



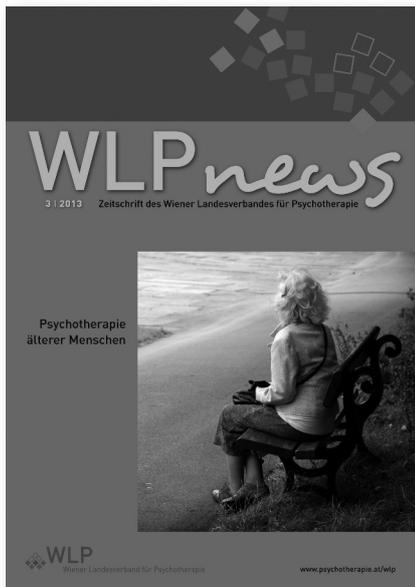
# WLP news

3 | 2013

Zeitschrift des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie

Psychotherapie  
älterer Menschen





## 3 | 2013

- Editorial **2**
- Brief der Vorsitzenden **3**
- 5** Psychotherapie mit älteren Menschen
- Gedanken zum Alter(n) **8**
- 11** Zeitschriftenschau  
Psychotherapie im Alter
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 5 **12**
- 14** Psychosoziale Einrichtungen in Wien stellen sich vor  
Selbsthilfegruppe „Alzheimer Austria“
- Das PsychologInnengesetz 2013 **16**
- 18** PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) im Austausch
- Aktuelles aus den Bezirken **19**  
Termine
- 20** Das WLP-Team

### Impressum:

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

**Chefredakteur:** Dr. Hermann Spielhofer  
**Redaktion:** Leonore Lerch, Dr. Gerhard Pawlowsky  
**Anzeigen:** Mag<sup>a</sup> Eva Lamprecht  
**Grafische Gestaltung:** Mag<sup>a</sup> Gisela Scheubmayr/  
www.subgrafik.at  
**Coverfoto:** © iStockphoto  
**Druck:** Gröbner, Oberwart  
**Auflage:** 1.100 Stück  
**Verlagspostamt:** 1010 Wien



## Editorial

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Im Unterschied etwa zur Entwicklungstheorie und Therapie von Kindern und Jugendlichen existiert für ältere Menschen keine derart umfangreiche Literatur – trotz der Zunahme dieser Altersgruppe in unserer Gesellschaft aufgrund gesteigerter Lebenserwartung. Die Vernachlässigung der Probleme sowie fehlende Konzepte und Maßnahmen für ältere Menschen führen nicht nur zu Engpässen, sondern auch zu qualitativen Mängeln in der Versorgung und Betreuung. Die Ursachen dafür liegen sowohl in der Sozial- und Gesundheitspolitik wie auch in den, im Altenbereich tätigen Berufsgruppen wie H. Radebold in einem kürzlich erschienenen Buch „Psychotherapie im Alter“ betont: „Sowohl die (Haus-) ÄrztInnen, die für die Überweisungen verantwortlich sind, als auch die begutachtenden ÄrztInnen im Dienste der Krankenkassen und der Beihilfen haben sich in der Regel kaum hinsichtlich der Entwicklungspsychologie dieser Lebensphasen, der Störungsbilder im Alter und der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten kundig gemacht“ (siehe dazu die Zeitschriftenschau in diesem Heft).

Allerdings stellt die Psychotherapie mit älteren Menschen eine besondere Herausforderung dar, da wir dabei mit unserem eigenen Älterwerden, mit Gebrechlichkeit und dem Sterben konfrontiert werden. Es bedarf daher, wie in den folgenden Beiträgen festgestellt wird, Mut und Offenheit, um sich mit der eigenen Vergänglichkeit auseinanderzusetzen. Es sind vor allem die eigene Hilflosigkeit und die zunehmende Abhängigkeit, die älteren Menschen Angst machen und nicht so sehr der Tod.

*Doris Fastenbauer*, Leiterin der Arbeitsgruppe „Gerontopsychotherapie“ im ÖBVP, weist in ihrem Artikel *Psychotherapie*

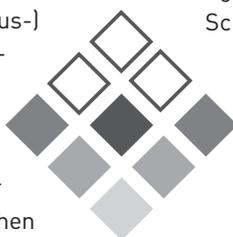
*mit älteren Menschen* auf die zunehmende Bedeutung der Psychotherapie für diese Menschen hin, da zum einen der Anteil der älteren Bevölkerung steigt und zum anderen das Ausscheiden aus dem Berufsleben auch mit Ausgrenzung und dem Verlust des sozialen Status und von sozialen Kontakten verbunden ist. Gerade in einer Gesellschaft, in der vor allem Leistung und beruflicher Erfolg zählen, ist es schwierig, bei Eintritt in das Pensionsalter noch Sinnerfüllung im Leben zu finden. Die Folgen sind der sog. „Pensionsschock“, Altersdepressionen und psychosomatische Beschwerden.

*Susanna Markowitsch* beschreibt in ihrem Artikel *Gedanken zum Alter(n)* die Situation älterer Menschen in unserer Gesellschaft und ihr Bild in der Öffentlichkeit, das sehr von gegensätzlichen Klischees behaftet ist. Die Autorin berichtet auch von vorherrschenden Begriffen einer „malignen Sozialpsychologie“ als kulturelles Erbe, wie die Annahme, ältere Menschen seien machtlos und infantil. Sie lässt neben WissenschaftlerInnen auch ältere Menschen selbst zu Wort kommen, um ihre Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren und verweist auch auf die Bedeutung der psychischen Einstellungen älterer Menschen und deren Selbstwertgefühl für ein sinnerfülltes Leben und eine aktive Teilnahme an der Gemeinschaft.

Entsprechend dem Schwerpunktthema wird in diesem Heft die Zeitschrift *Psychotherapie im Alter* vom Psychosozial-Verlag vorgestellt, die seit 2004 viermal jährlich erscheint und zwar jeweils mit einem bestimmten Schwerpunktthema aus diesem Bereich. Es wird das Heft mit dem Schwerpunkt „Frauen im Alter“ rezensiert, das zu Beginn dieses Jahres herausgegeben worden ist (durch die Verschiebung unseres Schwerpunktthemas, aufgrund aktueller Ereignisse, ist inzwischen ein weiteres Heft dieser Zeitschrift mit dem Thema „Altersbilder“ erschienen). Außerdem wird ein Buch mit dem selben Titel besprochen, das Artikel der ersten beiden Jahrgänge dieser Zeitschrift enthält.

Anlässlich der Erscheinung des diagnostischen Manuals, DSM 5 der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft im Mai d.J. gibt *Gerhard Pawlowsky* einen Überblick über die wesentlichen Bestimmungen sowie über die Veränderungen gegenüber dem 1994 erschienenen Manual DSM IV. Es findet sich darin dieselbe multiaxiale Gliederung der Störungen. Allerdings wurde die Anzahl der Diagnosen deutlich erweitert: von 106 in der ersten Ausgabe 1952 auf 300. Dies führte auch zur Kritik einer zunehmenden Pathologisierung der Gesellschaft.

Außerdem wird im Rahmen der Rubrik „Psychosoziale Einrichtungen in Wien“ von *Antonia Croy* die Einrichtung *Alzheimer Austria* vorgestellt, in der Alzheimer-PatientInnen und deren Angehörige beraten und unterstützt werden. Sie weist



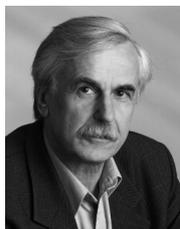
dabei darauf hin, dass die überwiegende Zahl der Demenzkranken zu Hause von Angehörigen betreut und gepflegt wird. Durch die Zunahme älterer Menschen kommt es in diesem Bereich zu besonderen Herausforderungen, sowohl bei der häuslichen Betreuung wie auch bei der Betreuung und Pflege in Einrichtungen. Ohne Hilfe und Unterstützung geraten vor allem Angehörige bald an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Die Selbsthilfegruppe „Alzheimer Austria“ bietet den betroffenen Familien Beratung und Unterstützung im Rahmen von Einzel- und Gruppengesprächen und ermöglicht dadurch auch den Kontakt und den Erfahrungsaustausch zwischen den Angehörigen.

Gerhard Pawlowsky berichtet in seinem Beitrag vom neuen *PsychologInnengesetz*, das am 3. Juli vom Nationalrat einstimmig beschlossen wurde. Der Entwurf zu diesem Gesetz war insofern umstritten und hatte heftige Diskussionen ausgelöst, als eine genauere Abgrenzung insbesondere zwischen der „klinisch-psychologischen Behandlung“ und der Psychotherapie fehlte (und noch immer nicht ausreichend definiert ist). Dies hat auch zur ersten Demonstration der PsychotherapeutInnen in Wien geführt, was schließlich auch einige Korrekturen im Gesetzestext bewirkt hat.

Gerhard E. Bruckner berichtet in seinem Beitrag *PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) im Austausch* von einem

Treffen mit einem Kollegen aus Deutschland, der in der Vereinigung „PiA, für gerechte Bedingungen“ engagiert ist, die sich für bessere Bedingungen, insbesondere in den Praktika während der Ausbildung, einsetzen. Es ging dabei vor allem darum, sich über die Aktivitäten dieser Organisation auszutauschen und darüber, wie es dort gelungen ist, ihre Anliegen auf der Straße und in den Medien zu artikulieren. Ähnlich wie vom ÖBVP wird auch von den VertreterInnen der PiA in Deutschland ein Gütesiegel für Praktikumsplätze diskutiert. Bruckner vermisst in Österreich ähnliche Proteste der Betroffenen wie in Deutschland, wobei es hier die Möglichkeit einer Mitarbeit in der Arbeitsgruppe zum Thema „Praktikum“ gibt, die im Rahmen des KFO des ÖBVP eingerichtet wurde.

Im Namen der Redaktion wünsche ich allen Kolleginnen und Kollegen einen guten Einstieg in das neue Arbeitsjahr nach einem hoffentlich erholsamen Urlaub. ◆



**Hermann Spielhofer**

für das Redaktionsteam



## Brief der Vorsitzenden

Leonore Lerch



### Liebe Kolleginnen und Kollegen!

◆ ◆ ◆ Am 3. Juli 2013 wurde das neue **PsychologInnengesetz** im Nationalrat einstimmig beschlossen. Im Gesetzestext, den die GesundheitssprecherInnen der SPÖ und ÖVP durch einen Abänderungsantrag eingebracht haben, wurden die Forderungen des Berufsverbandes berücksichtigt. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und

MusiktherapeutInnen sind von den Tätigkeitsvorbehalten ausgenommen. „Klinisch-psychologische Behandlung“ wird nicht mehr als umfassende Krankenbehandlung, sondern als die Anwendung von klinisch-psychologischen Behandlungsmethoden, die fokussiert, ziel- und lösungsorientiert sind, beschrieben. In den Erläuterungen wird – wenn auch leider nicht klarer als im Psychologengesetz 1990 – festgehalten, dass es sich um Expositions-Trai-

ning, Krankheitsbewältigung, Complianceförderung, Stressbewältigung etc. handelt.

Neben den wesentlichen Verbesserungen in der überarbeiteten Form bleibt ein Klärungs- und Verbesserungsbedarf z.B. in Bezug auf die Ausbildung und den Anwendungsbereich der „klinisch-psychologischen Behandlung“, der sich in seiner Dimension vermutlich erst im Zuge der Umsetzung herauskristallisieren wird. Es bleibt zu hoffen,

dass sich in der nächsten Legislaturperiode – z.B. anlässlich der Novellierung des Psychotherapiegesetzes – die Gelegenheit ergeben wird, die Defizite des Gesetzes unter Einbeziehung der betroffenen PSY-Berufe zu behandeln.

Am 29. September erwarten uns Nationalratswahlen, die eventuell auch zu Veränderungen in der politischen Landschaft führen. Dies könnte Belegung in die festgefahrenen **Gespräche bzgl. Gesamtvertrag** bringen. Der ÖBVP hat die wahlwerbenden politischen Parteien zu einer Positionierung zur Psychotherapie im nächsten Regierungsübereinkommen aufgefordert. Die Landtage in Salzburg, Steiermark, Kärnten und Tirol fordern die Bundesregierung in je-

weils einem einstimmigen Beschluss auf, Gesamtvertragsverhandlungen zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und dem Berufsverband in die Wege zu leiten und den seit 1992 nicht wertangepassten Kostenzuschuss von 21,80 auf 40,00 Euro zu erhöhen.

Nach internationalen Studien liegt der Bedarf an Psychotherapie bei 3 – 5 Prozent der Bevölkerung. In Deutschland und in der Schweiz erhalten ca. 3 Prozent der Bevölkerung eine psychotherapeutische Behandlung. Österreich weist im Gegensatz dazu eine krasse Unterversorgung auf. Für nur ca. 0,8 Prozent der Bevölkerung stehen Psychotherapieangebote zur Verfügung.

Laut AK-Studie (2012) entstehen durch die Nicht-Behandlung sowie die unzureichenden Behandlungskonzepte volkswirtschaftliche Folgekosten in Höhe von 3,3 Milliarden Euro.

Vielleicht sind es die volkswirtschaftlichen Kosten, die auch die PolitikerInnen in Österreich letztendlich überzeugen werden, dass Österreich es sich nicht leisten kann, keine adäquaten Maßnahmen gegen die Unterversorgung im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung zu setzen. ♦

Mit besten Grüßen ...

**Leonore Lerch**

Im August erreichte uns die Nachricht, dass

### **Reinhard Tausch**

(\* 6. 11. 1921 – † 8. 8. 2013) im Alter von 91 Jahren verstorben ist.

Reinhard Tausch war Psychologe, Professor für Psychologie an der Universität Hamburg und Direktor des Psychologischen Instituts III. Er war ein Wegbereiter der Psychotherapie im deutschsprachigen Raum – insbesondere der klienten-/personenzentrierten Psychotherapie, die er in den 60er Jahren in Deutschland bekannt machte.

Er veröffentlichte zahlreiche Bücher, teilweise mit seiner schon früh verstorbenen Frau Prof. Anne-Marie Tausch.

Reinhard Tausch war einer der einflussreichsten Vertreter des person-/klientenzentrierten Ansatzes.



# Psychotherapie mit älteren Menschen

Doris Fastenbauer



## Brauchen wir eine eigene Psychotherapie für ältere Menschen?

◆ ◆ ◆ Kinder- und Jugendpsychotherapie rechnet man bis 18 Jahre, die restliche Lebenszeit wird als Psychotherapie für Erwachsene bezeichnet. Das würde aber heißen, dass es keinen Unterschied macht, ob jemand 30 oder 90 Jahre alt ist.



Warum trennen wir die ersten 18 Jahre in zwei Therapieformen (Kinder- und Jugendpsychotherapie) und tun so, als ob es zwischen 18- und 90-jährigen Menschen keinen Unterschied in ihren psychischen Strukturen und Lebensumständen gibt?

In den letzten Jahren kommt es immer mehr zu einer Unterscheidung, aber leider gerade in der Richtung, dass ältere Menschen kaum psychotherapeutische Unterstützung bekommen bzw. sogar eine psychotherapeutische Behandlung von manchen Krankenkassen abgelehnt wird.

In einer vor einigen Jahren in Deutschland durchgeführten Studie zeigte sich, dass nur wenige der PatientInnen in privater Praxis über 60 Jahre alt sind. Die Situation in Österreich ist schwer abzuschätzen, dürfte aber sehr ähnlich sein.

Ältere Menschen wurden lange Zeit für nicht mehr therapierbar gehalten. Zu viel Erlebtes müsste aufgearbeitet werden und dazu sei der Mensch im Alter zu rigide und uneinsichtig. Inzwischen wurde in Studien aufgezeigt, dass Menschen grundsätzlich und nachweisbar bis ins hohe Alter lernfähig und veränderbar sind.

Außerdem ist zu bedenken, dass bald 1/3 der österreichischen Bevölkerung über 60 Jahre alt sein wird, was wirt-

großer Psychopharmakakonsum) als uns mit ihren psychischen Nöten zu konfrontieren.

Eine weitere Schwierigkeit ist auch die Beziehung älterer Menschen zu sich selbst und zur Psychotherapie. Wir sprechen hier noch zum Teil von einer Generation, die noch nicht gelernt hat, sich selbst wichtig zu nehmen (aber auch der Psychotherapie skeptisch gegenübersteht).

Wenn wir von älteren Menschen reden, denken wir an das Pensionsalter von 60 bzw. 65 Jahren. Das ist eine willkürliche Grenze, da Altern eigentlich ein fließender Prozess ist. Wobei es Veränderungen gibt, die zu beachten sind. Diese Veränderung ist wohl von allen mehr oder weniger deutlich wahrnehm-

## Ältere Menschen wurden lange Zeit für nicht mehr therapierbar gehalten

schaftlich sicher auch für die Psychotherapie von großer Bedeutung ist.

Wie wir inzwischen wissen, ist der Bedarf an Psychotherapie in großem Ausmaß gegeben, aber dennoch scheuen sich manche PsychotherapeutInnen mit älteren Menschen zu arbeiten.

Warum diese Thematik auch von manchen PsychotherapeutInnen abgewehrt wird, könnte vielleicht auch damit zu tun haben, dass sich TherapeutInnen dann selbst mit ihrem Altern und auch ihrem Sterben auseinandersetzen müssten.

Daher wird es nicht nur ein wirtschaftlicher, sondern auch ein psychologischer Faktor sein, dass wir alte Menschen lieber physisch verwalten (z.B.:

bar – und diese „narzisstische Alterskränkung“ muss bewältigt werden.

## Psychiatrische Diagnosen – kein wirklicher Unterschied zu jüngeren PatientInnen

Wichtig ist, dass es keine spezifische seelische Erkrankung des älteren Menschen gibt. Es gibt viele alterstypische Ausformungen, aber keine Erkrankung, die nicht auch bei Jüngeren auftritt oder ihre Wurzeln in der Kindheit hat.

Die häufigsten Störungen, mit denen PsychotherapeutInnen (bei älteren Menschen) konfrontiert sind: Sinnkrisen, Depressionen, Angstzustände, Selbstmordversuche, Verwirrheitszustände

und Psychosomatische Beschwerden. Was allen Störungen gleichermaßen anhaftet, ist die **narzisstische Kränkung**, die im Altersvorgang enthalten ist. Erlebt der junge Mensch eine ständige Ausdifferenziertheit seiner Fertigkeiten, physiologischen Aufbau und scheinbar unbegrenzt verfügbare Zeit, so wird mit dem Alter das Gefühl der Endlichkeit immer stärker (häufig dann aber umso intensiver verdrängt). Es kommt zu Veränderungen wie z.B.: Fähigkeiten finden ihren Entwicklungsabschluss oder bilden sich zurück, körperliche Veränderungen treten auf, chronische Krankheiten (Multimorbidität) können nicht mehr ausgeheilt werden und vermehrte Pflege und Aufmerksamkeit ist notwendig. Auch die sozialen Beziehungen unterliegen oft starken Veränderungen (Tod

Vieles ist zwar möglich, hängt aber auch vom körperlichen Gesundheitszustand und von den finanziellen Möglichkeiten ab.

### Was können Auslöser für Depressionen im Alter sein?

Einen großen Einschnitt stellt oft die Pensionierung dar, wobei der Verlust des Arbeitsplatzes auch als Verlust des damit verbundenen sozialen Status erlebt wird.

Ein langes Leben kann häufig viele Verluste bedeuten. Der Tod eines Kindes wird sehr schwer verkraftet, aber auch der Verlust eines Lebenspartners oder naher Angehörigen oder guter FreundInnen. Oft erleben wir ältere Menschen, deren ganzer Freundeskreis

Andererseits ist auch zu sehen, dass sich gesellschaftlich viel verändert hat. Wir haben es zum Teil mit sehr aktiven und agilen Menschen zu tun, die auch wirtschaftlich gut dastehen.

Außerdem ist eine genaue Familienanamnese wichtig: lebt der alte Mensch allein, hat er Kinder, wie weit lebt er von seinen Angehörigen entfernt, in einem Altersheim, mit einem/einer EhepartnerIn oder in einer anderen sozialen Form.

Wie ist die Familienkonstellation: Gibt es Konflikte mit den erwachsenen Kindern?

Dürfen alte Menschen ihr eigenes Geld ausgeben? Gibt es Erbschaftsgeschichten (Land /Stadt), usw.

Wichtig ist es auch, die wohnliche Situation zu berücksichtigen; hat die Person genug Lebensraum, entsprechen

## Wichtig ist besonders bei älteren Menschen das soziale Umfeld zu beachten, z. B.: soziale Beziehungen, wie ist die Wohnung, wie die Familie und der Bekannten- und Freundeskreis ...

von EhepartnerInnen und FreundInnen), wobei gerade hier die Psychotherapie sehr hilfreich sein kann.

### Welche Unterschiede gibt es im Erkrankungsbild zu Jüngeren?

Natürlich sollte man sich mit der narzisstischen Kränkung, dass manches nicht mehr veränderbar oder manches nicht mehr möglich ist, auseinandersetzen; aber das ist nur die *eine* Seite; die *andere* Seite ist die Frage, was das Altern an narzisstischer Zufuhr auch bringen kann. Das herauszuarbeiten ist ein wichtiges Ziel in der Psychotherapie mit älteren Menschen. Es kann dabei zu starken Verschiebungen von *Wertvorstellungen* kommen (z.B.: Enkelkinder genießen, aber nicht mehr für deren Erziehung verantwortlich sein; Seniorenstudium: In der Pension wird das Studium nachgeholt, das in jungen Jahren vielleicht aus finanziellen, kriegsbedingten oder aus Vernunftgründen nicht möglich war; Reisen; usw.)

bereits verstorben ist. Nicht zu unterschätzen ist der Tod eines Haustieres. Was kann für ältere Menschen noch sehr schmerzlich sein: Älter werden kann auch den „Verlust der Jugend“ und der Gesundheit bedeuten; bzw. zu körperlichen Einschränkungen führen (z.B.: Sehen, Gehör, Gehfähigkeit, allgemeine Beweglichkeit, etc.)

### Wie sind die soziologischen Aspekte in der Therapie?

Wichtig ist besonders bei älteren Menschen das soziale Umfeld zu beachten, z.B.: soziale Beziehungen, wie ist die Wohnung, wie die Familie und der Bekannten- und Freundeskreis (sofern noch nicht alle weggestorben sind!).

Auch die wirtschaftliche Situation muss in Betracht gezogen werden, man könnte fast sagen, Altern ist weiblich und viele ältere Frauen leben unter wirtschaftlichen Bedingungen, die einem reichen Land wie Österreich unwürdig sind.

die sanitären Bedingungen, usw. Ist die Wohnung altersgerecht bzw. behindertengerecht (breite Türen, Lift, ...)?

Auch die gesellschaftliche Lebenssituation sollte nicht übersehen werden:

- ◆ Frauen verlieren häufig nach dem Tod des Ehemannes ihre soziale Stellung, ihren Freundeskreis bzw. ihr gesellschaftliches Umfeld (konservative Familienstruktur – Frauen werden über die Position des Ehemannes definiert)
- ◆ kaum mehr Großfamilien
- ◆ weniger Kinder
- ◆ Kinder über Österreich, EU oder die ganze Welt verstreut
- ◆ soziale Unterschiede

Ältere Generationen sind durch die soziale Herkunft noch sehr geprägt – das fördert Vereinsamung! So kann eine Isolierung (z.B.: durch eine Gehbehinderung, Wohnung ohne Lift, viele FreundInnen und Verwandte sind bereits verstorben) zu Verwirrheitszuständen

oder Depressionen führen. Wenn es gelingt, diese Isolierung zu beseitigen, können viele dieser Symptome reduziert oder beseitigt werden. Auch das Übersiedeln in ein Heim und das Aufgeben der eigenen Wohnung wird manchmal schwer verkraftet.

### Zur psychotherapeutischen Haltung in der Therapie älterer Menschen

In der psychotherapeutischen Beziehung spielt die Übertragung der/der PatientIn eine wichtige Rolle. Ist der Therapeut oder die Therapeutin älter als der/die PatientIn, kann eine entsprechende Vater- oder Mutterübertragung zustande kommen. Ist der/die TherapeutIn jünger als der Patient, wird er oft als „Kindfigur“ erlebt. In jedem Fall soll der Therapeut die Übertragung akzeptieren, da er so viel über die Versagungen des Patienten erfährt und mithilft, dass der Patient sein narzisstisches Gleichgewicht wieder finden kann, das im Allgemeinen in projektiver Weise dem/der TherapeutIn zugeschrieben wird.

Aber auch die Zuschreibung als „Fachmann oder Fachfrau“ ist wichtig und hilft in der Therapie in menschlich schwer erträglichen Situationen die nötige Distanz und Klarheit zu bewahren und Problemlösungen zu finden (wie z.B.: bei existenziellen Krisen wie Verlust des/der PartnerIn, Bewältigung von schwerer Krankheit und/oder der Vorbereitung auf das Sterben). Der/die TherapeutIn sollte dabei Stütze sein und trösten, da hier unsere therapeutischen Mittel begrenzt sind.

Der/die PsychotherapeutIn soll mit Hochachtung und Respekt auf die Not des älteren Menschen eingehen und dabei bedenken, wie schwer es einem älteren Menschen fällt, einem anderen, oft Jüngeren, von seinen Sorgen zu erzählen. Der ältere Mensch soll in der Psychotherapie auch über die häufig erlebte mangelnde Wertschätzung reden können, mit der er im Alltag oft konfrontiert ist und die als sehr kränkend erlebt wird.

- ◆ z.B.: Ältere Menschen werden häufig von ÄrztInnen nicht wahrgenommen = Kränkung (z.B.: ÄrztIn spricht nur mit der Tochter)
  - ◆ älterer Mensch oft als BittstellerIn dargestellt
  - ◆ oft nicht als KundIn geschätzt und nicht respektvoll beraten werden
- Der/die PsychotherapeutIn muss auch hier die eigene Gegenübertragung beachten!

Ein wichtiger Faktor ist die *Zeit*. Anders als bei jungen Menschen ist hier die Präsenz der Endlichkeit viel stärker gegeben. Daher bedarf es manchmal modifizierter Interventionen; der/die PsychotherapeutIn ist oft aktiver und stützender, was dem alten Menschen sehr entgegen kommt, da es dem traditionellen Rollenbild des/der ÄrztIn entspricht.

Wenn man mit älteren oder hochbetagten Menschen psychotherapeutisch arbeitet, sollte man sich mit geschichtlichen Ereignissen und Wertvorstellungen dieser Generation beschäftigen ha-

### Ein wichtiger Faktor ist die *Zeit*. Anders als bei jungen Menschen ist hier die Präsenz der Endlichkeit viel stärker gegeben.

ben: z.B.: Kriegsgeneration, Zwischenkriegszeit, Hunger, Arbeitslosigkeit bedeutet heute etwas anderes als damals; Kriegstraumata, Flucht, gefallene Väter, Brüder oder Ehemänner; Sudeten-deutsche (Vertreibung und Flucht), KZ-Überlebende, Vergewaltigungen durch Soldaten, uneheliche Geburt, Kinderlosigkeit, behindertes Kind als Gottesstrafe, Religion und Glaube.

#### Aber auch Gewalt ist ein wichtiges Thema:

Die Wahrscheinlichkeit Opfer einer von Familienangehörigen oder Personen des nahen Umfeldes begangenen Gewalttat zu werden, ist für Menschen in

der Altersgruppe ab 60 wesentlich größer als die, von einem fremden Täter überfallen oder misshandelt zu werden. Älteren Menschen fällt es aber oft sehr schwer, PsychotherapeutInnen davon zu erzählen, da dieses Thema sehr schambehaftet ist, besonders wenn es vielleicht die eigenen Kinder betrifft.

### Sexualität – Lust

Sexualität zu leben ist bis ins hohe Alter möglich, aber über Sehnsüchte und Wünsche zu reden, ist ebenfalls sehr schambesetzt!! Das Bild der älteren Frau ist in unserer Gesellschaft stärker negativ geprägt als das des älteren Mannes.

### Sterben, Tod und Trauer

Warum fällt es uns so schwer, über den Tod zu reden und uns damit zu konfrontieren? Welche Vorstellungen hat der alte Mensch vom Sterben (Existenz nach dem Tod? Hängt ab von seiner religiösen Sichtweise), welche Ängste sind vorhanden?

„Es ist bitter, allen ins Grab nachzuschauen!“ (Alter Mensch oft einziger noch Lebender seiner Bezugsgruppe)

### Neurologische Erkrankungen und/oder Folgeerscheinungen (Alzheimer / Demenz / Parkinson / Multiple Sklerose / Schlaganfall etc.)

Beratung von PatientInnen z.B. bei Diagnosestellung Alzheimer und über den möglichen Krankheitsverlauf ist besonders wichtig. Aber auch die Frage, was es für PatientInnen und Angehörige bedeutet, wenn diese Diagnose gestellt wird.

Psychotherapie kann Krankheitsverläufe positiv beeinflussen!



### Die Angehörigen sollten nicht vergessen werden:

Auch Angehörige brauchen manchmal Betreuung, Beratung, Information; wobei bedacht werden muss, dass die Kinder der alten Menschen meist auch schon ältere Menschen sind. In Pflegesituationen kommt es häufig zu Folgeerkrankungen der Angehörigen durch belastende Betreuungssituationen (Psychosomatik, Depression, ...). Wenn die Belastung zu groß wird, haben wir 2 PatientInnen (alter Mensch und betreuende Angehörige). Durch Betreuungsaufgaben können wirtschaftliche Probleme auftreten, wobei der Frauenanteil rund 84% beträgt. Es kann durch Pflege zu Lebensplanänderungen kommen und dann ist z.B. kein beruflicher Wiedereinstieg mehr möglich.

### Auseinandersetzung des/der PsychotherapeutIn mit dem eigenen Alterungsprozess

Für den/die PsychotherapeutIn ist die Auseinandersetzung mit alten PatientInnen auch eine einmalige Chance, sich dem eigenen Altern zu stellen. Dazu muss eine entsprechende Flexibilität und Einsicht ins eigene „Gewordensein“ vorhanden sein. Aber auch der Narzissmus des/der TherapeutIn wird auf eine harte Probe gestellt. Der therapeutische Erfolg ist bei alten Menschen oft anders zu sehen, oftmals ist der Erfolg (nach außen) nicht sehr spektakulär. Andererseits besteht für den/die TherapeutIn die Möglichkeit, viel von alten Menschen zu lernen, auch aus deren Lebenserfahrungen.

Abschließend sollen noch kurz die ganz spezifischen Grundprobleme zusammengefasst werden, die uns bei der Therapie alter Menschen begegnen:

- ◆ die Erfahrung der Endlichkeit und damit verknüpft: das Konfrontiertsein mit Trennung und Sterben
- ◆ die narzisstische Kränkung – der Abbau von Größenphantasien
- ◆ die reiche Lebenserfahrung – die lang zurückreichende Lebensgeschichte
- ◆ die Klarheit und Unklarheit in der Identitätsbildung im Alter ◆

#### Dr.<sup>in</sup> Doris Fastenbauer

Koordinatorin für Gerontopsychotherapie im ÖBVP  
Mobil: 0664/513 32 26  
dfastenbau@aol.com



## Gedanken zum Alter(n)

Denn nur Dummköpfe lasten ihre Fehler und ihre Schuld dem Alter an. (Cicero)

Susanna Markowitsch

◆◆◆ **P**sychotherapie mit alten Menschen unterscheidet sich insofern von Psychotherapie mit anderen Menschen, als die Lebensthematik alter Menschen

beit mit alten Menschen ist die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema Alter(n) und die Liebe zu alten Menschen. In diesem Sinne verstehe ich den

### Wissenswertes

Ein Vergleich der österreichischen Bevölkerungsstatistik der STATISTIK AUSTRIA zwischen den Jahren 1996 und 2001 zeigt einen Bevölkerungsanstieg von 13,6% (rd. 8 Mio. Einwohner 2001), wobei der Anteil der über 75-jährigen in 40 Jahren um knapp 100% gestiegen ist (von 294.137 Personen auf 581.762 über 75-jährige).

„Alter als Massenphänomen ist menschheitsgeschichtlich eine völlig neue Erscheinung“ (Leopold Rosenmayr, 2007, 87).

Alter als Massenphänomen ist menschheitsgeschichtlich eine völlig neue Erscheinung.

eine andere ist und PsychotherapeutInnen davon selber betroffen sind, da es eines Tages auch die ihre sein wird. Basis für die psychotherapeutische Ar-

gegenständlichen Artikel als einen Anstoß dazu, sich mit dieser, jede/n von uns betreffenden Thematik auseinanderzusetzen.



Das subjektive Empfinden von Alter ist wohl so unterschiedlich wie die Menschen selbst. „Objektiv“ gibt es selbst in unserem Rechtssystem Kriterien zur Alterseinteilung: diese betrifft allerdings Kinder und Jugendliche – ab dem Erwachsenenalter gilt gleiches Recht für alle. Aus gerontologischer Sicht scheint eine Definition des Alters schwierig, da sich biologisches, soziales, kalendarisches und psychisch-intellektuelles Alter oft unterscheiden, auch beeinflusst durch Umwelt und gesellschaftliche Normierungen.

Auch die WHO weist darauf hin, dass in der westlichen, entwickelten Welt generell ab einem Alter von 65 Jahren der Begriff „ältere“ oder „alte“ Person üblich ist (bedeutet in vielen Ländern einen möglichen Berufsausstieg), wohingegen für den afrikanischen Raum etwa andere Richtlinien gelten würden – deshalb gibt es keine allgemeine Altersdefinition seitens der UN. Man hat sich darauf geeinigt, Menschen ab einem Alter von 60+ als „ältere Bevölkerung“ zu bezeichnen.

Die sozialpolitische Grenze wird bei uns heute mit 65 Jahren gezogen. Anschließend spricht man vom dritten und vierten Lebensalter bzw. vom „jungen“ und „alten“ Alter, wobei das „alte“ Alter zwischen 75 und 85 Jahren angesetzt wird. Auch die Bezeichnung „hohes Alter“ ab 65, „sehr hohes Alter“ ab 80 und „extremes Alter“ ab 100 Jahren ist geläufig.

### Alter(n) in der Öffentlichkeit

Alter(n) wird gemeinhin leider zu oft defizitorientiert gesehen. Einerseits werden mit diesem Begriff Stereotypen verbunden, wie Gebrechlichkeit, Inflexibilität, geringe Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig wird uns über die Medien ein Bild von alten Menschen transportiert, das dem Klischee der ewig Junggebliebenen entspricht: schlanke, jugendlich wirkende, sportliche, grau melierte Herren und Damen achten auf ihre Gesundheit und lernen ihr Leben lang, genießen den „wohl verdienten Ruhestand“. Schlagworte wie „forever

young“, „Oldies“, „down-aging“, „neue Alte“ verstärken das Dogma des gesunden und erfolgreichen Alterns; Stereotypen von aktiven, unabhängigen, gut situierten älteren Herrschaften führen aber genauso zu Diskriminierung, heute „Ageismus“ genannt!

Selbstverständlich hat die zunehmende Lebenserwartung mit dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zu tun. Der österreichische Genforscher Johannes Huber spricht davon, „dass wir auf dem Weg in eine noch unvorstellbare biologisch-medizinische Zukunft der Lebensverlängerung sind“ (L. Rosenmayr, 2007, 14). In den USA wird nach einem Gen gesucht, das

## Schlagworte wie „forever young“, „Oldies“, „down-aging“, „neue Alte“ verstärken das Dogma des gesunden und erfolgreichen Alterns ...

den Alterungsvorgang steuert, um mit einer Veränderung der Struktur des Gens den gesamten Alterungsprozess zu verlangsamen. Diese „forever young“-Tendenz hat wohl grundsätzlich mit der Angst vor dem Tod und der Endlichkeit zu tun – eine Auseinandersetzung damit halte ich für die psychotherapeutische Arbeit mit (alten) Menschen für unerlässlich!

### Der Umgang mit alten Menschen

Tom Kitwood, der sich intensiv mit Demenz und einem personenzentrierten Umgang dazu auseinandergesetzt hat, spricht von „maligner, bösartiger Sozialpsychologie“ und bemerkt dazu, dass „die Malignität ... Teil ihres kulturellen Erbes“ [ist]. (Kitwood 2008, 75)

Diese von ursprünglich 10, dann auf 17 Begriffe „maligner, bösartiger Sozialpsychologie“ erweiterte Liste ist sehr beeindruckend, vor allem weil wir alle diese Handlungsweisen wohl selbst schon im Umgang mit alten Menschen

beobachtet und erlebt haben. Nachstehend beispielhaft einige Begriffe (Kitwood 2008, 75ff):

- ◆ Zur Machtlosigkeit verurteilen (disempowerment) – jemandem nicht gestatten, vorhandene Fähigkeiten zu nutzen; die Unterstützung beim Abschluss begonnener Handlungen versagen.
- ◆ Infantilisieren (infantilization) – jemanden sehr väterlich bzw. mütterlich autoritär behandeln, etwa wie ein unsensibler Elternteil dies mit einem sehr kleinen Kind tun würde.
- ◆ Etikettieren (labelling) – Einsatz einer Kategorie wie Demenz oder „organisch bedingte psychische Erkrankung“ als Hauptgrundlage der Inter-

aktion mit der Person und zur Erklärung ihres Verhaltens.

- ◆ Entwerten (invalidation) – die subjektive Realität des Erlebens und vor allem die Gefühle einer Person nicht anerkennen.
- ◆ Ignorieren (ignoring) – in jemandes Anwesenheit einfach in einer Unterhaltung oder Handlung fortfahren, als sei der bzw. die Betreffende nicht vorhanden.
- ◆ Vorenthalten (withholding) – jemandem eine erbetene Information oder die Befriedigung eines erkennbaren Bedürfnisses verweigern.

Das Ergebnis einer Studie der US-amerikanischen Psychologin Ellen Langer im Jahre 1979 ([www.ellenlanger.com/books/1/counter-clockwise](http://www.ellenlanger.com/books/1/counter-clockwise)) ist beeindruckend: Männer in ihren späten 70ern und 80ern wurden zu einer „Erinnerungswoche“ auf dem Land eingeladen, die sie 20 Jahre in ihrem Leben zurückversetzen sollte. Langer wollte damit überprüfen, ob die geistig/seelische Einstellung der Menschen phy-

sich/körperliche Auswirkungen hätte. Während eine Gruppe in Erinnerungen an ihre 50er Jahre schwelgte, fand sich die andere Gruppe tatsächlich 20 Jahre zurück versetzt vor: umgeben von Requisiten aus den späten 1950er Jahren wurden die Herrschaften ersucht, sich vorzustellen, es wäre tatsächlich das Jahr 1959.

Innerhalb kürzester Zeit verhielten sich Menschen, die bis vor wenigen Tagen auf Unterstützung angewiesen waren (Gehhilfen, Essenszubereitung etc.) wie 20 Jahre zuvor. Nicht nur, dass einer der Männer seine Gehhilfe nicht mehr benötigte, physiologische Untersuchungen vor und nach dieser Woche bestätigten, dass sich der Gesundheitszustand generell wesentlich verbessert hatte: Bewegungsfähigkeit, Feinmotorik sowie kognitive Fähigkeiten und Gedächtnisleistungen hatten sich messbar verbessert. Selbst der Blutdruck sank und die Seh- und Hörleistung verbesserte sich.

Marlis Pörtner beschreibt „sieben Grundsätze für den Umgang mit alten Menschen“ (Pörtner 2005, 56):

1. Klarheit schafft Sicherheit und Vertrauen
2. Das Erleben ist der Schlüssel zum Verstehen und Handeln
3. Entscheidend ist nicht was fehlt, sondern was da ist
4. Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess
5. Selbstverantwortung hat existenzielle Bedeutung
6. Die Person ist mehr als ihr gegenwärtiger Zustand
7. Es gibt nicht nur (m)eine Realität

### Wie sagen alte Menschen selbst über das Alter(n)?

Frau Mauler, 90-jährig, setzt sich wiederholt (auch via ORF-Rundfunk) dafür ein, anstelle der Grundbedürfnisse der „3 S: satt, sauber, sicher“ jene der „3 Z: Zuneigung, Zärtlichkeit, Zeit“ im Umgang mit alten Menschen zu beachten. Der Soziologe und Sozialphilosoph Leo-

pold Rosenmayr (Jahrgang 1925) nennt in seinen „Thesen zur Philosophie des Alterns“ „Sein lassen“ und das „sich ergreifen lassen“ an erster Stelle. Er belegt durch eigene Studien, dass die Größe des Bekannten- und Freundeskreises in direktem Zusammenhang mit der Bewertung der eigenen Gesundheit und anderen Selbstbeurteilungen steht. Ganz wesentlich der Satz: „Verstehen und Verstandenwerden hat salutogene Qualitäten.“

Die Psychologin und Psychotherapeutin Marlis Pörtner schreibt: „Jeder Mensch muss für sich selber herausfinden, was für ihn das Richtige ist. [...] Achtsamkeit auf die Signale des Organismus hilft bei der Suche, denn sie weisen den Weg zu dem, was *jetzt* möglich und sinnvoll ist.“ Sie sagt essentiell: „Als alter Mensch möchte man vor allem eines: ernst genommen werden, genau wie andere auch.“

Die erst kürzlich verstorbene Psychoanalytikerin und Medizinerin Margarete Mitscherlich meinte (93-jährig), dass der alte Mensch ein „Erwachsener unter Erwachsenen“ bleibe und weiter „Dass die Würde des Menschen bis zum Tode unantastbar bleibt, ist ein Ziel, für das es sich zeitlebens zu kämpfen lohnt.“

Die Psychotherapeutin Riedel schreibt: „Vor allem geht es um die Pflicht und Notwendigkeit für den alternden Menschen, seinem Selbst ernsthafte Beachtung zu schenken ...“

Sowohl Riedel als auch Rosenmayr schreiben, wie wichtig es sei, sich im Alter mit seiner geschlechtlichen Identität und Sexualität zu beschäftigen. Betrachtet man das Alter als eine Lebensphase, wie etwa die Pubertät, ist es ja augenscheinlich, dass in einer Phase der Veränderung von Körper und Selbsterleben ein „Thema“ entsteht, mit dem ich mich sowohl als Betroffene/r als auch als TherapeutIn auseinandersetzen sollte.

Ganz allgemein ist zusammenfassend festzuhalten, dass es keine universelle Alterspersönlichkeit gibt, dass Alter und körperliche Krankheit nicht gleichzusetzen sind, wenn auch die Wahr-

scheinlichkeit einer Erkrankung im Alter steigt, dass Psychotherapie auch für alte Menschen hilfreich ist!

Was für die therapeutische Arbeit mit alten Menschen wichtig ist, hat Marlis Pörtner (1997) m.E. in einem Artikel sehr schön zusammengefasst:

*„Der Weg ist ebenso wichtig wie das Ziel*

- *Nicht der Inhalt steht im Mittelpunkt, sondern der Prozess*
- *Nicht die Defizite sind entscheidend, sondern die Ressourcen*
- *Die kleinen Schritte*
- *Das Wichtigste geschieht außerhalb der Therapiestunde*

*[...] Das Wahrnehmen, Aufgreifen und Respektieren der beschriebenen Aspekte ist ein wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Arbeit.“* ◆

### Susanna Markowitsch

Personzentrierte Psychotherapeutin  
www.pz-psychotherapie.at

#### Literatur:

Kitwood, Tom & Müller-Hergl, Christian (Hg.) (2008). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern: Hans Huber.

Mitscherlich, Margarete (2011). Die Radikalität des Alters. Einsichten einer Psychoanalytikerin, Frankfurt am Main: Fischer.

Pörtner, Marlis (1997). Wider die Beliebigkeit – spezifische Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Person 1, 64–71.

Pörtner, Marlis (2007). Alt sein ist anders. Person-zentrierte Betreuung von alten Menschen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Pörtner, Marlis (2010). Alte Bäume wachsen noch. Neue Erfahrungen in späten Lebensjahren, Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, Luise; Hüther, Gerald; Kruse, Andreas; Grossarth-Maticek, Ronald & Grün, Anselm (2009). Die späte Freiheit – Altern als Chance. Fünf Vorträge, 2004–2008, Müllheim/Baden: Auditorium Netzwerk.

Riedel, Ingrid (2010). Die innere Freiheit des Alterns. Patmos-Verlag.

Rogers, Carl R. & Schmid, Peter F. (2004). Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz: Grünewald.

Rosenmayr, Leopold (2011). Im Alter – noch einmal – leben, Wien: LIT Verlag.

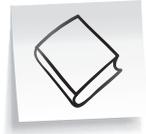
Rosenmayr, Leopold (2007). Schöpferisch altern, Wien: LIT Verlag.

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/), abgefragt 29.07.2012

## Zeitschriftenschau

## Psychotherapie im Alter

Forum für Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik und Beratung  
 Psychosozial Verlag, Gießen



Die Zeitschrift „Psychotherapie im Alter“ erscheint seit 2004 vierteljährlich mit jeweils einem Schwerpunktthema. So hatten die vier Ausgaben des letzten Jahres die Themen „Einsamkeit“, „Tabus in der therapeutischen Beziehung“, „Sucht“ und „Männer“. Die letzte Nummer (1/2013) ist den Frauen gewidmet und es geht dabei vor allem um das Geschlechterverhältnis der älteren Generation sowie um frauenspezifische Probleme im Alter.

Angelika Trilling beschreibt in ihrem Beitrag „Wie groß ist der ‚kleine‘ Unterschied?“ die Lebenssituation und Lebenserwartungen von Frauen im Unterschied zu männlichen Altersgenossen. Ein wesentlicher Unterschied besteht insbesondere in den Einkommensverhältnissen, wobei sich die Unterschiede im Alter oft noch verstärken und vielfach zu der oft diskutierten „Altersarmut“ führen, von der vor allem Frauen betroffen sind. So liegt das durchschnittliche Einkommen älterer Frauen in Deutschland durchschnittlich um 39,1% niedriger als bei Männern.

Gabriela Stoppe widmet sich in ihrem Beitrag „Probleme mit den Wechseljahren“ empirischen Studien zu den hormonellen Veränderungen von Frauen im Alter, die die bisherigen Annahmen relativieren, dass durch diese Veränderungen eine Reihe von körperlichen und psychischen Beschwerden ausgelöst werden und mittels Hormonersatztherapie kompensiert werden müssen. Sie hofft, dass in Hinkunft Fachkräfte im sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich an einer Demedikalisierung in der Menopause hinwirken.

Almut Sellschopp beschäftigt sich in ihrem Artikel „Die Gedanken sind frei, kein Mensch kann sie wissen“ damit, welchen Beitrag der Feminismus zum Alter leistet. Sie bezieht sich dabei auf Aussagen von prominenten Frauen wie Simone de Beauvoir oder Margarete Mitscherlich (Alice Schwarzer hat es allerdings abgelehnt, ein Gespräch über ihr Alter zu führen, was, wie I. Stoehr vermutet, daran liegt, „dass die sozial bewegten Alten sich als ewig Junge zu fühlen geneigt sind und sich deshalb besonders schwer tun, andere Denkformen ... zu erkennen“). Simone de Beauvoir betont in ihrem Buch „Alter“ vor allem die Begrenztheit der Möglichkeiten, den Schritt in die Endlichkeit: „Man hat keine Zukunft mehr, das ist

Feminismus mit dem Alter auseinanderzusetzen. Sie hat dazu Interviews mit Frauen im Alter zwischen 56 und 73 Jahren durchgeführt und dabei festgestellt, dass ältere Frauen auch in der feministischen Diskussion diskriminiert sind und sie auch „im Kontext feministischen Denkens kaum weniger von Ausgrenzung betroffen sind als im gesamtgesellschaftlichen Umfeld“. Selbst in feministischen Zeitschriften, wie „Emma“ oder „Anschläge“ blieb das Thema Frauen im Alter ein Randthema und bediente z.T. die selben Klischees wie die übrigen Massenmedien.

Irmgard Vogt berichtet in ihrem Beitrag „Süchtige alte Frauen“ über spezifische Probleme und Abhängigkeitsmuster im



das Schlimmste“. Mitscherlich hat in ihrem Buch „Die Radikalität des Alters“ dagegen die Erfahrung und die höhere Selbstreflexion im Alter hervorgehoben. Für sich selbst hofft sie, wie sie in einem Gespräch betont, dass trotz körperlicher Einschränkungen die Neugier und die Lust am Denken bis zum Schluss anhält.

Auch Elisabeth Helmich wirft in ihrem Beitrag „Die alte Frau, das unsichtbare Wesen“ die Frage auf, wieweit sich der

Alter und Susanne Bosse schreibt ein „Plädoyer für eine deutliche Differenzierung von Therapiezielen auch jenseits des ‚kleinen Unterschieds‘“, um nur eine Teil der Beiträge zu referieren. Insgesamt deckt dieses Heft der Zeitschrift ein breites Spektrum an Themen im Bereich der Psychotherapie mit älteren Frauen ab und bietet daher eine Fülle von Informationen.

Im Jahr 2008 ist ein Buch mit dem gleichen Titel erschienen, in dem die Bei-



träge der ersten beiden Jahrgänge dieser Zeitschrift veröffentlicht sind: **J. Kipp (Hg.) „Psychotherapie im Alter“**, Psychosozial Verlag. Der erste Abschnitt des Buches ist der psychotherapeutischen Diagnostik bei älteren Menschen gewidmet, ein Thema, zu dem es bisher ebenfalls wenig Literatur gibt.

*Eike Hinze* schreibt über „Das Erstgespräch mit älteren Patienten in der psychoanalytischen Praxis“ und betont darin, dass auch hier neben den anamnestischen Daten das Übertragungsgeschehen mit den darin ablaufenden Inszenierungen und Rollenzuschreibungen an die Analytikerin/den Analytiker wesentliche Informationen liefern. Anhand von Fallvignetten gibt der Autor praktische Beispiele diagnostischer und therapeutischer Aspekte.

*Johannes Kemper* weist in seinem Beitrag „Die verhaltenstherapeutische Erstuntersuchung älterer Patienten in der psychotherapeutischen Praxis“ darauf hin, dass handlungsorientierte Therapieansätze mit ihrer zeitlichen Begrenzung den Bedürfnissen älterer PatientInnen entgegenkommen. Er betont auch die Notwendigkeit der Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

*Esther Bruck* und *Johannes Kippe* referieren über Aufnahmegespräche in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie betonen, dass es bei diesen Aufnahmegesprächen mit älteren Personen wichtig ist, ihnen genügend Zeit einzuräumen, da die Erinnerungsfähigkeit meist eingeschränkt ist und die neue Situation oft zu Verwirrung führt. *A. Peters*, *S. Hübner* und *C. Manaf* schreiben über *Erstgespräche in der Gerontopsychosomatik*.

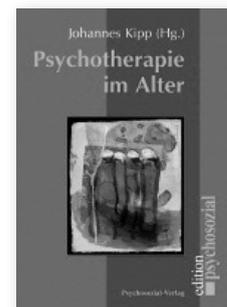
In einem zweiten Abschnitt werden Angst und posttraumatische Störungen bei älteren Menschen behandelt. *Hartmut Radebold* berichtet von einer psychoanalytischen Fokalthherapie bei einer 80-jährigen mit Angstzuständen und Panikattacken; *Jutta Stahl* und *Ursula Schreiter Gasser* schreiben über „Verhaltenstherapeutische Angstbehandlung in einer Tagesklinik“, *Andreas Maercker* und *Julia Müller* über „Erzähltechniken bei der Therapie Posttraumatischer Belastungsstörungen bei älteren Menschen“ und *Luise Reddemann* über „Spätfolgen von Traumatisierungen“.

Ein dritter Abschnitt des Buches behandelt Gruppenmethoden sowohl in teilstationären Bereichen wie auch bei

professionell unterstützten Selbsthilfegruppen sowie in Form von Musikgruppen oder auch unter Einbeziehung künstlerischer Betätigungen. Ein letzter Abschnitt betrifft die „Veränderung von Beziehungen und psychischen Störungen im Alter“. Hier geht es um sexuelles Begehren im Alter und um Wünsche nach körperlichem Kontakt, oder um „Eheliches Burnout“ d.h. dem Versiegen der Lust. In einem weiteren Beitrag geht es um Zwangsstörungen sowie um die Polarität von Ordnungs- und Sammelzwang.

Auch dieses Buch mit Beiträgen der ersten Jahrgänge bietet eine Fülle von Informationen sowohl auf der Ebene klinischer Theorien als auch anhand praktischer Anleitungen und Fallvignetten. ♦

**Hermann Spielhofer**



Kipp, Johannes (Hg.)  
**Psychotherapie im Alter**  
Buchreihe: edition Psychosozial  
270 Seiten  
ISBN-13: 9783898067782  
29,90 EUR



## Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 5

Gerhard Pawlowsky

♦ ♦ ♦ **M**itte Mai 2013 wurde das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM 5)* in San Francisco veröffentlicht. Es folgt nach 14-jähriger Revision dem DSM IV; es ist dies das in den USA verwendete psychiatrisch

diagnostische Klassifikationsschema, während in Österreich, ausgenommen Tirol, die Codes der *International Classification of Diseases 10 (ICD 10)* als Nachfolger des ICD 9, herausgegeben von der WHO, zur Diagnostizierung psy-

chischer Störungen verwendet werden. Das DSM IV verwendet – im Unterschied zum ICD 10 – mehrere Achsen (klinische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, medizinische Faktoren, psychosoziale Faktoren und eine globale

Beurteilung), von denen die ersten beiden Achsen je 16 diagnostische Kategorien aufweisen. Diese multiaxiale Gliederung ist im DSM 5 (mit geringfügigen sprachlichen Änderungen) beibehalten worden.

Die Neuerungen betreffen vor allem die symptomatische Aufgliederung bzw. Zusammenfassung verschiedener Störungsbilder, doch führt dies insgesamt zu einer Erweiterung der Diagnosen, so dass nun insgesamt über 300 unterschiedliche Störungen klassifiziert sind. In manchen Fällen werden diese Veränderungen von Fachleuten kritisch beurteilt und sind vielleicht auch noch nicht vollkommen ausgegoren – im August erschienen die ersten, wenn auch kleineren, Korrekturen dazu.

Im Folgenden sind nur einige der Veränderungen aufgelistet:

- ◆ Die Kriterien der Depression sind verändert, vor allem die „major depression“ ist nun differenzierter aufgliedert. Im Einzelnen ist angeführt, dass die Trauer nach einem Todesfall, die länger als zwei Monate andauert, nun als Depression klassifiziert werden kann, bisher war dieser Anlass ein Ausschlussgrund.
- ◆ Die „mentale Retardierung“ des DSM IV wurde im DSM 5 durch „intellektuelle Behinderung“ ersetzt, die nun auch die soziale Umsetzung der verminderten intellektuellen Leistung umfasst.
- ◆ Die „Kommunikationsstörungen“ sind im DSM 5 erweitert definiert. Der Begriff der „Störungen im Autismusspektrum“ wurde neu eingeführt und umfasst alle psychischen Erkrankungen, die u.a. autistische Züge aufweisen.
- ◆ Die ADS bzw. ADHS-Einteilung ist geblieben, doch wird die für die Diagnose erforderliche Symptomatik korrigiert, und damit die Diagnose teilweise präzisiert, auch eingeschränkt.
- ◆ „Lernstörungen“ fasst nun mehrere im DSM IV getrennt genannte Lernstörungen (Leseschwäche, Rechenschwäche, ...) zusammen. „Motorische Störungen“ sind dagegen dem Abschnitt über „Neuro-Entwicklungsstörungen“ eingegliedert.
- ◆ Die Subgliederung der Schizophrenie im DSM IV (paranoide, desorganisierte, katatonische, undifferenzierte, ...) wurde im DSM 5 wegen zu geringer Unterscheidbarkeit nach Dauer, Stabilität und Validität aufgegeben. Der schizo-affektiven Störung muss nun eine längere Episode von Stimmungsschwankungen vorausgegangen sein, um diagnostiziert werden zu können. Die Kategorie der dissoziativen Störungen ist in den Symptomen bei den Diagnosen Depersonalisationsstörung, dissoziativer Angst und dissoziativer Identitätsstörung deutlich verändert.



sind verändert. Sie geben dem direkten und indirekten Erleben des/der PatientIn mehr Raum. Dem Burnout-Syndrom wurde dagegen keine eigene Diagnose zugesprochen.

(entnommen dem File: changes-from-dsm-iv-tr—to-dsm-5)

Das DSM 5 ist weiterhin eine Klassifikation psychischer bis psychiatrischer Abweichungen aus der Sicht des/der außenstehenden „objektiven“ BeobachterIn. Aber es weist auch grundsätzliche Änderungen auf:

- ◆ Es zeigt insgesamt in seinen Bezeichnungen die Tendenz, von „Krankheiten“, einem Begriff der somatischen Medizin, zur Bezeichnung von „Störungen“ überzugehen – vielleicht eine Verschiebung von der den ganzen Menschen umfassenden Erkrankung zu einer Beeinträchtigung einer eigens abgrenzbaren Funktion des Menschen. Diese (subtile) Änderung wird im österreichischen Sprachgebrauch schon verwendet, unter den PsychotherapeutInnen spricht man von krankheitswertigen Störungen statt von psychischen Krankheiten.
- ◆ Eine weitere Neuerung im DSM 5 ist die deutlichere Abgrenzung von Varianten des normalen Lebens, die „eine klinische Intervention weder verlangen noch rechtfertigen“, von psychischen Störungen; als Beispiel wird hier Paraphilie als normale Variante angeführt, während eine paraphile Störung ein klinisches Eingreifen indiziert.
- ◆ Zudem wird in einigen, nicht vielen Diagnosen dem Erleben des/der PatientIn mehr Raum gegeben, z.B. bei den bipolaren Störungen, den Depressionen oder explizit bei den Stressdiagnosen. Das ist ein Gesichtspunkt, der in der *Diagnostischen Leitlinie* des BMG für psychotherapeutische Diagnosen schon in wesentlich weiterem Umfang verwirklicht ist. ◆



## Psychosoziale Einrichtungen in Wien stellen sich vor

An dieser Stelle veröffentlichen wir Selbstdarstellungen von Einrichtungen im psychosozialen Feld, die unmittelbar oder mittelbar mit Psychotherapie oder psychotherapeutischer Beratung / Begleitung zu tun haben. Wir wollen damit die Breite und Varietät der Einrichtungen in Wien abbilden; dazu laden wir Sie, unsere LeserInnen, herzlich ein, Ihre Einrichtung hier vorzustellen – oder uns auch Institutionen zu nennen, die hier dargestellt werden sollen.

### Selbsthilfegruppe „Alzheimer Austria“

#### Dementielle Erkrankungen aus der Sicht der Angehörigen

Die Alzheimerkrankheit ist die häufigste Ursache für Demenz und betrifft aufgrund der demographischen Entwicklung immer größere Teile der Bevölkerung. Die Hauptlast der Betreuung und Pflege dementer Menschen wird auch heute noch von den Familien getragen. 70–80% der demenzkranken Menschen leben zu Hause und werden von ihren nächsten Angehörigen betreut und gepflegt, nur 20–30% leben in Institutionen, vor allem in späteren Krankheitsstadien. Auch 25% der schwer dementen Menschen leben zu Hause in den Familien. Die Hauptbetreuenden sind die oft selbst schon betagten EhepartnerInnen, Töchter, Schwiegertöchter und Söhne und andere Verwandte sowie Freunde oder Nachbarn, wobei der Anteil an weiblichen Pflegepersonen überwiegt.

Durch die zunehmende Zahl an älteren Menschen wird die Anzahl der Demenzkranken in den nächsten Jahren signifikant steigen, die Betreuung wird immer mehr von Angehörigen übernommen werden müssen. Dies wird in Zukunft zu neuen Problemen führen, da die Zahl der Singlehaushalte zunimmt und weniger EhepartnerInnen die Bereitschaft und die Möglichkeit zur Pflege haben werden. Auch die Anzahl der professionellen BetreuerInnen wird zurückgehen, sowohl im mobilen als auch im stationären Bereich. Auch hier sind die Pflegenden in der Mehrzahl Frauen. Die Altenpflege steht daher in

den nächsten Jahren vor einer großen Herausforderung. Wachsende Betreuungsaufgaben werden bei verminderten familiären und personellen Ressourcen zu bewältigen sein.

Eine dementielle Erkrankung stellt für die Angehörigen der betroffenen Menschen eine große Herausforderung dar. Plötzlich sind sie mit weitreichenden Veränderungen konfrontiert. Sie müssen lernen, die vielfältigen Anforderungen, die durch die Erkrankung an sie gestellt werden, sowie die damit verbundenen unterschiedlichsten Aufgaben und unerwarteten Probleme zu bewältigen. Sie übernehmen die Verantwortung für das erkrankte Familienmitglied, verabreichen Medikamente, organisieren Arztbesuche und andere Therapien und führen schließlich auch pflegerische Maßnahmen durch.

Sie lernen, ihre Zeit genau einzuteilen, den Erkrankten eine gewisse Regelmäßigkeit, einen strukturierten Tagesablauf zu ermöglichen und nebenbei noch die alltäglichen Aufgaben zu erledigen. Der Haushalt muss geführt, Geschäftliches muss erledigt werden, die Aufgaben des Partners oder Elternteils müssen zusätzlich übernommen werden.

Die gewohnte Welt und das bisherige Leben verändern sich, und es heißt oft Abschied nehmen von einer gemeinsam geplanten Zukunft.



Es kommt zu weitreichenden psychischen Belastungen der pflegenden Angehörigen, oft treten Gefühle von Hilflosigkeit und Unsicherheit sowie Ärger und Wut auf, aber auch Schuld- und Schamgefühle, Verzweiflung und Trauer. Wissensdefizite bezüglich der Auswirkungen einer Demenzerkrankung reduzieren das Verständnis für die Krankheit und die Erkrankten.

Durch die nachlassenden Fähigkeiten und die zunehmenden Unselbständigkeit des erkrankten Menschen kommt es zu einem Wandel in den Rollenbeziehungen innerhalb der Familie. PartnerInnen müssen die Aufgaben des anderen zusätzlich übernehmen, Eltern werden zu Kindern. Für viele Menschen sind diese Verschiebungen in der Familie kaum zu ertragen, daher ziehen sich einzelne Familienmitglieder oft völlig zurück und brechen sogar jeglichen Kontakt zur Familie ab. Dies führt zu einer zunehmenden Vereinsamung und Isolation der Betreuenden. Darüber hinaus sind die Angehörigen mit der oft weitgehenden Persönlichkeitsveränderung eines geliebten und vertrauten Menschen konfrontiert und sind einem langjährigen und schmerzvollen Prozess des Abschiednehmens ausgesetzt. Die Alzheimer Krankheit ist geprägt von Verlusten. Einerseits verliert der von



der Krankheit betroffene Mensch nach und nach seine Fähigkeiten, seine Unabhängigkeit und Selbständigkeit und damit verbunden sein Selbstwertgefühl und oft auch seine Würde, andererseits bringt die Krankheit zusätzlich auch den Verlust der bisherigen partnerschaftlichen oder elterlichen Beziehung mit sich. Besonders schmerzvoll werden diese Veränderungen erlebt, wenn die Angehörigen von den Erkrankten nicht mehr erkannt werden.

Meist ist die Situation umso schwieriger, je näher die Angehörigen dem betroffenen Menschen stehen, sowohl räumlich als auch emotional. Die Begleitung und Pflege von demenzkranken Menschen erfordert Hilfestellung rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche, über viele Jahre.

Nahe Angehörige gehen oft völlig in der Pflege und Betreuung auf, Hilfe von außen wird zunehmend abgelehnt. Eigene Bedürfnisse und die Grenzen der eigenen Belastbarkeit können nicht wahrgenommen werden.

Zu den seelischen und körperlichen Belastungen kommen finanzielle Belastungen für Betreuung und Pflege, Hilfsmittel, Therapien, Medikamente, sowie Einbußen, die aufgrund eingeschränkter Arbeitszeiten, vorzeitiger Pensionierung und damit verbundenem Verdienstentgang entstehen.

### **Ohne entsprechende Unterstützung geraten Angehörige bald an die Grenzen ihrer Belastbarkeit**

Die größte Belastung für Angehörige von Menschen mit Demenz stellen aber die bei zwei Drittel aller Betroffenen auftretenden Verhaltensänderungen dar. Dazu zählen Unruhe und Herumwandern, gestörter Tag/Nachtrhythmus, ständiges Fragen, depressives oder aggressives Verhalten, Misstrauen und Beschuldigungen. Ohne entsprechende Hilfe und Unterstützung geraten die Betreuenden dadurch schnell an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Daher kommt es auch häufig zum

gefürchteten Angehörigen-Burnout und es ist wichtig, erste Anzeichen zu erkennen und die Angehörigen zu entlasten, um eine frühzeitige Institutionalisierung der Erkrankten zu vermeiden. Die Selbsthilfegruppe „Alzheimer Austria“ bietet den betroffenen Familien Beratung und Unterstützung im Rahmen von Einzelgesprächen oder regelmäßig stattfindenden Gesprächsrunden. Die Gruppe bietet die Möglichkeit neue Kontakte zu knüpfen und einen neuen Freundeskreis und Gesprächspartner zu finden. In der Gruppe erhalten die Angehörigen Anerkennung ihrer Leistungen und die Möglichkeit der Aussprache mit anderen Betroffenen, die ihre Anliegen verstehen. Viele müssen darin bestärkt werden, persönliche Bedürfnisse wieder wahrzunehmen und auf ihre eigene körperliche und psychische Gesundheit zu achten.

Die Gruppe bietet Beratung und Information zu allen relevanten Themen und auch praktische Unterstützung, wie Hilfe bei sozialen Problemen, Unterstützung beim Aufbau eines Helfernetzes und stellt Kontakte zu Hilfsorganisationen und gemeindenahen Einrichtungen her.

Viele Angehörige und Familien sind jahrelang mit der Selbsthilfegruppe in Kontakt. Sie suchen das Gespräch und den Austausch mit anderen Betroffenen und pflegen die Beziehung zu Menschen, mit denen sie ihre Sorgen und Erfahrungen teilen.

Bevor ich diesen Beitrag abschließe, möchte ich aber die Betroffenen selbst, die Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden, stärker in den Blickpunkt rücken.

Demenzerkrankungen werden heute in zunehmendem Maß schon in einem frühen Stadium diagnostiziert. Die Betroffenen entsprechen dadurch immer weniger dem herkömmlichen Bild der hilflosen Demenzkranken, die in erster Linie Versorgung und Pflege brauchen, sondern sind über lange Zeit in der

Lage, weiterhin ihr gewohntes Leben zu leben, Entscheidungen zu treffen, ihre Bedürfnisse mitzuteilen und ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu führen. Im Frühstadium der Erkrankung geht es vor allem darum, die Betroffenen darin zu unterstützen, ihre Fähigkeiten zu erhalten, die Teilnahme am sozialen Leben zu fördern und den Wunsch nach Selbstbestimmung anzuerkennen und umzusetzen.

In zunehmendem Maß suchen Menschen in den Anfangsstadien der Erkrankung Rat und Unterstützung in unserer Selbsthilfegruppe. „Alzheimer Austria“ sieht sich daher auch als Interessenvertretung der von Demenz betroffenen Menschen und bietet ihnen eine Plattform, ihre Wünsche und Anliegen zu formulieren und nach außen zu vertreten. In vielen Ländern haben sich Menschen mit Demenz bereits in Gruppen organisiert und treten selbst für ihre Anliegen ein. Sie halten Vorträge und Workshops auf nationalen und internationalen Kongressen und ermöglichen uns neue Erkenntnisse und Einsichten in das Leben mit einer dementiellen Erkrankung. Sie werden bereits in vielen Ländern in Entscheidungen der sie betreffenden Gesundheits- und Sozialpolitik mit eingebunden, wie z.B. bei der Erstellung von nationalen Demenzplänen oder zukünftigen Wohnformen und Wohnprojekten für Menschen mit Demenz.

Diese Entwicklung wird hoffentlich auch in Österreich zu neuen Konzepten in Diagnostik, Therapie und Betreuung führen und in der Folge zu einer Ausweitung der Angebote von Psychotherapie und psychologischer Beratung für Menschen mit Demenz. ♦



**Antonia Croy**  
**Alzheimer Austria**

Obere Augartenstraße  
26–28, 1020 Wien

alzheimeraustria@aon.at

www.alzheimer-selbsthilfe.at



# Das PsychologInnengesetz 2013

Gerhard Pawlowsky

Am 3.7.2013 wurde – etwas plötzlich – das neue PsychologInnengesetz (PsG), korrekt: *Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „PsychologIn“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie*, in der letzten Sitzung des Parlaments vor der Nationalratswahl im Herbst 2013 einstimmig beschlossen.

Der erste Entwurf datiert mit Oktober 2011; inzwischen wurde er mehrfach überarbeitet. Bis zuletzt war das PsychologInnengesetz, vor allem unter den PsychotherapeutInnen, umstritten, weil es die Funktionsbeschreibung der klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie etwas ausführlicher als das „alte“ Psychologengesetz aus dem Jahr 1990 beschreibt. Dies führte unter anderem auch zur ersten öffentlichen Demonstration von PsychotherapeutInnen, die vom ÖBVP und WLP organisiert wurde, und noch in letzter Minute eine Änderung herbeiführen wollte – was in einigen Bereichen auch gelang. Über die Forderungen des Berufsverbandes und den Aktionstag am 26.6.2013 wurde in den WLP-News 2/2013 ausführlich berichtet ([www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/wlp/WLP-news-2-2013.pdf](http://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/wlp/WLP-news-2-2013.pdf)).

Was ist aber nun das Neue am PsG 2013, das in vollem Umfang mit 1.7.2014 in Kraft tritt?

- ◆ Die Bezeichnung „PsychologIn“ bzw. „Psychologe“ ist nun an die Absolvierung einer einschlägigen Ausbildung gebunden und damit gesetzlich geschützt (§ 4).
- ◆ Der Umfang der Tätigkeitsbereiche

ist ausführlicher beschrieben (§§ 13 & 22). Für diese Tätigkeitsbereiche ist auch ein Tätigkeitsvorbehalt gesetzlich niedergeschrieben (§ 47).

- ◆ Der Zugang zur Ausbildung ist an die nunmehr geltenden Abschlüsse (Master) in Psychologie angepasst und wird nun – *dies ist vor allem im Zusammenhang mit BewerberInnen aus dem Ausland wichtig* – über eine Mindestanzahl der European Credit System Points (ECTS-Punkte) in Bezug auf bestimmte Inhalte geregelt (§ 7). *Dies war deshalb notwendig, weil die universitären Studiengänge inzwischen auf die Bologna-Struktur Bachelor/Master/Doktor umgestellt wurden.*
- ◆ Die – *damals vergleichsweise kurze* – postgraduelle Ausbildung wurde ausgedehnt und besteht nun aus einem gemeinsamen Grundmodul und zwei getrennten Aufbaumodulen für die beiden Richtungen (§§ 8, 14 & 24).
- ◆ Darin sind auch Erweiterungen im praktischen Teil vorgesehen; so haben klinische und GesundheitspsychologInnen nun auch Selbsterfahrung im Umfang von 76 Einheiten zu absolvieren; das Praktikum ist auf 1553 Einheiten (Gesundheitspsychologie) bzw. 2098 Einheiten (klinische Psychologie) ausgedehnt worden (ebda) und es ist ein größeres Ausmaß von 100 bzw. 120 Einheiten „Fachausbildungs“-Supervision erforderlich (ebd.).
- ◆ Hervorzuheben ist auch, dass das Praktikum nunmehr „im Rahmen von Arbeitsverhältnissen“ (§ 8 Abs 2) zu absolvieren ist, was bedeutet, dass das Praktikum in Form einer

Anstellung zu erfolgen hat – *eine langjährige Forderung, diese Ausbildung, die im Übrigen privat bezahlt wird, wenigstens im praktischen Teil der postgraduellen Ausbildung der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin bzw. zum/zur FachärztIn gleichzustellen.*

- ◆ Aber auch die Berufspflichten sind ausführlicher gefasst: Die Fortbildungspflicht ist mit 150 Einheiten in fünf Jahren (bisher in gemäß einer Fortbildungsrichtlinie, jedoch nicht im PsG selbst 90 Einheiten in 3 Jahren) festgesetzt (§ 33). Ebenso sind die Aufklärungspflicht (§ 34), die Auskunftspflicht (§ 36) und die Verschwiegenheitspflicht (§ 37) umfassender definiert.
- ◆ Die „Meldepflichten“ (§ 31) und die „Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen“ (§ 32) entsprechen im Wesentlichen dem bisher geltenden Gesetz. Neu ist festgehalten (und das entspricht der Umsetzung einer EU-Richtlinie), dass für erbrachte Leistungen eine klare Rechnung auszustellen ist (§ 32 Abs 6).
- ◆ Die Regelungen im Beschwerdefall sind nun differenzierter gefasst (§§ 21 & 30), *so dass nun vom Bundesministerium auch Maßnahmen verfügt werden können, wenn die Vertrauenswürdigkeit infolge einer Berufspflichtverletzung vermindert ist.*
- ◆ Auch die Dokumentationspflicht (§ 35) ist ausführlicher beschrieben. *Diese Regelung ist nicht nur eine in den 23 Jahren des bisherigen PsGes aufgekommene Notwendigkeit, auch sie entspricht der Umsetzung einer EU-Richtlinie.*

- ◆ *Das gleiche gilt für die verpflichtende Haftpflichtversicherung für selbstständig tätige klinische bzw. GesundheitspsychologInnen (§ 39) (mit einer Schadenssumme von 1 Mio. Euro) – die, und das ist wichtig – wegen der erforderlichen Umsetzung einer EU-Richtlinie bereits vorzeitig, nämlich am **25.10.2013** in Kraft tritt.*
- ◆ *Zuletzt wird auch der Psychologenbeirat – ein Gremium, das vor bedeutsamen Entscheidungen anzuhören ist – neu geregelt: Er wird nun überwiegend aus VertreterInnen der Berufs- und Tätigkeitsbereiche zusammengesetzt sein, dafür aber zusätzlich einen Ausschuss des Psychologenbeirats – *als eine Art „handlungsfähiger Gruppe“* – erhalten (§§ 41–45).*

Das PsychologInnengesetz 2013 ist wesentlich umfangreicher als das Gesetz aus dem Jahre 1990. Es wird die Ausübung der angewandten Psychologie im Gesundheitsbereich noch professioneller machen und – hoffentlich – auch die Administration erleichtern. Und es bildet die in den 23 Jahren seit der ersten gesetzlichen Regelung der klinischen und Gesundheitspsychologie entstandene Realität der Berufsgruppe mit inzwischen rund 8000 Angehörigen auf dem heutigen Stand ab. Die Berufsgruppe der PsychologInnen im Gesundheitsbereich ist etabliert und leistet ihren Beitrag zur psychosozialen Versorgung.

Die Sorge der PsychotherapeutInnen – eine ebenso große Gruppe – galt und gilt der Frage, ob das Budget der Krankenkassen für die Psychotherapie ge-

kürzt wird, wenn die klinische Psychologie eine Refundierung der Kassen für psychologische Behandlung erreicht, was ein deklariertes Ziel dieser Berufsgruppe ist. Aber zuletzt wird das auch eine Frage der Zusammenarbeit der beiden benachbarten Berufsgruppen und ihrer Performance in der Öffentlichkeit sein – und nicht weniger auch eine Frage des wissenschaftlichen Nachweises der Wirksamkeit der angebotenen Behandlungen.

Die PsychotherapeutInnen erhoffen gleichzeitig ein rasches legislatives Nachziehen in Form einer Neufassung des Psychotherapiegesetzes; vielleicht kann ein solches Gesetz – wie das mit dem gleichzeitigen Beschluss von Psychologen- und Psychotherapiegesetz im Jahr 1990 war – ebenso mit 1.7.2014 in Kraft treten. ◆

# IMAGOPaartherapie

## Fortbildung mit Evelin & Klaus Brehm

Beginn September 2014

### Basic Clinical Track für PsychotherapeutInnen



bezahlte Anzeige

**Imago** hat sich in den letzten 15 Jahren als Paartherapieform in Österreich etabliert. Die vom ÖBVP anerkannte methodenerweiternde Fortbildung ermöglicht PsychotherapeutInnen, mit einer gut fundierten Theorie und einem klaren Methoden- und Interventionsset mit Paaren in der eigenen therapeutischen Praxis zu arbeiten. Viele Paare schätzen, wie schnell sich ihre Beziehung durch Imago positiv und anhaltend verändert.

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

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

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



## PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) im Austausch

Gerhard E. Bruckner

Am 30. Juni trafen Karin Fidler und ich als VertreterInnen des KandidatInnenforums Manuel Becker von „PiA für gerechte Bedingungen“, einem bundesweiten Zusammenschluss von PsychotherapeutInnen in Ausbildung, die sich für bessere Bedingungen – vor allem in ihrer praktischen Tätigkeit – einsetzen. Wir wollten mehr über die Situation unserer deutschen KollegInnen erfahren und besser verstehen, wie es gelungen ist, die Anliegen der PiA auf die Straße und in die Medien zu bringen. Manuel Becker kam für sein Psychologiestudium nach Österreich. Als er vor knapp einem Jahr mit einem Abschluss von der Karl-Franzens-Universität Graz zurück nach Berlin zog, um seine Therapieausbildung in „tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie“ an der Psychologischen Hochschule Berlin zu beginnen, waren die PiA-Proteste dort bereits in vollem Gange. Durch die starke Online-Präsenz der PiA-Bewegung und dem Medienecho wurden auch wir in Österreich im Herbst 2012 auf diese Aktivitäten aufmerksam. Manuel selbst ist damals über Facebook zur Berufspolitik gekommen und arbeitet gemeinsam mit anderen daran, die Protestbewegung von der Straße auf einer politischen Ebene fortzusetzen und zu organisieren.

### Die psychotherapeutische Berufsvertretung in Deutschland ...

ist für uns auf den ersten Blick schwer durchschaubar. Neben den Kammern existieren ca. 30 Verbände vor dem Hintergrund, dass PsychotherapeutInnen aus dem medizinischen, psychologischen oder pädagogischen Bereich kommen. Diese unterschiedlichen Zu-

gänge wurden übrigens 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz gleichgestellt: Alle PsychotherapeutInnen haben Facharztniveau, z.B. können sich PatientInnen ohne ärztliche Überweisung direkt an einen Psychotherapeuten bzw. eine Psychotherapeutin wenden.

Als Psychologe ist Manuel Mitglied im VPP, dem Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP, dem Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen.

Psychotherapeutenkammern, teilweise mit Pflichtmitgliedschaft, existieren in 11 Bundesländern. Die Bundesebene der Landesvertretung – die sogenannte Bundespsychotherapeutenkammer – ist wiederum keine Körperschaft öffentlichen Rechts, sondern ein eingetragener Verein, der Erfahrungsaustausch und Abstimmung zwischen den Länderkammern sowie eine gemeinsame Vertretung gegenüber Politik und Öffentlichkeit leisten soll. In diesen Kammerlösungen ist die Mitwirkung von AusbildungskandidatInnen und die Vertretung ihrer Anliegen oftmals nicht vorgesehen bzw. nachrangig. Beispielsweise können seit 2008 KandidatInnen Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Berlin ([www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)) werden – allerdings mit einem „Gaststatus“ ohne Wahl- und Stimmrecht.

Somit ist es PiA bisher noch selbst überlassen, sich zu organisieren. Auf Landesebene existiert z.B. in Berlin, das Berliner PiA-Forum ([www.piaforum.de](http://www.piaforum.de)) mit Delegierten der 21 in Berlin ansässigen Ausbildungsinstitute. Ähnliche Organisationen auf Landesebene bestehen derzeit in Hamburg

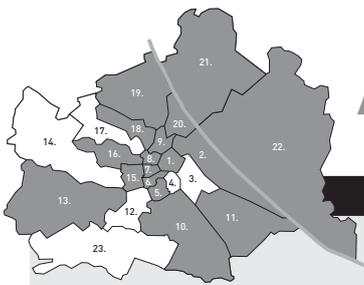


Karin Fidler, Manuel Becker

und Nordrhein-Westfalen. Die PiA waren bundesweit bisher nicht organisiert vertreten; somit war es schwer, mit einer Stimme zu sprechen, obwohl ein großer Konsens in den Anliegen und Forderungen wahrzunehmen war. 2012 wurden die sogenannten „PiA-Politik-Treffen“ ins Leben gerufen, welche zwei Mal pro Jahr stattfinden – das letzte Mal sogar mit rund 60 TeilnehmerInnen. Im Rahmen des vierten PiA-Politiktreffens im Herbst unter dem Motto „Was können wir konstruktiv zum Reformprozess beitragen?“ soll u.a. auch ein Gütesiegel für Praktika bzw. Praktikumsstellen, wie es auch im ÖBVP angedacht wird, diskutiert werden. Ebenso sollen Qualitätskriterien für Ausbildungsinstitute, vor allem im Bereich der Kostentransparenz, entwickelt werden.

### ... und bei uns?

Auch wenn die Psychotherapieausbildungen in Deutschland und Österreich – nicht zuletzt durch die stark unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen – sehr verschieden sind, stehen wir vor ähnlichen Herausforderungen: Wir erbringen in unserer praktischen Tätigkeit relevante Leistungen für das Gesundheitssystem und tun dies in den meisten Fällen weder adäquat bezahlt noch voll sozialversichert. Was das Engagement in der berufspolitischen Arbeit der KandidatInnen betrifft, wollen wir uns von den deutschen KollegInnen ein wenig anstecken lassen. ◆



# Aktuelles aus den Bezirken



## Die nächsten Termine der WLP-Bezirkstreffen

### 1. Bezirk

Neue Termine auf der Website des WLP unter:  
*Bezirkskoordination*  
Kontakt: Dr.<sup>in</sup> Doris Fastenbauer (BK)  
E: dfastenbau@aol.com  
T: 0664 / 513 32 26

### 2./20. Bezirk

6. 11. 2013, 19.30 Uhr, Ort wird noch bekanntgegeben,  
1020/1200 Wien  
Kontakt: Dr.<sup>in</sup> Sonja Brustbauer (BK)  
E: sbrustbauer@utanet.at  
T: 0650 / 350 28 28

### 5./6. Bezirk

Neue Termine auf der Website des WLP unter:  
*Bezirkskoordination*  
Kontakt: Caroline Raich-Wimmer, MSc (BK),  
Erika Schedler, MSc (BK-Stv.)  
E: caroline.raich-wimmer@hypnopsy.at  
T: 0699 / 1058 1270

### 7./8. Bezirk

Neue Termine auf der Website des WLP unter:  
*Bezirkskoordination*  
Kontakt: Mag.<sup>a</sup> Gabriele Lang (BK)  
E: gabriele.lang@reflex.at  
T: 0681 / 1071 2044

### 9. Bezirk

4. 10. 2013, 17.30 Uhr, Café Stein,  
Währinger Straße 6–8, 1090 Wien  
Kontakt: Mag.<sup>a</sup> Raphaela Kovazh (BK)  
E: r.kovazh@imlotsein.com  
T: 0664 / 8851 3143

### 10./11. Bezirk

12. 11. 2013, 18.00 Uhr, Praxis, Favoritenstraße 81/40,  
1100 Wien  
Kontakt: Mag.<sup>a</sup> Petra Marksteiner-Fuchs, MSc (BK)  
E: mag.petra.marksteiner-fuchs@tmo.at  
T: 0660 / 813 62 75

### 13. Bezirk

Neue Termine auf der Website des WLP unter:  
*Bezirkskoordination*  
Kontakt: DSA Reinhard Möstl, MSc (BK)  
E: rmoestl@aon.at  
T: 0699 / 1877 8778

### 15./16. Bezirk

1. 10. 2013, 20.00 Uhr, Praxis, Enekelstraße 32/15,  
1160 Wien  
Kontakt: Mag.<sup>a</sup> Gertrud Baumgartner (BK),  
Heidemarie Kamleithner (BK-Stv.)  
E: gertrud.baumgartner@praxis1160.at  
T: 01 / 494 36 76

### 18. Bezirk

7. 10. 2013, 19.15 Uhr, Restaurant Koinonia,  
Klostergasse 37, 1180 Wien  
Kontakt: Lisa Köhler-Reiter (BK)  
E: lisa.koehler@aon.at  
T: 0664 / 220 27 98

### 19. Bezirk

21. 10. 2013, 20.00 Uhr, Praxis,  
Sieveringer Straße 135/1/7, 1190 Wien  
Kontakt: Ursula Kren-Kwauka (BK),  
Mag.<sup>a</sup> Helga Ranzinger (BK-Stv.)  
E: kren.kwauka@gmail.com  
T: 0699 / 1111 0633

### 20./2. Bezirk

6. 11. 2013, 19.30 Uhr, Ort wird noch bekanntgegeben,  
1020/1200 Wien  
Kontakt: Dr.<sup>in</sup> Sonja Brustbauer (BK)  
E: sbrustbauer@utanet.at  
T: 0650 / 350 28 28

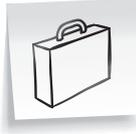
### 21. Bezirk

Neue Termine auf der Website des WLP unter:  
*Bezirkskoordination*  
Kontakt: Dipl.Päd.<sup>in</sup> Sonja Razenberger (BK),  
DSP<sup>in</sup> Judith Rupp (BK-Stv.)  
E: sonja.razenberger@aon.at  
T: 0664 / 486 94 80

### 22. Bezirk

2. 10. 2013, 19.15 Uhr, Vernetzung und Vortrag  
„Kunsttherapie erleben“,  
Vortragende: Elisabeth Banach, Kunsttherapeutin.  
27. 11. 2013, 19.15 Uhr, Vernetzung und Vortrag  
„Geschlechtersensible Psychotherapie“,  
Vortragende: Gabriele Hasler, Psychotherapeutin und  
Akademische Referentin für Feministische Bildung  
und Politik.  
Praxis 22, Wulzendorfstraße 30B, 1220 Wien  
Kontakt: Gabriele Hasler (BK), Dr.<sup>in</sup> Karin Beringer (BK-Stv.)  
E: gabriele.hasler@aon.at  
T: 0664 / 867 07 03

# Das WLP-Team



## Vorstand:



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



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

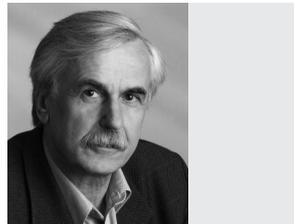


**Béa Pall**, Jg. 1965, Ausbildung zur systemischen Familientherapeutin (ÖAGG Wien; Insituit ISIS), eingetragen seit 1997, Supervisorin und Coach (ÖAGG OE), in freier Praxis tätig, Schulpsychotherapeutin an einer priv. Volksschule, Publikationstätigkeit. Berufspolitik: 1999 Moderation der Veranstaltungsreihe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



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

## Mitarbeit im Vorstand:



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



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



## Öffnungszeiten des Büros

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

**Delegierte in das Länderforum:**

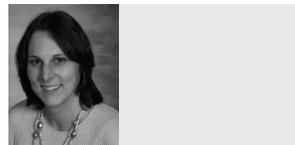
**Gerhard Delpin**, MSc, Psychoanalyse und Selbstpsychologie, langjährige Erfahrung im stationären Bereich mit SuchtpatientInnen (Psychotherapie/ Erlebnistherapie), seit Mai 2007 als Kindertherapeut in der „Child Guidance Clinic“ angestellt, in freier Praxis tätig. [gerhard.delpin@drei.at](mailto:gerhard.delpin@drei.at)



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



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



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

**Rechnungsprüferinnen:**

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



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

**Informationsstelle:**

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

**Telefonische Beratung**

unter T: 01/ 512 71 02

Montag, Donnerstag: 14–16 Uhr

**Persönliche Beratung**

(kostenlos und unverbindlich)

Es wird um Terminvereinbarung während der tel.

Beratungszeiten ersucht.

Montag, Donnerstag: 16–17 Uhr

WLP-Büro, Löwengasse 3/5/6,

1030 Wien

**Schriftliche Anfragen** unter

[wlp.infostelle@psychotherapie.at](mailto:wlp.infostelle@psychotherapie.at)

**Kommission „Psychotherapie in Institutionen“:**

**Evelyn Mohr**, Mag.<sup>a</sup>, **Gerhard Delpin**, MSc,

für das Bundesland Wien

- Vertretung der Psychotherapie in Institutionen

- Vertretung der in Institutionen beschäftigten PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen i.A.

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

Mag.<sup>a</sup> Evelyn Mohr, Psychotherapeutin, Systemische Familientherapie, Psychologin; tätig im Akutteam Niederösterreich, dzt.: Evaluation der Dokumentation und Einsätze im Rahmen der Dissertation und freie Praxis

**Beschwerdestelle:**

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

**Es wird um Schriftliche**

**Anfragen ersucht** unter [wlp.beschwerden@psychotherapie.at](mailto:wlp.beschwerden@psychotherapie.at)

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

in Kooperation mit dem Österr. Zentrum für Kriminalprävention



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



Nächste **WLP NEWS**:

Redaktionsschluss: 10. November 2013

Erscheinungstermin: 20. Dezember 2013

Erscheinungsweise 4 x jährlich

