspekt dieser Dimension.

Singularität oder Einmaligkeit von Behinderung

Gerade in unserer Zeit, in der größter Wert auf Messbarkeit, Skalen, Einteilungen und Diagnosen gelegt wird, ist es zwingend notwendig, ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass eine Behinderung immer ein sehr individuelles und einmaliges Phänomen ist. Wie durch die bisherige Differenzierung von Behinderung schon deutlich geworden ist, gibt es beliebig viele Kombinationsmöglichkeiten der unterschiedlichen Aspekte in den verschiedenen Dimensionen, die eine exakte Vergleichbarkeit von zwei Menschen mit Behinderung unmöglich machen. In diesem Zusammenhang ist besonders wichtig zu betonen, dass die scheinbare „medizinische Schwere“ der Behinderung in keiner Weise mit

der subjektiven Lebensbewältigung bzw. Einschätzung der eigenen Lebenszufriedenheit eines behinderten Menschen korreliert. Menschen mit einem hohen Grad von Behinderung können viel glücklicher sein, als Personen, die scheinbar eine „leichte Behinderung“ haben. Hier ist Behinderung ein höchst individuelles und subjektives Phänomen, das durch die vorgestellten unterschiedlichen Dimensionen etwas besser eingeordnet werden kann.

Erst wenn alle Dimensionen von Behinderung in einer Psychotherapie den angemessenen Platz finden, ist ein besseres Verständnis für die höchst individuellen Alltagssituationen von behinderten Menschen möglich. Zugleich wird eine wesentliche Differenzierung erleichtert: es gibt auch viele Themen in der Psychotherapie mit behinderten Menschen, die nicht ursächlich mit der Behinderung zu tun haben, wovon leider allzu oft ausgegangen wird. Um als PsychotherapeutIn mit behinderten Menschen zu arbeiten, ist also eine Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Dimensionen von Behinderung aus mehreren Gründen unumgänglich: einerseits muss die Falle vermieden werden, alles im Therapieprozess auf die Behinderung zu reduzieren, andererseits muss ein ausreichendes Verständnis für die komplexe Lebenssituation des/der behinderten KlientIn entwickelt werden.

Gleichzeitig wird so auch noch die Frage der Barrierefreiheit aus der rein rechtlichen Perspektive befreit und durch die umfassende Sicht von Behinderung als existentielles Thema für einen Menschen mit Behinderung sichtbar.

Mag. Markus Bräuer, MSc
Psychotherapeut (Psychodrama),
Supervisor, Theologe, lebt selbst von
Kindheit an mit einer hochgradigen
Seh- und Hörbehinderung.
Mitglied im „Arbeitskreis Psychotherapie
und Behinderung“ des ÖBVP.

EIN SERVICE DES ÖBVP

Ihre persönliche Website

Nutzen Sie das Angebot zur Erstellung Ihrer eigenen Website, um Ihre KundInnen und KlientInnen auch im Internet über Ihre psychotherapeutische Tätigkeit zu informieren.

FÜR MITGLIEDER

Einmalige Einrichtungskosten 360 €
Jährliche Wartungskosten 120 €

FÜR NICHT MITGLIEDER

Einmalige Einrichtungskosten 480 €
Jährliche Wartungskosten 120 €

Weitere Informationen und Kontakt:
www.psychotherapie.at/website



FÜR ALLE NUTZER DES SOZIALEN NETZWERKS:

Wir freuen uns, wenn Sie unsere Facebook-Seite besuchen und liken! Sie finden uns unter Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie oder gelangen via www.psychotherapie.at über den  Button auch auf unsere Seite.



Wolfgang Schimböck

BORDERLINE – DIE FAHRT MIT DER ACHTERBAHN

Die 16jährige M. lebt mit ihrer alleinerziehenden Mutter in einer Großstadt. Eine begonnene Friseurinnenlehre hat sie nach wenigen Monaten „hingeschmissen“. Die Kundinnen im Friseurgeschäft waren ihr „unerträglich“, die Chefin „eine Zumutung“. Auf die Mutter reagiert sie zu Hause schon bei nichtigen Anlässen überaus „aggressiv“. Es kommt zu regelrechten „Wutanfällen“. Mehrere schon erlebte Männerbeziehungen bezeichnet sie als On/Off-Beziehung. Die Partnerschaften und ihr Leben erlebt sie wie die Berg- und Talfahrt einer Achterbahn. Wenn sie das Gefühl hat, der aktuelle Partner verlässt sie, fühlt sie sich „völlig durch den Wind“ und „will nicht mehr leben“. Nächtens häufen sich Fressattacken mit anschließendem selbst herbeigeführtem Erbrechen. Als es immer wieder zu Selbstverletzungen kommt, wird M. von einer auf Betreiben der Mutter konsultierten Fachärztin in eine stationäre Behandlung überwiesen. Nach dem Krankenhausaufenthalt beginnt M. eine Psychotherapie, die zwei Jahre dauert und im ersten halben Jahr von einem einmonatigen Aufenthalt in einer Tagesklinik unterbrochen wird. Während des Therapiezeitraumes nimmt die Patientin an einer vom AMS unterstützten Jugendausbildungsmaßnahme teil. Die regelmäßige Teilnahme und vor allem die Absolvierung der theoretischen Ausbildungsteile in einer Regelberufsschule fällt ihr sehr schwer. In dem langen therapeutischen Prozess beginnt sie aber zunehmend selbst Verantwortung für die Erreichung der Therapieziele zu übernehmen. Schließlich kann sie die Ausbildungsmaßnahme mit einem Lehrabschluss erfolgreich beenden. Es ist ihr tatsächlich gelungen, aus der Achterbahn auszusteigen.

Im Vordergrund einer Borderline-Erkrankung steht – wie in der Fallvignette beschrieben – eine Störung der Gefühlsregulation, mit der extreme Stimmungsschwankungen einhergehen. Bei zwischenmenschlichen Beziehungen, die meist sehr intensiv ausgelebt werden, führt die ausgeprägte Instabilität oft zu einer dramatischen Entwicklung. Eine völlig überzeichnete Idealisierung und Abwertung des Gegenübers verläuft nach dem Muster einer Achterbahn. Es bestehen oft massive Ängste vor dem Alleinsein und vor dem Verlassenwerden. Ein häufiges Kriterium ist auch ein selbstschädigendes Verhalten, das von Substanzmissbrauch bis zur Selbstverletzung reicht. Es kann auch zu häufigen Wutanfällen und körperlich ausgetragener Aggressivität

kommen. Ein weiteres Kriterium ist die oft empfundene innere Leere. Bereits Reich (1925) beschrieb in „Der triebhafte Charakter“ eine Borderline-Patientin. Das Alter der Erstmanifestation reicht von einer großen Gruppe der 14jährigen mit Verhaltensauffälligkeiten wie Essstörungen und Selbstbeschädigungen, die bereits einer stationären Behandlung bedurften, bis zu PatientInnen, die Mitte Zwanzig erstmals stationär behandelt wurden.

Zwei Drittel der Borderline-PatientInnen sind weiblich. Mit einer von Dulz und Jensen 2000 im stationären Bereich durchgeführten Studie wurde die Bedeutung von sexuellem Missbrauch und anderen traumatisierenden Erlebnissen für die Ätiologie neu-

erlich untermauert: Ca. 70 Prozent der betroffenen Frauen wurden in der Kindheit sexuell missbraucht. Häufig lagen physischer Missbrauch, verbaler Missbrauch, frühe Trennungen, Verluste, Adoption und fehlende elterliche Fürsorge vor. Der sexuelle Missbrauch in der Kindheit wurde – auch bei männlichen Patienten – als stärkster Faktor identifiziert.

Therapiekonzepte

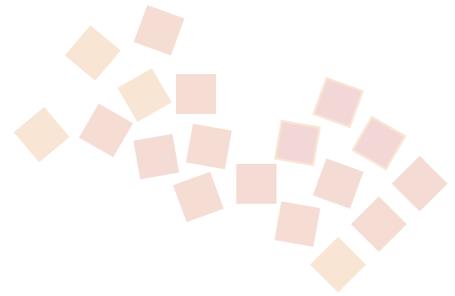
Lange Zeit galt die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine sehr schwer zu behandelnde Erkrankung mit einer äußerst geringen Remissionsrate. Für die psychotherapeutische Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen wurden inzwischen von den meisten „Therapieschulen“ Konzepte entwickelt,

die vielfach einen schulenübergreifenden Charakter haben. Therapieziele sind eine bessere Impulskontrolle, mit Angst umgehen zu können, Affekte zu regulieren, Triebwünsche zu regulierenund – bei gleichzeitiger Entwicklung stabiler und befriedigender interpersoneller Beziehungen – ...Intimität und Liebe zu erleben – Kernberg et al. 1993, S 17 f.. Als Beispiel für die von den „Therapieschulen“ entwickelten erfolgreichen Behandlungskonzepte wird im Folgenden die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Prof. Marsha M. Linehan kurz erläutert. Das Konzept basiert auf einer dialektischen Betrachtungsweise und stellt daher auf Basis von Gegensätzen ein Gleichgewicht zwischen bestehenden Extremen dar. Die DBT baut auf sogenannten Grundannahmen auf. Bohus und Wolf-Arehult (2013, S. 52) listen diese Grundannahmen auf: Borderline-Patienten geben ihr Bestes – sie wollen sich ändern – ungerechterweise müssen

sie sich mehr anstrengen als andere um sich zu ändern – sie haben ihre Probleme zwar oft nicht selbst verursacht, müssen aber lernen, diese selbst zu lösen – sie erleben die Situation häufig als schmerzhaft und schwer erträglich – sie tun gut daran, in vielen wichtigen Situationen ihres Lebens neue Verhaltensweisen zu erlernen – sie könnten in der DBT erfolgreich sein – Wahrheit ist immer subjektiv. Eine ambulante Einzeltherapie hat bei wöchentlicher Frequenz eine Dauer von etwa zwei Jahren. Der Schlüssel zum Erfolg der Therapie ist letztlich das Maß der Eigenverantwortung, das die PatientInnen übernehmen um aktiv am Erreichen der Ziele mitzuarbeiten.

Wolfgang Schimböck
MSc PLL.M MBA
Psychotherapeut,

Mitglied des ÖBVP-Präsidiums,
Vorsitzender des OÖLP



Literatur:

Bohus M/Wolf-Arehult M: Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual, Schattauer, Stuttgart 2013, S 52

Dulz B, Jensen M: Aspekte einer Traumatiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart 2000, S 167-193

Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW et al.: Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Huber, Bern 1993, S 17 f

Reich W: Der triebhafte Charakter. Internationale Psychoanalyse, Leipzig 1925

BEZIEHUNG IN BEWEGUNG



Zertifizierte Weiterbildung für PsychotherapeutInnen. Qualifikation: umfassende Beratung und psychotherapeutische Behandlung von **Paaren** aufgrund einer fundierten, vom Bundesministerium für Gesundheit anerkannten körperorientierten Methode (KBT).

Start: **27.1.2017**
(Salzburg und München)

www.beziehunginbewegung.at
Informationen/Broschüre:
office@susannekloser.at, 0043(0)699 105 12 116

Termine zum Kennenlernen:

- 18.-22.4.2016 Sexualität und Psychotherapie (Lindauer Psychotherapiewochen, www.lptw.de)
- 4.-5.6.2016 Alle viel zu nett (Seminar in Ravensburg, Roland Brückl, info@kbt-ravensburg.de)
- 10.-11.6.2016 Lerne berühren (Seminar in Wien, www.susannekloser.at)
- 10.9.2016 Einführung in die körperorientierte Paartherapie (Wien, www.susannekloser.at)



WEITERBILDUNG | WEITERBILDUNG

ÖAGG | GD.DG

Gruppenkompetenz in der Psychotherapie

Psychodynamische und gruppenspezifische Weiterbildung

für PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision

Der Einstieg ist jederzeit möglich
Information: www.gddg.at | Kontakt: gruppenkompetenz@gmx.at



WEITERBILDUNG | WEITERBILDUNG

bezahlte Anzeige



GENERALVERSAMMLUNG & PRÄSIDIUMSWAHL 2016

Aufruf zur Kadidatur
WAHLINFORMATION



ÖBVP

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

EINLADUNG ZUR GENERALVERSAMMLUNG

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Wir laden Sie, entsprechend unseren Statuten, zur nächsten ordentlichen Generalversammlung des ÖBVP am 18. Juni 2016 in Salzburg ein. Die vorläufige Tagesordnung finden Sie auf der folgenden Seite. Ein wichtiger Tagesordnungspunkt dieser Generalversammlung ist die Wahl des Präsidiums für die Periode 2016 – 2019.

In dieser Beilage finden Sie Informationen der Wahlkommission einschließlich dem Aufruf zur Kandidatur für die Funktionen im Präsidium. Die Unterlagen über die Kandidaturen und die Stimmzettel bekommen Sie innerhalb der nächsten Wochen per Post zugesandt.

Nutzen Sie mit Ihrer Stimme die Möglichkeit, durch die Wahl des Präsidiums auch die berufspolitische Linie des ÖBVP mitzuentcheiden!

Auch wenn Sie Ihre Stimme per Briefwahl abgeben, ist Ihre Teilnahme an der Generalversammlung wichtig, weil - wie Sie der Tagesordnung entnehmen können - die Teilnahme an der Generalversammlung Gelegenheit bietet, bei wichtigen Themen mitzuentcheiden.

In diesem Sinne freuen wir uns, möglichst viele Mitglieder bei dieser Generalversammlung begrüßen zu dürfen und möchten Sie im Anschluss der Generalversammlung herzlich zu einem Sektempfang zur Verabschiedung und Begrüßung des neuen Präsidiums einladen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Peter Stippl
Für das Präsidium



VORLÄUFIGE TAGESORDNUNG

der ordentlichen Generalversammlung (GV) des ÖBVP

am 18. Juni 2016, 14.00 bis 18.00 Uhr

TAGUNGS- UND STADTHOTEL JOSEF BRUNAUER,
Elisabethstraße 45a, 5020 Salzburg

1. Begrüßung und Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Bestellung der Versammlungsleitung
3. Genehmigung des Protokolls der Generalversammlung vom 15. Juni 2013
4. Bericht der Antragsprüfungskommission
5. Genehmigung der Tagesordnung
6. Tätigkeitsberichte des Präsidiums, des BUVO, der Bundesforen, des BEG
7. Bericht der Kassierin
8. Bericht der RechnungsprüferInnen
9. Entlastung des Präsidiums
10. Danksagungen und Ehrungen
11. Wahl des Präsidiums
 - Bericht der Wahlkommission
 - Bekanntgabe der Ergebnisse der Briefwahl
 - Durchführung eventueller Stichwahlen
12. Wahl der Rechnungsprüferin/des Rechnungsprüfers
13. Bestellung der fünf festen Mitglieder der Schlichtungsstelle
14. Bestellung der Wahlkommission
15. Bestellung der Antragsprüfungskommission
16. Bekanntgabe des Ortes und Termins der nächsten ordentlichen GV – voraussichtlich am 15. Juni 2019 in Salzburg
17. Allfälliges

Hinweis:

Jedes ordentliche Mitglied kann eine Stimmdelegation übernehmen.

Der Nachweis der Stimmdelegation hat schriftlich zu erfolgen.

Juristische Personen (Vereine) werden durch eine/n schriftlich Bevollmächtigte/n vertreten.

Zur Erinnerung: Statuten des ÖBVP

§ 10 (5)

Anträge auf Aufnahme von Tagesordnungspunkten und Sachanträgen zur Generalversammlung sind bis vier Wochen (20.5.2016) vor der Generalversammlung über das Büro des ÖBVP bei der Antragsprüfungskommission schriftlich einzureichen. Eine eventuelle Modifikation des Antrages vonseiten der AntragstellerIn muss schriftlich spätestens zwei Wochen (3.6.2016) vor der Generalversammlung bei der Antragsprüfungskommission einlangen.

PRÄSIDIUMSWAHL 2016

WAHLINFORMATIONEN UND

AUFRUF ZUR KANDIDATUR

Sehr geehrtes Mitglied!

Am 18. Juni 2016 findet die ordentliche Generalversammlung (GV) des ÖBVP statt, die das Präsidium für die kommenden drei Jahre bestellen wird. Die Statuten des ÖBVP schreiben eine Briefwahl vor, um den über ganz Österreich verteilten Mitgliedern des ÖBVP die Beteiligung an der Wahl zum Präsidium des ÖBVP möglichst leicht zu machen. Mit der Vorbereitung und Durchführung der Wahl ist die von der ordentlichen Generalversammlung bestellte Wahlkommission betraut, der folgende drei Mitglieder (Statuten des ÖBVP § 12 (1)) angehören:

Claudia Mühl **Tel. 0664 73667548** **E-mail: claudia.muehl@utanet.at**

Judith Rupp **Tel. 0664 3573778** **E-mail: judith@rupp.or.at**

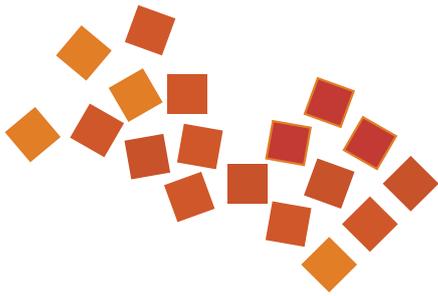
Konrad Wirnschimmel **Tel. 0664 4254502** **E-mail: wirnwien@p16.at**

Zu den Aufgaben der Wahlkommission gehören die statutengemäße Vorbereitung und Durchführung der Briefwahl, und falls sich keine absolute Mehrheit ergibt, die Durchführung der Stichwahl in der Generalversammlung. Wir werden alles Erforderliche tun, damit ein reibungsloser Ablauf der Wahl sichergestellt wird. Dazu gehören die ausreichende Information der Mitglieder über den Ablauf der Briefwahl, die Veröffentlichung der Richtlinien für eine Kandidatur, sowie eine zeitgerechte Veröffentlichung aller Fristen und Stichtage. Für allfällige Fragen, Anregungen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Mitglieder der Wahlkommission, die telefonisch oder per Email unter den oben angegebenen Nummern erreichbar sind.

Die von der Wahlordnung vorgesehenen Fristen sind knapp bemessen. Da der lange Postlauf von Massensendungen berücksichtigt werden muss, ist der vorgesehene Terminplan zur Wahl gedrängt. Sie werden die Wahlunterlagen und die Informationen über die KandidatInnen daher erst wenige Wochen vor der Generalversammlung erhalten.

Wir laden Sie daher ein, an der Präsidiumswahl 2016 teilzunehmen und ihre Stimme möglichst bald nach Erhalt der Wahlunterlagen abzugeben. Wir hoffen, dass sich der finanzielle und organisatorische Aufwand der Briefwahl in einer hohen Wahlbeteiligung niederschlagen wird.

Die Wahlkommission



INHALT

1. Wie gestaltet sich der Wahlvorgang
2. Termine bis zur Generalversammlung am 18. Juni 2016
3. Aufruf zur Kandidatur
4. Anhang:
 - A. Auszug aus den Statuten
 - B. Richtlinien zur Erstellung des KandidatInnenprofils
 - C. Vordruck "Unterstützungserklärung"

1. WIE GESTALTET SICH DER WAHLVORGANG

Laut Geschäftsordnung der Generalversammlung (GO § 10 Wahlordnung) wird die Wahl des Präsidiums von der Wahlkommission vorbereitet und in zwei Schritten durchgeführt (GO § 10 (1) und (4)): In einer Briefwahl wählen die Mitglieder durch Ankreuzen aus der Liste der WahlwerberInnen für jede der Funktionen im Präsidium, das auf Grund des Beschlusses der außerordentlichen Generalversammlung vom 10. Februar 2007 aus fünf Personen besteht, jeweils eine/n BewerberIn aus (Statuten des ÖBVP § 12 (1)):

- ⌘ **PräsidentIn**
- ⌘ **1. VizepräsidentIn**
- ⌘ **2. VizepräsidentIn**
- ⌘ **SchriftführerIn**
- ⌘ **KassierIn**

Als in eine Funktion gewählt gilt jene/r KandidatIn, die/der mehr als die Hälfte aller abgegebenen gültigen Stimmen (absolute Mehrheit laut GO § 10 (6)) erreicht. Sollte die absolute Mehrheit von keiner/m der KandidatInnen erreicht werden, erfolgt in einem zweiten Wahlgang die notwendige Stichwahl zwischen den zwei KandidatInnen mit den höchsten Stimmenanteilen auf der Generalversammlung mit einfacher

Mehrheit (GO § 10 (7)). Eine detaillierte Anleitung zur Vorgehensweise bei der Briefwahl wird zusammen mit den Wahlzetteln und KandidatInnenunterlagen spätestens 4 Wochen vor der Generalversammlung an alle Mitglieder ausgesendet werden (GO § 10 (3)).

2. TERMINE BIS ZUR GENERALVERSAMMLUNG AM 18. JUNI 2016

Zur Wahl stellen können sich alle ordentlichen Mitglieder, die ihre Kandidatur bei der Wahlkommission bis 6 Wochen vor der Generalversammlung schriftlich bekannt geben (GO § 10 (2)). Nach Prüfung der Rechtmäßigkeit der Kandidaturen hat die Wahlkommission die KandidatInnenlisten und Wahlunterlagen bis 4 Wochen vor der Wahl an alle Mitglieder auszusenden (GO § 10 (4)).

Sämtliche Bewerbungen zur Kandidatur für das Präsidium sind, ebenso wie auch die Rücksendekuverts, ausschließlich an das Postfach der Wahlkommission zu senden:

**ÖBVP-Wahlkommission
Präsidiumswahl 2016
Postfach 8500
1011 Wien**

Bewerbungen und Stimmkuverts, die an das Bundesbüro oder an die Büros der Landesverbände gerichtet sind, können aus organisatorischen Gründen von der Wahlkommission nicht bearbeitet werden. Berücksichtigung finden nur Stimmen, die bis 3 Tage vor der Generalversammlung beim Postfach der Wahlkommission einlangen oder innerhalb einer Stunde vor Beginn der Generalversammlung am Ort der Generalversammlung bei der Wahlkommission abgegeben werden. Die Wahlausendungen der Wahlkommission mit allen Informationen und Unterlagen, sowie die für die Wahl relevanten Auszüge aus den Statuten und aus der Geschäftsordnung der Generalversammlung können auf der Homepage des ÖBVP (<http://www.oebvp.at>) eingesehen oder im Sekretariat (Tel. 01/512 70 90) angefordert werden.

Um die statutengemäße Einhaltung aller Fristen sicherzustellen, hat die Wahlkommission folgende Stichtage festgesetzt:

ANFANG APRIL 2016

Erste Aussendung mit Information zur Wahl, Aufruf zur Kandidatur

SA 07. MAI 2016

Stichtag zur Einreichung der Kandidaturen

SA 21. MAI 2016

Zweite Aussendung mit Wahlunterlagen, Erklärung zum Wahlvorgang und zur Verwendung der Wahlkuverts, Liste der KandidatInnen

MI 15. JUNI 2016

Spätester Rücklauf der Wahlkuverts

SA 18. JUNI 2016

Generalversammlung, eventuell mit Stichwahl. Letzte Gelegenheit zur Stimmabgabe vor der Wahlkommission innerhalb einer Stunde vor Beginn der Generalversammlung.

3. AUFRUF ZUR KANDIDATUR

Einladung zur Kandidatur für die Funktionen im Präsidium des ÖBVP

Die Wahlkommission ruft alle Mitglieder des ÖBVP auf, sich als KandidatIn für eine oder mehrere Funktionen im Präsidium des ÖBVP (Statuten § 12 (1) & (2), siehe Anhang) als

- :: PräsidentIn
- :: 1. VizepräsidentIn
- :: 2. VizepräsidentIn
- :: SchriftführerIn
- :: KassierIn

zu bewerben.

Kandidieren können alle ordentlichen Mitglieder, die physische Personen sind, wenn sie ihre Tätigkeiten als FunktionärInnen in anderen Vereinen, Institutionen und Einrichtungen offenlegen und diese nicht zu einer Interessenkollision mit den Funktionen im ÖBVP führen (Statuten § 8 (3), siehe Anhang 4.A). Kandidaturen sind als

Einzelwahlvorschlag bei der ÖBVP-Wahlkommission mit folgende Unterlagen einzureichen:

1. Bewerbungsschreiben:

Auf einem A4 Blatt sind anzugeben: Name, Anschrift und Präsidiumsfunction(en), für die eine Kandidatur angestrebt wird.

2. KandidatInnenprofil:

Unabhängig davon, ob sich ein Mitglied für eine oder mehrere Präsidiumsfunctionen bewirbt, ist ein einziges KandidatInnenprofil einzureichen (siehe Anhang 4.B. Richtlinien zur Erstellung des KandidatInnenprofils).

3. Unterstützungserklärungen:

Jede Kandidatur benötigt die Unterstützung von mindestens 10 Mitgliedern durch einzelne Unterstützungserklärungen (siehe Anhang 4.C).

Die Bewerbungen einschließlich aller oben aufgezählten Unterlagen müssen der Wahlkommission spätestens 6 Wochen vor der Generalversammlung bekannt gegeben werden (GO § 10 (2)). Sie sind schriftlich an die Adresse der Wahlkommission zu richten und müssen dort bis spätestens bis 7. Mai 2016 eingelangt:

ÖBVP-Wahlkommission
Präsidiumswahl 2016
Postfach 8500
1011 Wien

Die Wahlkommission informiert die Mitglieder über die BewerberInnen anhand einer KandidatInnenliste und der gesammelten KandidatInnenprofile, die zusammen mit den Wahlunterlagen vier Wochen vor der Generalversammlung versendet werden. Die KandidatInnen werden gebeten, ihr KandidatInnenprofil entsprechend den Richt-

linien der Wahlkommission (siehe Anhang 4.B) zu gestalten.

Aus Zeit- und Kostengründen ist eine Redigierung des KandidatInnenprofils nicht möglich. Kandidaturen, die nach Samstag, 7. Mai 2016 bei der Wahlkommission einlangen, werden ungeachtet der Begründung nicht berücksichtigt.

4. ANHANG

4. A. AUSZUG AUS DEN STATUTEN

§ 7 Rechte und Pflichten der Mitglieder

(1) Alle Mitglieder haben in der Generalversammlung ihren Sitz. Ordentliche Mitglieder sind stimm- und aktiv wahlberechtigt; passiv wahlberechtigt sind nur ordentliche Mitglieder, sofern es sich um physische Personen handelt. Außerordentliche Mitglieder haben beratende Stimme, sind antrags- und informationsberechtigt. Fördernde Mitglieder haben beratende Stimme und sind informationsberechtigt. Ehrenmitglieder behalten ihre Rechte und Pflichten aus ihrem eventuellen vorherigen Mitgliedsstatus, jedenfalls haben sie beratende Stimme und sind informationsberechtigt.

§ 8 Vereinsorgane

(3) Personen, die eine Funktion in einem der Vereinsorgane anstreben, haben bei ihrer Kandidatur sämtliche Funktionen in anderen Vereinen, Institutionen, Einrichtungen und Körperschaften offen zu legen. Diese Funktionen dürfen nicht zu einer Interessenkollision mit den Funktionen im ÖBVP führen. Insbesondere Personen, die Funktionen in Vereinen, Institutionen und Einrichtungen inne haben, die in

gleichen oder angrenzenden Bereichen wie der ÖBVP oder in berufspolitisch relevanten Bereichen tätig sind, haben gewissenhaft zu prüfen, ob die Ausübung der mit diesen Funktionen einhergehenden Kompetenzen und Pflichten mit den Zielen und der Zweckbestimmung des ÖBVP bzw. mit ihren im ÖBVP bestehenden Aufgaben und Verpflichtungen vereinbar sind.

Es besteht die Verpflichtung, Umstände offen zu legen, die eine Interessenkollision indizieren können. Gegebenenfalls ist die Funktion im ÖBVP selbständig abzulehnen oder zurück zu legen. Die Pflicht zur Offenlegung von Unvereinbarkeiten besteht gegenüber dem Bundesvorstand während der gesamten Funktionsperiode. Im Fall von Streitigkeiten kann auf Antrag die Schlichtungsstelle angerufen werden.

§ 12 Präsidium

(1) Das Präsidium besteht aus fünf Mitgliedern: der/dem PräsidentIn, der/dem 1. und 2. VizepräsidentIn, der/dem SchriftführerIn und der/dem KassierIn. Das Präsidium ist das Exekutivorgan des ÖBVP. Es setzt die Beschlüsse der GV und des BUVO um. Das Präsidium wird mittels Briefwahl gewählt.

Der Wahlvorgang wird von einer Wahlkommission geleitet, die von der vorherigen Generalversammlung gewählt wird, die Wahl durchzuführen. Gewählt wird auf der Grundlage der Wahlordnung, die in der Geschäftsordnung für die Generalversammlung festgelegt ist. Personen, die sich zur Wahl stellen wollen, haben ihre Kandidatur bis spätestens sechs Wochen vor der Generalversammlung der Wahlkommission bekannt zu geben.

(2) Die Funktionsperiode dauert drei Jahre. Die Wiederwahl ist zulässig. Die Funktionsperiode endet mit der Übergabe der Funktion an das neu gewählte Präsidium frühestens einen Monat, spätestens zwei Monate nach der Neuwahl des Präsidiums. Treten ein oder zwei Präsidiumsmitglieder zurück, kooptiert das Präsidium ein neues Mitglied aus dem Kreis der BUVO-Delegierten. Die/der in das Präsidium kooptierte Delegierte wird von dem jeweiligen Gremium, welches sie/ihn entsandt hatte, nachbesetzt. Treten mehr als zwei gewählte Präsidiumsmitglieder zurück, so ist binnen zwei Wochen eine außerordentliche Generalversammlung zur Neuwahl des gesamten Präsidiums gemäß Wahlordnung in die Wege zu leiten.

4. B. RICHTLINIEN ZUR ERSTELLUNG DES KANDIDATINNENPROFILS

KandidatInnenprofil

Auf einer A4-Seite, die von der/dem KandidatIn frei gestaltet werden kann, sind den Mitgliedern die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

- :: **Persönliche Daten:**
Name, Vorname, Titel, Alter
- :: **Foto (Passfoto oder Pressefoto)**
- :: **Beruflicher Werdegang**
- :: **Fachspezifische Richtung(en)**
- :: **Art der gegenwärtigen Tätigkeit (freie Praxis oder Dienstverhältnis)**
- :: **Für welche Funktion(en) wird kandidiert**
- :: **Offenlegung der Funktionen nach § 8 (3)**

:: **Darstellung der berufspolitischen Absichten und Zielsetzungen**

Das KandidatInnenprofil ist ein integrierender Bestandteil der Bewerbung. Es hat die Aufgabe, den Mitgliedern die Informationen zur Verfügung zu stellen, die ihnen eine Wahlentscheidung ermöglicht. Aus diesem Grund sind sämtliche Angaben wahrheitsgetreu und vollständig zu machen. Kommt es zu gravierenden Mängeln, insbesondere bei der Offenlegung der Funktionen nach § 8 (3), ist die Wahlkommission gezwungen eine Kandidatur abzulehnen.

Aus drucktechnischen Gründen ist das KandidatInnenprofil als pdf-Datei mit integriertem Farb- oder Schwarzweißfoto, auf CD-ROM oder USB-Stick gespeichert und zusätzlich als Ausdruck auf einer A4-Seite an die Wahlkommission

ÖBVP-Wahlkommission
Präsidiumswahl 2016
Postfach 8500
1011 Wien

zu senden.

Bewerbungen ohne ein vollständiges KandidatInnenprofil mit können von der Wahlkommission nicht zur Kandidatur zugelassen werden. Zusendungen an das Büro des ÖBVP oder an die Büros der Landesverbände können von der Wahlkommission nicht berücksichtigt werden.

ÖBVP-Wahlkommission
Präsidiumswahl 2016
Postfach 8500
1011 Wien

UNTERSTÜTZUNGSERKLÄRUNG

Die/der Unterzeichnete ist Mitglied des ÖBVP und unterstützt die Kandidatur

von Frau/Herrn

für die Funktion als
im Präsidium des ÖBVP.

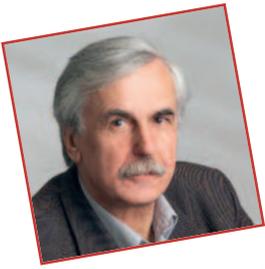
Name:

Adresse:

Datum:

Unterschrift:

Jeweils eine Unterstützungserklärung pro UnterstützerIn verwenden!



Hermann Spielhofer

MACHT DER NEOLIBERALE KAPITALISMUS KRANK ?

Eine Kontroverse zu einem Artikel von Martin Dornes in der Zeitschrift „Psyche“

Unter dem Titel, „Macht der Kapitalismus depressiv?“ versucht Martin Dornes (2015a) in einem Artikel die Annahme zu widerlegen, die in den letzten Jahren in Fachkreisen verbreitet wurde und der zufolge die Entwicklung der modernen Gesellschaft mit einer Zunahme psychischer Erkrankungen einhergeht. Karola Brede (2015), Götz Egloff (2015) und Ingo Engelmann (2015) haben kritische Stellungnahmen dazu abgegeben und M. Dornes (2015b) hat seinerseits in einer Erwiderung auf diese Stellungnahmen versucht, die Kritikpunkte zu entkräften und Missverständnisse auszuräumen.

Ausgelöst wurde die Diskussion in letzter Zeit von dem Buch A. Ehrenbergs, „Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft der Gegenwart“ (2004), in dem er vor allem die Lockerung von sozialen Rollen und Verhaltensnormen sowie den Anspruch nach Selbstverwirklichung und Selbstoptimierung als Ursache für depressive Erkrankungen annimmt, da diese zu Versagensängsten führen. Der zweite Theoriestrang, den Dornes anführt, basiert auf der Annahme einer Überforderung durch die zunehmenden Leistungsansprüche in Schule, Beruf und Freizeit. Dies führt zu Stress und ebenfalls und in der Folge zu Versagererlebnissen, Schuldgefühlen und Depressionen.

Anhand von epidemiologischen Untersuchungen versucht Dornes diese Annahmen, einer Zunahme von depressiven Erkrankungen, zu widerlegen, wobei er eine Reihe von empirischen Untersuchungen und Metaanalysen aus mehreren Jahrzehnten auswertet. Dabei bezieht er sich nicht nur auf depressive Erkrankungen sondern er dehnt seine Sekundäranalyse

auf ein breites Spektrum unterschiedlicher Störungen aus. Er kommt jedenfalls zu dem Schluss, dass zumindest in den oberen und mittleren Einkommensschichten die Prävalenz von depressiven Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten gleich geblieben ist. Auch andere Indikatoren für den psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung, wie die Suizidraten oder der Alkoholkonsum sind ähnlich stabil geblieben.

Dornes (2015a) weist zwar darauf hin, dass es zum Thema der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen eine Fülle von Studien mit widersprüchlichen Befunden gibt, er glaubt aber trotzdem eine Tendenz ableiten zu können, die er dahingehend zusammengefasst hat, „dass psychische Krankheiten in den letzten 30 Jahren nicht zugenommen haben. Für Kinder und Jugendliche liegt die Erkrankungshäufigkeit im Mittel aller Studien bei 17% für Erwachsene bei 27%“ - und zwar sowohl generell als auch hinsichtlich einzelner Krankheitsbilder, wie eben bei Depressionen.

Methodische Probleme bei Prävalenzstudien

Um überhaupt Aussagen über Veränderungen der Prävalenz psychischer Erkrankungen machen zu können, muss sich Dornes auf Untersuchungen beziehen, die anhand von deskriptiven, an Symptomen orientierten Diagnosesystemen durchgeführt wurden, wodurch ätiologische, psychodynamische und strukturelle Aspekte unberücksichtigt bleiben. G. Eglhoff (2015) verweist in seiner Stellungnahme zurecht darauf, „dass Abwehrpresse Symptome maskieren oder zum Verschwinden bringen können, ohne dass dadurch unbedingt Gesundheit angezeigt würde“. So kann das Fehlen von depres-

siven Symptomen nach einem tragischen Verlust, die „Unfähigkeit zu trauern“ auch ein Hinweis auf eine Spaltung oder Dissoziation von Erlebnisinhalten darstellen und fälschlicherweise den Eindruck von Normalität erzeugen. Außerdem wird eine Diagnose auch dadurch erschwert, da es fließende Übergänge zwischen einer psychischen Erkrankung und etwa einer Befindlichkeitsstörung gibt.

Dornes hält trotzdem dagegen, dass man auf die so erhobenen Daten angewiesen ist, wenn man heute über epidemiologische Forschung berichten will. „Wer die Tauglichkeit von an Symptomclustern orientierten Diagnosen grundsätzlich bezweifelt (...) kann oder will zur Frage, ob psychische Störungen zu- oder abgenommen haben, nichts beitragen“. Dornes stützt sich, dem wissenschaftlichen Trend entsprechend, ganz auf die affirmative Evidenzbasierung, wie I. Engelmann (2015) betont. Allerdings betont Dornes selbst: „Es kann nicht nachdrücklich genug darauf hingewiesen werden, dass die Häufigkeit von Diagnosen in hohem Maße von den verwendeten Untersuchungsmethoden abhängt“ - das gilt dann wohl auch für seine Sekundäranalyse, die auf empirisch-positivistischen Verfahren aufbaut.

Die Schwierigkeit bei der Einschätzung der Entwicklung von Prävalenzen besteht auch darin, dass in früheren Jahrzehnten psychische Erkrankungen oft nicht als solche erkannt wurden, bzw. die Menschen wegen dieser Erkrankungen nicht zum Arzt gegangen sind und dass es somit zu einer Unterschätzung gekommen ist. Wenn daher trotz der Fortschritte im Sozial- und Gesundheitsbereich die Rate der Erkrankungen nicht zurückgegangen ist, so liegt dies an der „Aufhellung des Dunkelfeldes“, d.h. dass Erkranken-

kungen nun eher registriert und akzeptiert werden und zu einem Anstieg führen. Außerdem hat die ständige Absenkung von Schwellenwerten und/oder Diagnosekriterien, die vorwiegend auf den Einfluss der Pharmaindustrie zurückzuführen sind, zu einer Diagnoseinflation geführt (Frances, 2013).

Nun verweist M. Dornes selbst darauf hin, dass deskriptive Diagnosesysteme, auf die er sich bezieht, ein „Validitätsproblem“ haben, d.h. es ist nicht klar, ob damit das gemessen wird, was sie vorgeben zu messen, denn, so Dornes (2015b), sie übersehen möglicherweise, dass sich hinter verschiedenen Symptomen dieselbe Grunderkrankung verbergen kann. Und: „Über eine unabhängig von Diagnosesystemen vorliegende Krankheitshäufigkeit sind keine Aussagen möglich, jedenfalls keine empirischen“.

Dies entspricht auch der wissenschaftstheoretischen Position, wie sie J. Habermas (1973) formuliert, nämlich, „dass sich Realität nicht unabhängig von den Regeln, unter denen der Forschungsprozess steht, konstituiert“. Das heißt, dass die Ergebnisse der Studie von Dornes nur bezogen auf die verwendeten diagnostischen Verfahren gültig sind.

Einfluss von Lebens- und Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit

Immerhin muss auch Dornes (2015a) darauf verweisen, dass zwischen 2000 und 2012 die Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen um 50% zugenommen haben und die Krankenstandstage um 60%. In Österreich ist etwa die Zahl der Frühpensionierungen infolge psychischer Erkrankungen von 10% im Jahr 1995 auf mehr als 35% im Jahr 2013 angestiegen. Nun kann man Dornes zum Teil darin folgen, wenn er dies auf die zunehmende Bereitschaft der Bevölkerung zurückführt, sich wegen psychischer Leiden diagnostizieren, behandeln und berenten zu lassen. Allerdings vernachlässigt er, dass dabei auch die erschwerten Arbeitsbedingungen eine Rolle spielen sowie prekäre Arbeitsverhältnisse (Richter & Berger, 2013).

Dornes (2015) sieht jedenfalls in einem Anstieg von psychischen Erkrankungen, wie sie in einigen Studien nachgewiesen wurden und aus den Krankenschreibungen hervorgehen, lediglich einen Artefakt: „Je kontinuierlicher und stärker der Anstieg, desto wahrscheinlicher ist, dass es sich dabei um ein Ergebnis der Veränderung von Diagnosegewohnheiten oder -kriterien handelt“. Damit erspart sich Dornes zu hinterfragen, wieso die „Bereitschaft“, sich krankschreiben oder berenten zu lassen zugenommen hat. Mit einer derartigen überblicksartigen Studie, für die er epidemiologische Untersuchungen aus mehreren Jahrzehnten heranzieht, sind jedenfalls keine differenzierten Aussagen über Auswirkungen bestimmter Krisensituationen oder Lebensbedingungen auf die psychische Gesundheit möglich, zumal es sich in seiner Darstellung um eine Masse kaum vergleichbarer Krankheitsbilder handelt. K. Brede (2015) geht davon aus, dass es sich dabei um ein Artefakt handelt, der aus der entdifferenzierenden Durchschnittsbildung resultiert. Es ist etwa so, wie wenn man die Entwicklung des Durchschnittseinkommens einer Bevölkerung erhebt, womit auch keine Aussagen über die Verteilung der Einkommen und über das Ausmaß an Armut möglich sind.

So findet sich bei Dornes auch kein Hinweis darauf, dass Armut und mangelnde Bildung die größten Krankheitsrisiken darstellen. Ärmere Bevölkerungsschichten sind nicht nur öfter krank, sondern haben auch eine geringere Lebenserwartung: Menschen mit Pflichtschulabschluss sterben 6 Jahre früher als Akademiker und Bergarbeiter 15 Jahre früher als Lehrer. Aber das ist für Dornes kein Thema. Dornes (2015a) räumt zwar ein, dass im Zeitraum zwischen 1985 und 2012 die Ungleichverteilung der Einkommen im Durchschnitt der OECD-Länder um ca. 12% zugenommen hat, aber Armut muss, so Dornes (2015a), nicht gesundheitsschädlich sein, wie etwa das Beispiel Islands zeigt: Dort leben die Bewohner seit der Krise 2008 gesünder, da sie aufgrund geringerer Einkommen weniger rauchen, trinken und sich gesünder ernähren, was zeigt, dass Dornes „doch recht nahtlos zur

zynischen Position des Neoliberalismus“ tendiert, wie G. Eglhoff (2015) betont.

Nur darauf hinzuweisen, dass die Menschen vor 30 Jahren bereits ebenso krank waren, wie 2010 ohne auf den sozialen und ökonomischen Kontext zu verweisen ist nicht nur wenig aussagekräftig sondern auch unhistorisch. Dabei betont Dornes selbst, wie sehr sich inzwischen die Arbeits- und Lebensbedingungen verändert haben. „Dem Autor Dornes aber, selber ebenfalls Soziologie, kommt gar nicht erst in den Sinn“, kritisiert K. Brede (2015), „dass die Untersuchung seelischer Störungen in Abhängigkeit von ökonomischen Krisen zum Ziel haben könnte, Zerfallstendenzen in der Ebene von Gesellschaft aufzudecken und gegebenenfalls auf deren Beseitigung hinzuwirken.“

Sozialwissenschaftliche Aspekte der Prävalenzstudien

Aus den von Dornes ausgewerteten Studien wird jedenfalls nicht ersichtlich, wie K. Brede (2015) kritisiert, inwieweit soziale und ökonomische Verhältnisse generell seelische Gesundheit beeinträchtigen, bzw. welche Art von sozialen Bedingungen welche psychischen Erkrankungen begünstigen, was ja Aufgabe einer kritischen Sozialwissenschaft sein sollte. Nun kann Dornes zwar einwenden, dass diese Kritik seinem Artikel nicht gerecht wird, da es ihm ausschließlich darum geht, festzustellen, ob psychische Erkrankungen im Kapitalismus zugenommen haben. Allerdings stellt sich dann aber die Frage, was Dornes damit erklären will, welches Erkenntnisinteresse ihn bewegt, wenn er nachzuweisen versucht, dass es keinen Anstieg an psychischen Erkrankungen gegeben hat. Dies ist wesentlich für die Frage, auf welche Weise die Daten interpretiert und in welchen Zusammenhang sie eingeordnet werden.

Nach K. Brede (2015) sollen die konstant gebliebenen Werte von der Notwendigkeit entlasten, gesellschaftliche Verhältnisse für die Erklärung psychischer Störungen heranzuziehen und sie betont, dass es Dornes nicht so sehr darum geht, die Auswirkungen

sozialer und ökonomischer Bedingungen auf die seelische Gesundheit zu untersuchen; er hat „mehr die Kritiker im Blick als den Kapitalismus mit seinen spezifischen Reibungsflächen“. Dornes vermutet jedenfalls, dass die linke Kritik, die Fehlentwicklungen in unserem Wirtschafts- und Gesellschaftssystem aufzeigt, „tiefenpsychologisch von einem Neidmotiv unterfüttert ist“, und es den Kritikern darum geht, sich ihr „Spielfeld weltanschaulicher Grabenkämpfe“ zu erhalten und die Kritik an gesellschaftlichen Missständen versteht er nicht als humanistisch motivierte Suche nach Verbesserungen, wie I. Engelmann (2015) schreibt.

Dornes betont auch, dass es effektiver ist Individuen mit Fähigkeiten auszustatten, die es ihnen ermöglichen, mit widrigen Arbeitsbedingungen umzugehen, als die widrigen Bedingungen zu ändern: „Verhaltensänderung ist wirksamer als Verhältnisänderung“. Die Empfehlung, die Menschen entsprechend den verhaltenstherapeutischen Konzepten der Stressforscher an widrige Arbeitsbedingungen anzupassen, verstärkt den Eindruck einer affirmativen Ideologie im Sinne einer neoliberalen Wirtschaftslogik. Dornes (2015a) verweist auch darauf, dass entgegen der verbreiteten Sozialkritik moderne Gesellschaften westlichen Typs, trotz erhöhter Anforderungen, wie Zunahme an Mobilität und Flexibilität, Beschleunigung, Entfremdung und Konkurrenz, vor allem eine positive Entwicklung genommen haben. „Kurz: Je moderner die Gesellschaft, desto zufriedener die Menschen“. Es ist keine Frage, dass es

Fortschritte im ökonomischen und sozialen Bereich gegeben hat, aber es gab gleichzeitig auch Verwerfungen. In einer früheren Arbeit (2010) weist Dornes darauf hin, dass „die Lasten von Modernisierungsprozessen sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen schichtspezifisch zu Ungunsten der Unterschicht verteilt sind“, ohne jedoch auf die Konsequenzen für die psychische Gesundheit der betroffenen Bevölkerungsgruppen hinzuweisen.

Auch die Tatsache, dass 27% der Erwachsenen und 17% der Kinder psychisch Krank sind scheint für Dornes jedenfalls kein Grund zu sein, die positive Entwicklung moderner Gesellschaften zu hinterfragen, ebenso wie die Tatsache, dass die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter aufgeht. Es erscheint auch problematisch, wenn Dornes die „linken Sozialwissenschaftler“, wie A. Ehrenberg (2004), H. Rosa (2011) oder R. Schmiede (2011) dahingehend kritisiert, dass ihre Annahmen empirisch nicht ausreichend fundiert sind, angesichts der „Validitätsprobleme“ der eigenen Studie. Allerdings geht es in der kritischen Sozialwissenschaft, entgegen positivistischem Wissenschaftsverständnis, nicht nur darum den Ist-Zustand aufzuzeigen, sondern vor allem auch darum, über bestehende Verhältnisse hinauszudenken und einen Zustand jenseits der vorhandenen Strukturen zu konzipieren.

Dr. Hermann Spielhofer

Psychotherapeut,
klinischer Psychologe, Supervision.
Berufspolitische Aktivitäten im ÖBVP
und im WLP-Vorstandsteam

Brede, K. (2015). Steinbruch Psychoanalyse. Kritische Ausführungen zu Martin Dornes Aufsatz – Macht der Kapitalismus depressiv? *Psyche* 8, 745 – 755.

Dornes, M. (2010). Die Modernisierung der Seele. *Psyche* 11. 995 – 1033.

Dornes, M. (2015a). Macht der Kapitalismus depressiv? *Psyche* 2, 115 – 160

Dornes, M. (2015b). Kapitalismus und psychische Erkrankungen. Eine Antwort auf die Kritiken von Karola Brede, Götz Egloff und Ingo Engelmann. *Psyche* 11, 1089 – 1104.

Egloff, G. (2015). La bête noire. Kommentar zu Martin Dornes ‚Macht der Kapitalismus depressiv?‘ *Psyche* 2, 756 – 765.

Ehrenberg, A. (2004) Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt: Campus
Engelmann, I. (2015).

Auf dem Weg zu einer kapitalistischen Psychotherapie. Anmerkungen zu Martin Dornes ‚Macht der Kapitalismus depressiv?‘ *Psyche* 2, 767 – 772.

Frances, A. (2013). Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: Dumont.

Habermas, J. (1973). Erkenntnis und Interesse. Frankfurt: Suhrkamp.

Richter, D. & Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatr. Praxis* 2, 176 –182.

Rosa, H. (2011). Beschleunigung und Depression –Überlegungen zum Zeitverhältnis in der Moderne. *Psyche* 11. 1041 – 1060.

Schmiede, R. (2011). Macht Arbeit depressiv? Psychische Erkrankungen im flexiblen Kapitalismus. In: C. Koppetsch (Hg.), Nachrichten aus den Innenwelten des Kapitalismus (S.113 – 138). Wiesbaden: Verlag. f. Sozialwissenschaften.

NÜR FÜR MITGLIEDER

Bestellen Sie Ihre persönlichen Visitenkarten
im ÖBVP Design

per Fax: 01.512 70 90.44 oder
per E-Mail: oebvp@psychotherapie.at

Bestellformulare finden Sie auf unserer Website:
www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/mitgliedschaft/visitenkarten

500 Stück zu € 66,- inkl. Mwst.



GREMIEN DES ÖBVP

Präsidium

Dr.	Peter Stippel
Dr. ⁱⁿ	Christa Pözlbauer
Mag.	Karl Ernst Heidegger
	Renate Scholze
	Wolfgang Schimböck, MSc. PLL.M. MBA

Bundesvorstand

Mag.Dr.pth.	Peter Stippel	Präsidium
	Wolfgang Schimböck MSc PLL.M MBA	Präsidium
	Renate Scholze	Präsidium
Mag.	Karl-Ernst Heidegger MSc	Präsidium
Dr. ⁱⁿ	Christa G. Pözlbauer	Präsidium
MMag.	Stephan Kopelent	KFO
Mag.	Martin G. Sellner	LFO
Mag. ^a	Margret Tschuschnig	LFO
	Maria Johanna Werni MSc	BUVO
	Konrad Wirnschimmel	AMFO
Mag. ^a	Doris Beneder	AMFO
	Antje Brazda	KFO
	Wolfgang Jesina	LFO
Dr.	Bernhard Handlbauer	LFO
	Theresia Schroffner	KFO
Dr. ⁱⁿ med.	Verena Berger-Kolb	LFO
	Edith Breuß	LFO
	Leonore Lerch	LFO
Dr.	Gerhard Pawlowsky	Vorstand
Dr.med.	Franz Huber	AMFO

Ausbildungs- und Methodenforum

	Wolfgang Schimböck MSc PLL.M MBA	Präsidium
Dr.med.	Elfriede Kastenberger	AABP
Dr.phil.	Otmar Wiesmeyr	ABILE
	Gabriele Hasler	APG - IPS
Dr.med.	Viktor G. Kann	APLG
Dr. ⁱⁿ	Liselotte Mäni Kogler	AVM
	Cornelia Cubasch-König	DEPDUK
Univ.-Prof. Dr.med.	Anton Leitner MSc	DEPDUK
DSA	Christine Pechtl	DÖK
Mag. ^a	Marie-Therese Strafler-Wiesenberger	FORUM APG
Mag. ^a	Beate Riedler	GLE
DDr.	Alfred Oppolzer	IGW
MMag. ^a	Nicole Trummer	ITAP
Dr. ⁱⁿ	Andrea Kausel	ITOB
DSA	Ina Manfredini	LA-SF
DSA	Monika Widauer-Scherf	LEW
Mag. ^a	Gabriele Thalhammer	LEW
	Michael Nigitz-Arch	M.E.I.Salzburg
Dr. ⁱⁿ	Ursula Margreiter	ÖAGG
	Konrad Wirnschimmel	ÖAGG GD DG
	Christian Michelides	ÖAGG GPA
Mag. ^a	Barbara Stadler	ÖAGG IG
	Gabriele Biegler-Vitek	ÖAGG PD
Mag. ^a	Brigitte Roschger-Stadlmayr	ÖAGG SF
Mag.^a	Doris Beneder	ÖAGP
Mag.theol.	Maximilian S. Kreuzberger	ÖAKBT
Mag.	Andreas Höher	ÖAS
Mag. ^a	Luisa Grabenschweiger	ÖATA
Dr.med.	Hans Peter Weidinger	ÖATP
Mag.	Roland Strobl	ÖDAI
	Gerhard Bujak	ÖGAP

Mag. ^a	Claudia Mühl	ÖGATAP
Mag. ^a	Christine Pramer	ÖGVT
	Johann Wolschlagler	ÖGWG
Dr. ⁱⁿ	Ingrid Senk	ÖTZNLP
DSA Mag.	Josef Maria Trimmel	ÖVIP
Dr. ⁱⁿ	Isabella Deuerlein	PSI
Univ.-Prof. DDr. h.c.	Josef Christian Aigner	PUNI INNSBR
Mag.	Michael Schreckeis	SAP
Mag. Dr.	Elmar Fleisch	SCHLWIWEI
O.Univ.-Prof.in Mag. ^a	Dr.in Jutta Menschik-Bendele	UNI KLGFT
O. Univ.-Prof. Dr.	Walter Pieringer	UNIKLMPP
Ass.Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ med.univ.	Melitta Fischer-Kern	UNIKLPSY
Dr.med. Dr.phil.	Christine Butterfield-Meissl	WAP
	Michael Blattny	WKPS
Dr.med.	Franz Huber	WPV

KandidatInnenforum

	Renate Scholze	Präsidium
Mag. ^a	Barbara Zorman	APG
Mag. a	Maja Bohle M.A.	APG - IPS
	Jessica Götz	APG - IPS
Mag.	Christian Kohner-Kahler	APLG
Mag. ^a	Carine Anderle	AVM
	Sandra Latka	BLP
Ing.	Natascha Ditha Bauernfeind	DEPDUK
	Lisa Gerstl	DEPDUK
	Katharina Göbl	GLE
	Florian -Lechner	GLE
Dr. ⁱⁿ med.	Alexandra Ramssl-Sauer BA.pth	IGW
	Nikolaus Schrodt	IGW
	Johannes Wadl	KLP
MMag.	Stephan Kopelent	NÖLP
	Ted Pawloff	ÖAGG GD DG
	Richard Klinger	ÖAGG SF
Mag. ^a	Julia Rohner	ÖAGP
Mag. ^a	Elvira Feichtel	ÖAS
Mag.	Stephan Dietrich	ÖDAI
Mag. ^a	Diana König	ÖGAP
Mag. ^a	Margot Artner	ÖGATAP
	Christoph Josef Seebacher	ÖGATAP
Mag. ^a Dr. ⁱⁿ	Iris Kaiser	ÖGVT
Mag. ^a	Barbara Marckhgott	ÖGWG
	Antje Brazda	OÖLP
Mag. ^a Dr. ⁱⁿ	Astrid Bock	PSI
Mag.	Eva Huber	PSI
	Theresia Schroffner	SLP
Mag.	Hubert Raidel	TLP
DI Mag.	Gerhard Bruckner	WLP
Mag. ^a	Yvonne Czermak	WPA
Mag. Dr.	Victor Blüml	WPV

Länderforum

Mag.	Karl-Ernst Heidegger MSc	Präsidium
Mag.	Martin G. Sellner	BLP
Mag.^a	Margret Tschuschnig	KLP
	Gerald Gmainer MSc	NÖLP
	Maria Johanna Werni MSc	NÖLP
	Wolfgang Jesina	OÖLP
Mag.	Birgit Wille-Wagner	OÖLP
Mag. ^a Dr. ⁱⁿ	Magdalena Fuschlberger	SLP
Dr.	Bernhard Handlbauer	SLP
Dr.med.	Verena Berger-Kolb	TLP
Mag. ^a	Monika Frenes	TLP
	Edith Breuß	VLP
Mag. ^a	Gertru Baumgartner	WLP
	Gerhard Delpin MSc	WLP
	Leonore Lerch	WLP
	Béa Pall	WLP
	Nina Petz	WLP

WIR BEGRÜSSEN HERZLICH UNSERE NEUEN MITGLIEDER!

Neue PsychotherapeutInnen

Frau	MMag. ^a Dr. ⁱⁿ	Friederike Blümelhuber
Frau		Linda Billisich-Bürger
Frau		Suvada Okic
Frau		Heide Maria Winkler MA
Herr		Martin Steiner
Herr		Andreas Kurz
Frau		Verena Seifert-Jung
Frau	Mag. ^a	Christa Futscher
Frau	Mag. ^a	Isa Tagwerker
Frau	Mag. ^a	Martina Pittner BA
Frau	Mag. ^a	Daniela Pühr
Herr		Thomas Höfer
Frau	Mag. ^a	Doris Wawruschka
Frau		Karin Mahr
Frau		Angelika Helbich
Herr	Mag.	Christian Wachter
Herr		Mark Pfefferkorn
Frau	Mag. ^a	Nicola Maria Pesendorfer
Frau	Mag. ^a	Elfriede Krause
Herr	Mag.	Maximilian Sternad
Frau	Mag. ^a	Julia Schützlhoffer
Frau	Mag. ^a	Monika Fleissner-Sadjak
Frau	Mag. ^a	Petra Hubauer
Herr		Daniel Rainer
Frau	Mag. ^a	Agnieszka Agnes Sabina Massimo-Grudkowski
Frau		Sabine Hochenburger
Herr	Mag.	Reinhard Pfandl
Frau	Mag. ^a Dr. ⁱⁿ	Astrid Bock
Frau	Mag. ^a	Monika Schwärzler
Frau	Mag. ^a	Marion Mühlberger
Frau		Anneliese Steiner
Frau		Manuela Edi
Herr	Mag.	Christof Zedrosser
Herr		Andrés Ignacio Crespín
Frau	Mag. ^a	Rita Lugmayr
Frau		Daniela Vlcek BA
Frau	Mag. ^a	Claudia Höfner
Frau	Mag. ^a	Bettina Ondra MAS
Frau	Mag. ^a	Leonie Johanna Brixia
Frau		Patricia Leschinger
Frau	Mag. ^a	Simone Palatka
Frau	Mag. ^a	Elisabeth Pohl
Frau	MMag. ^a Dr. ⁱⁿ	Henriette Nußbaumer
Herr	DSA	Marcus Müller-Bardorff
Frau	Mag. ^a	Stefanie Herzog
Frau		Simone Unterkircher
Frau		Barbara Ganath
Frau		Daniela Weiß
Frau	Mag. ^a	Romana Tripolt
Frau		Birgit Adrario
Frau	Mag. ^a	Annemarie Payr
Frau		Alexandra-Maria Peter BED

Frau	Mag. ^a	Barbara Marckhgott
Frau		Hannelore Houdek MSc
Herr	Dr.	Kurt Reitsamer
Frau		Karin Schaubmaier
Frau		Gabriele Vollenweider
Frau	Mag. ^a	Astrid Kaufitsch MSc
Frau	Mag. ^a	Sandra Schwarzenberger
Frau	Mag. ^a	Christine Viertlmayer-Zeleznik
Frau	Mag. ^a	Maria Kaiser
Frau		Radegundis Hofer
Frau		Regina Gfatterhofer
Frau		Suzan Toplak-Inan
Frau	Mag. ^a	Verena Bell
Frau	Dr. ⁱⁿ	Elisabeth Malin
Frau		Eva Blassnig
Frau	Mag. ^a	Martha Lochmann
Frau	Mag. ^a	Martina Hagleitner
Frau	Mag. ^a	Karin Heinisch
Herr		Helmut Webhofer MSc
Frau	Mag. ^a	Eva Huber
Frau		Susanne Danninger
Frau	Mag. ^a	Elisabeth Ablinger
Frau	Mag. ^a	Annelies Ortmayr
Herr	Mag.	Thomas Olbrich
Frau	Mag. ^a	Cristina Budroni
Frau		Helga Lüftenegger
Herr		Patrick Menzinger
Frau		Petra Radinger
Frau	Mag. ^a	Sabine Theißl
Frau		Petra Rechner
Herr	Mag.	Norbert Krennmair
Frau	Mag. ^a	Renate Habermayer
Herr	DSA	Michael Hermann Schiefermair
Frau		Margit Steininger
Frau		Regina Müller MSc
Frau	DSA ⁱⁿ	Anna Engelhart
Frau		Sabrina Rittnauer
Frau		Barbara Lehner
Frau	Mag. ^a	Margit Weissenegger
Frau	Mag. ^a	Gabriele Musil
Frau		Nicola Maier-Kilga MSc
Frau	MMag.	Margot Küng
Frau		Johanna Maria Wiltschko
Frau	Mag. ^a	Christina Kulterer
Frau		Birgit Ruf
Frau	Mag. ^a	Barbara Winzely
Frau	Mag. ^a	Irene Hansmann

Neue Supervisorinnen

Mag. ^a	Sabine Fabach
Mag. ^a	Edith Gouta-Holoubek
	Marianne Haidinger



WIENER ZENTRUM FÜR ENERGETISCHE PSYCHOTHERAPIE

STRESSREDUKTION & TRAUMATHERAPIE NACH GALLO 2016/17

- Eine sanfte, effiziente und zugleich nachhaltige Traumatherapiemethode
- Bietet permanent Ressourcen während der Behandlung, um während des Prozessierens das Trauma nicht wieder zu erleben und somit retraumatisiert zu werden
- Gezielte Neustrukturierung von neuronalen Traumanetzwerken (Neuroplastizität)
- Informationen des impliziten Gedächtnisses werden explizit (sog. Trauma-Trigger)
- Dient u.a. zur schnellen Reduktion bzw. Auflösung jedweder belastender Gefühle
- Effektive Selbsthilfe für PatientInnen, etwa bei Angst, Panikattacken, Phobien etc.
- Diagnostik mittels Armlängenreflextest, um unbewusste sabotierende Widerstände aufzufinden und zu verändern, die jedwede Zielerreichungen blockieren können
- Als Schutz vor Burnout bzw. sekundärer Traumatisierung für TherapeutInnen

Zielgruppe: PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen

Die Traumatherapie nach Gallo ist ideal kombinierbar mit jeder psychotherapeutischen Fachrichtung! Dieses Curriculum gilt als Weiterbildung für PsychotherapeutInnen im Rahmen der verpflichtenden Fort- und Weiterbildungsverpflichtung in Österreich.

Einführung: Fr. 4.11.2016 (14-18.30) + Sa. 5.11.2016 (10-18.30), € 290 + USt

Level 1: Fr. 13.1.2017 (14-18.30) + Sa. 14.1.2017 (10-18.30), € 290 + USt

Supervision- und Praxis: Fr. 10.3.2017 (14-18.30) + Sa. 11.3.17 (10-18.30), € 290 + USt

Level 2: Fr. 21.4.2017 (14-18.30) + Sa. 22.4.2017 (10-18.30), € 290 + USt

Level 3: Fr. 16.6.2017 (14-18.30) + Sa. 17.6.2017 (10-18.30), € 370 + USt

Level 4: Fr. 6.10.2017 (14-18.30) + Sa. 7.10.2017 (10-18.30), € 370 + USt

Bei Bezahlung des gesamten Curriculums ermäßigter Preis von Euro 1.800,-- + USt

BASISINHALTE DER AUSBILDUNG:

- Protokoll zur schnellen und effizienten Minderung von Stressoren jedweder Art
- Diagnostik mittels Armlängenreflextest (einem Spindelzellen-Test), um unbewusste Selbstsabotagemuster bzw. dysfunktionale Glaubenssätze aufzufinden und effektiv und nachhaltig positiv zu verändern (unsere Glaubenssätze bestimmen hochgradig unser Leben)
- Diagnostik und Stimulation bestimmter Akupunkturpunkte, um Ängste zu behandeln u.v.m.
- „Zurück zum Ursprung“, um herauszufinden, wann und weshalb ein Problem entstanden ist
- Persönliche Höchstleistungen in jedem Lebensbereich (Privat, im Job, Sport, Hobby etc.)
- Arbeit mit Introjekten (übernommenen Persönlichkeitsanteilen von nahen Bezugspersonen)
- Methoden zur Akzeptanz- und Selbstwertsteigerung u.v.m.

Seminarleitung: Dr. Astrid Zips & Dr. Karin Neumann & (Psychotherapeutinnen)

Seminarort: VÖPP Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 1090 Wien, Lustkandlg. 3-5, 0664-9223222 (*Eingang Ecke Achamergasse!*).

Einführungsvorträge im VÖPP (s.o.): 17.3.2016 + 22.9.2016 um 19 Uhr. Anmeldung erbeten unter 0664-9223222, Kosten: VÖPP-Mitglieder Euro 15,--, sonst Euro 35,--!

Informationen und Auskünfte: Dr. Karin Neumann 0676-7613898, neumann@e-psy.at

Ausschließlich schriftliche Seminaranmeldungen: Dr. Astrid Zips, zips@e-psy.at

Dr. Karin Neumann
Psychotherapeutin, Supervisorin, Coach
Telefon: 0676-7613898
Mail: neumann@e-psy.at
Homepage: www.e-psy.at

Dr. Astrid Zips
Klin. Psychologin, Psychotherapeutin, Coach
Homepage: www.astrid-zips.at
Mail: zips@e-psy.at
Homepage: www.e-psy.at

PSYCHOTHERAPIE: Kann man studieren.

Modern, flexibel und wissenschaftlich fundiert
zum akademischen Abschluss!



Bachelorstudium Psychotherapie- und Beratungswissenschaften
für eingetragene PsychotherapeutInnen und
AbsolventInnen des Psychotherapeutischen Propädeutikums.
Individuelle Beratung: studienadministration@kl.ac.at

- › Anerkennung von extern erbrachten Studienleistungen
- › Berufsfreundliche Studienzeiten
- › Praxisorientierter Unterricht
- › Intensive persönliche Betreuung
- › **Studienstart 2016/17: 3.10.2016**

**KARL
LANDSTEINER** 

PRIVATUNIVERSITÄT FÜR
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

