ÖAGG | FEEDBACK 1&2/2021

Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung

COVID-19 Forschung

Mit Beiträgen von:

Norbert Wißgott, Markus Hochgerner

Claudia Höfner, Gerd Mantl, Christian Korunka, Markus Hochgerner, Magdalena Straßer

Gerd Mantl, Claudia Höfner, Robert Stefan, Julia Stammer, Markus Hochgerner

Hannah Bischof, Günter Dietrich, Aglaja Przyborski, Vanja Poncioni-Rusnov

Peter Christian Endler

ÖAGG Feedback

Doppelheft 1&2 2021

Herausgeber*innen
Claudia Höfner & Karin Zajec

Herausgeber*innen der Schwerpunktausgabe
Claudia Höfner & Karin Zajec

Forschungsbeirat des ÖAGG
Prof.Mag. Dr. Günter Dietrich
Prof. (FH) Kurt Fellöcker, MA MSc
Markus Hochgerner, MSc MSc
Mag.a Dr.in Claudia Höfner, MSc
Ao. Univ. Prof. Mag. Mag. Dr. Johannes Krall
Mag.a Dr.in Elisabeth Krommer
Dr. Helmut Kronberger, MSc
Mag. Dr. Martin Alois Luger
Mag.a Liselotte Nausner
Univ.-Prof.in Dr.in Aglaja Przyborski
Ao. Univ. Prof.in Dr.in Dr.in Gabriele Sachs
Dr. Klaus Schulte
PD Mag. Dr. Dr. Human-Friedrich Unterrainer
Mag. Dr. Peter Weisz
Ass.-Prof. Mag. Dr. Michael Wieser
Mag. Ernst Windischgraetz

Internationaler Beirat
Dr.in Renate Cogoy, *Triest*
Dr. Robi Friedman, *Haifa*
Zerka Moreno, *Charlottesville VA* †
Prof. Dr. Josef Shaked, *Wien und Altaussee*

Inhalt

Editorial 5

Fachbeiträge 8

30 Jahre Psychotherapiegesetz in Österreich – Geschichte, Status quo und Ausblick
Norbert Wißgott, Markus Hochgerner 8

Psychotherapie in Zeiten der COVID-19-Pandemie: Veränderung der Arbeitsbedingungen in der Versorgungspraxis
Claudia Höfner, Gerd Mantl, Christian Korunka, Markus Hochgerner, Magdalena Straßer 23

Psychotherapie in der Krise. Eine Längsschnittstudie zur Lebens- und Arbeitssituation von PsychotherapeutInnen.
Gerd Mantl, Claudia Höfner, Robert Stefan, Julia Stammer, Markus Hochgerner 38

Wie kommen psychisch erkrankte Personen durch die COVID-19-Krise? Eine empirische multimethodische Studie mit Daten von PatientInnen in gruppentherapeutischer Behandlung
Hannah Bischof, Günter Dietrich, Aglaja Przyborski, Vanja Poncioni-Rusnov 55

Jung gegen Alt? Corona-Logbuch eines Psychotherapeuten
Peter Christian Endler 75

Neue Mitglieder 85

Gruppenangebote 87

Crossover 102

ÖAGG VORSTAND

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser!

Editorial

Mit März 2020 hat sich unsere Welt massiv verändert und die weiteren Entwicklungen rund um COVID-19 waren noch ungewiss, aber eines war klar: Hier passiert etwas Besonderes und es wird Auswirkungen haben. Rasch wurde in den Forschungsbeiräten des ÖAGG sowie der PTA das Bedürfnis formuliert, diese Entwicklungen zu beforschen und Veränderungen, die gerade passieren, zu erheben. Dies ist einerseits dem wissenschaftlichen Interesse geschuldet, kann aber auch als Versuch des Umgangs, eine im Hier und Jetzt beginnende Entwicklung zu „fassen", interpretiert werden. Durch Initiativen Einzelner bzw. von Gruppierungen wurden parallel mehrere Forschungsprojekte innerhalb des ÖAGG, teils mit KooperationspartnerInnen, gestartet. Es freut uns, aktuelle Ergebnisse einiger Forschungsprojekte im nun vorliegenden Heft zu präsentieren.
Gemäß dem im ÖAGG Leitbild formulierten Ansatzes kam es dadurch zur „Erforschung und Förderung des Individuums in seiner sozialen Einbettung" (Leitbild ÖAGG, 2016) und zeigt, welch lebendige Organisation der ÖAGG ist/sein kann. Gerade in Zeiten großer Herausforderung und auch Belastungen kann es hilfreich sein, stattfindende Dynamiken strukturiert zu betrachten im Versuch deren Auswirkungen einzuordnen.
Das vergangene Jahr zeigt uns auch in beeindruckender und teils beklemmender Weise die Bedeutung der psychosozialen Berufsgruppen auf und lässt die, im ersten Artikel des aktuellen Hefts beschriebene, Geschichte des Psychotherapiegesetzes noch einmal in anderem Licht erscheinen.

Eine Generation nach der gesetzlichen Absicherung des Berufsstandes der PsychotherapeutInnen zur eigenständigen psychotherapeutischen Behandlung psychisch Erkrankter beleuchten **Norbert Wißgott** und **Markus Hochgerner** in ihrem Jubiläumsartikel **„30 Jahre Psychotherapiegesetz in Österreich – Geschichte, Status quo und Ausblick"** die Geschichte des Berufsstandes sowie die aktuellen Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Behandlungsangebote und deren Weiterentwicklung. Sie kommen zu dem kritischen Schluss, dass die akademische Vernetzung und allmähliche Festigung der Psychotherapie zwar eine wissenschaftlich evaluierte Form annimmt

und die grundlegenden Qualitätsstandards zur Ausbildung auf hohem Niveau etabliert erscheinen, bemängeln jedoch, dass die soziale und rechtliche Absicherung der Psychotherapie im Krankenversorgungssystem weiterhin nur lückenhaft vollzogen wurde.
Dem COVID-19-Schwerpunkt des vorliegenden Heftes entsprechend präsentieren **Claudia Höfner**, **Gerd Mantl, Christian Korunka, Markus Hochgerner** und **Magdalena Straßer** in ihrem Beitrag **„Psychotherapie in Zeiten der COVID-19-Pandemie: Veränderung der Arbeitsbedingungen in der Versorgungspraxis“** erste Ergebnisse einer groß angelegten Studie des ÖAGG in Kooperation mit der Universität Wien. In dieser Studie wurden die Auswirkungen der Pandemie auf die Arbeitssituation der PsychotherapeutInnen hinsichtlich der Veränderung der Arbeitszeit, deren Zufriedenheit mit der Arbeit über Sprach- und Videotelefonate und die Veränderung der Themen in den Psychotherapien quantitativ und qualitativ untersucht. Für viele PsychotherapeutInnen kam es erstmalig zu therapeutischen Beziehungserfahrungen über Sprach- oder Videotelefonate. Es zeigt sich, dass es zu einem deutlichen Rückgang der Behandlungsstunden kam, diese jedoch zum Teil durch virtuelle Kontaktsettings kompensiert werden konnten. Die Einschätzungen der Arbeit mit Teletherapie sind weitgehend positiv.
Im Beitrag **„Psychotherapie in der Krise. Eine Längsschnittstudie zur Lebens- und Arbeitssituation von PsychotherapeutInnen“** von **Gerd Mantl, Claudia Höfner, Robert Stefan, Julia Stammer** und **Markus Hochgerner** werden die Ergebnisse der COVID-19-Längsschnittstudie des ÖAGG dargestellt. Der Fokus liegt auf Reflexionen von PsychotherapeutInnen während der Krise, auf Selbsteinschätzung bezüglich Lebensqualität, Resilienz und affektive Gestimmtheit, der Lebens- und Arbeitssituation von PsychotherapeutInnen sowie deren Sorgen, Ängste und Zukunftserwartungen. Dabei konnten eine überdurchschnittlich hohe Lebensqualität, Resilienz und positive Affektivität festgestellt werden, wobei sich die Einschätzungen über den Zeitraum verändern. Außerdem verändert sich die Gewichtung bei Sorgen und Ängsten sowie den Zukunftserwartungen bezüglich der COVID-19-Krise über den Untersuchungszeitraum.
Eine weitere Untersuchung des ÖAGG widmet sich der Frage **„Wie kommen psychisch erkrankte Personen durch die COVID-19-Krise?“** mit dem Schwerpunkt auf gruppentherapeutische Behandlungssettings. Die multimethodische Längsschnittstudie von **Hannah Bischof, Günter Dietrich, Aglaja Przyborski** und **Vanja Poncioni-Rusnov** wurde an der ÖAGG-psychotherapeutischen Ambulanz pta durchgeführt und beschäftigt sich mit der Frage nach den Auswirkungen der COVID-19 Krise auf Belastungserleben und Symptomatik der PatientInnen sowie auf die Gruppentherapie. Um tieferen Einblick in das Belastungserleben und die Bewältigungsmechanismen zu erhalten, wurden rund 400 PatientInnen zu zwei Zeitpunkten befragt sowie 12 narrative Interviews geführt. Außerdem wurde die Einschätzung der PsychotherapeutInnen

tiefenhermeneutisch untersucht. Die Ergebnisse bilden ab, dass die COVID-19 Krise auf individuell unterschiedliche Lebensrealitäten trifft. Diese verschiedenen Lebensumstände wiederum beeinflussen stark, in welcher Art die Krise sich subjektiv beeinträchtigend und belastend oder in manchen Fällen auch hilfreich oder erleichternd auswirkt.

Den Abschluss unseres COVID-19-Schwerpunktheftes macht **Peter Christian Endler** mit seinem Beitrag **„Jung gegen Alt? Corona-Logbuch eines Psychotherapeuten“**. Mithilfe der Reflexion der eigenen psychotherapeutischen Arbeit mit pflegenden Angehörigen sowie unter systematischer Auswertung von relevanten Beiträgen einer Tageszeitung zeichnet der bewusst assoziative Artikel ein Stimmungsbild: Zum Umgang von Jung und Alt, d.h. zum Verhältnis der Generationen zu Beginn der COVID-19-Krise, zu Ambivalenzen, die sich abzeichnen, zu ethischen Versuchungen angesichts der Möglichkeit faschistoider, demografischer Bereinigung‘, zu einem neuen Bewusstwerden der Endlichkeit des Lebens und der Natürlichkeit des Sterbens. Der Autor verweilt bei diesen Themen, da er über seine eigenen inneren Haltungen – auch die versteckten, verdeckten, verschleierten – gut Bescheid wissen möchte. Weiter will er gerüstet sein, seine betreuenden und pflegenden KlientInnen zu verstehen, das Unbehagen, das ihnen ihre Ambivalenzen den Gepflegten gegenüber bereiten, das Grauen, das manche Selbsteinsichten auslösen können.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre mit diesem Heft!

Karin Zajec und Claudia Höfner

Literatur

ÖAGG, (2016). Das Leitbild des ÖAGG. https://www.oeagg.at/dl/qkktJKJKoKKJqx4KJK/_AGG_Leitbild_2016.pdf (Abruf am 23.03.2021)

30 Jahre Psychotherapiegesetz in Österreich – Geschichte, Status quo und Ausblick

Norbert Wißgott, Markus Hochgerner

Abstract

In Anbetracht der historischen Entwicklung beleuchtet der vorliegende Text die aktuellen Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Behandlungsangebote und deren Weiterentwicklung, eine Generation nach der gesetzlichen Absicherung des Berufsstandes der PsychotherapeutInnen zur eigenständigen psychotherapeutischen Behandlung psychisch Erkrankter. Während die akademische Vernetzung und allmähliche Festigung der Psychotherapie eine wissenschaftlich evaluierte Form annimmt und die grundlegenden Qualitätsstandards zur Ausbildung auf hohem Niveau etabliert erscheinen, wird die soziale und rechtliche Absicherung der Psychotherapie im Krankenversorgungssystem weiterhin nur lückenhaft vollzogen.

Einleitung

Am 1. Jänner 1991 trat das österreichische Psychotherapiegesetz in Kraft. Beschlossen wurde es vom Nationalrat am 7. Juni 1990. Da diesem Nationalratsbeschluss ein langes Ringen der Sozialversicherungsträger, Interessensverbände wie Ärztekammer und Psychologenverband sowie der damaligen Psychotherapieszene vorausgegangen war, plädiert Honorarprofessor Michael Kierein in seinem Vortrag bei den 16. Kremser Tagen, den Tag der Beschlussfassung als Geburtstag dieses Gesetzes zu deklarieren (Kierein 2019). Die Geschichte genau dieses Ringens um das Psychotherapiegesetz wird im ersten Abschnitt dieses Artikels "30 Jahre Psychotherapiegesetz in Österreich – Eine Geschichte" von Norbert Wißgott erzählt. Markus Hochgerner beleuchtet im zweiten Abschnitt „30 Jahre Psychotherapiegesetz in Österreich – eine Erfolgsgeschichte?" das aktuelle Berufsfeld der PsychotherapeutInnen, dessen Veränderung im Laufe der vergangenen dreißig Jahre und die möglichen Weiterentwicklungen, die Überlegungen zur Reform des Psychotherapiegesetzes sowie die aktuellen Bruchlinien und Kooperationsmöglichkeiten mit den angrenzenden Heilberufen Medizin, Psychologie und dem psychosozialen Berufsfeld.

Mit diesem Artikel wollen die Autoren einen Beitrag leisten zur Information über die aktuellen Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Behandlungsangebote und deren aktuelle Weiterentwicklung, in Anbetracht der historischen Entwicklung.

30 Jahre Psychotherapiegesetz in Österreich – Eine Geschichte

Die Entstehungsgeschichte des österreichischen Psychotherapiegesetzes beginnt in der wilden Zeit der 60er, 70er und 80er Jahre des letzten Jahrhunderts und ist voller Konflikte. Die damit verbundenen Spannungen wirken sich bis heute aus. Die Atmosphäre der damaligen Szene kann man als Psychoboom bezeichnen (Wißgott 2011, 2015). Universitätsprofessor Hans Strotzka hielt psychoanalytische Vorlesungen an der Universität Wien und wurde dafür aufgrund des damals psychotherapieskeptischen Feldes der Medizin für mutig gehalten (Hauer 2000). Es gab einige wenige außeruniversitär organisierte Ausbildungs- oder Fortbildungsformen und Fortbildungsträger in diesem Feld. Die Nachfrage zu derartigen Bildungsangeboten war groß. Dementsprechend kam es zu zahlreichen Vereinsgründungen sowie Entwicklungen von Aus- und Fortbildungsmodellen. Folglich bestand eine chaotische, wenig strukturierte Situation, aus der sich allmählich eine Clusterung der Grundströmungen der Psychotherapie und zugleich eine Abgrenzung der unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen herauskristallisierte. Gleichzeitig waren die Trennlinien zwischen Ausbildung, Fortbildung, Therapie, Selbsterfahrung und Beratung oft undeutlich, was zu Verstrickungen führte. Ein frei kombinierter, ausbildungsmäßiger Konsum dieser unterschiedlichen Bildungsangebote war Usus (Wißgott 2011, 2015).

Währenddessen wurde aber auch die psychotherapeutische Unterversorgung in der Bevölkerung immer deutlicher (Hauer 2000). All diese Entwicklungen wurden von einem wachsenden Interesse der medialen Berichterstattung an diesem Thema begleitet. Michael Kierein, der später vom Gesetzgeber beauftragte Verfasser des Psychotherapiegesetzes, bezeichnete die damalige psychotherapeutische Versorgungssituation aufgrund mangelhafter gesetzlicher Rahmenbedingungen als „Wildwuchs“ (Wißgott 2011, S. 138). Folglich wurde Psychotherapie von sogenannten nichtärztlichen PsychotherapeutInnen häufig als psychologische Beratung in gewerberechtlichem Rahmen angeboten. Dieses Angebot wurde zwei Jahre vor dem Psychotherapiegesetz in Form der Lebens- und Sozialberatung gesetzlich geregelt. Das löste allerdings nicht das Problem einer fehlenden Regelung der Psychotherapie. Obendrein wurde dadurch dem psychologischen Berufsstand sein Tätigkeitsschutz aberkannt. Sowohl die fehlende Qualitätssicherung für PatientInnen, als auch die fehlende Rechtssicherheit für TherapeutInnen außerhalb der Medizin in Form einer strafrechtlichen Bedrohung durch den „Kurpfuschereiparagraphen“ (Wißgott 2015, S. 33) nach dem Ärztegesetz machten eine baldige gesetzliche Regelung der Psychotherapie notwendig.

Die Entstehung des Gesetzes wurde von unterschiedlichen Interessensgruppen beeinflusst. Die psychotherapeutische Szene setzte sich anteilsmäßig gerundet zu 22 % aus

ÄrztInnen, zu 37 % aus PsychologInnen und zu 41 % aus anderen Berufsgruppen wie SozialarbeiterInnen, StudenInnen, PädagogInnen, TheologInnen, SoziologInnen und sonstigen zusammen (Jandl-Jager & Stumm 1988). Daher gab es regen Lobbyismus mehrerer Interessensvertretungen. Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) wurde zwar von allen anderen nichtärztlichen Berufsgruppen als mächtig wahrgenommen, zeigte aber aus Sicht psychotherapeutisch tätiger ÄrztInnen zu wenig Engagement für das Thema Psychotherapie.

Die damalige psychotherapeutische Elite kam jedoch aus dem ärztlichen Feld. Hans Strotzka war Leiter des Lehrstuhls für Tiefenpsychologie und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien, Erich Pakesch und Wolfgang Wesiack waren ebenso tiefenpsychologisch sozialisierte Leiter der Lehrstühle für Psychologie und Psychotherapie in Graz und Innsbruck (Wißgott 2011, 2015). Raoul Schindler war Primarius einer psychiatrischen Abteilung an der Baumgartner Höhe in Wien und gründete 1959 den Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik – ÖAGG (Ertl 2005). Erwin Ringel war als Individualpsychologe Ordinarius für Medizinische Psychologie in Wien (Sonneck 2005). Walter Spiel hatte als Individualpsychologe die Professur für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters an der Universitätsklinik in Wien inne (Wißgott 2011). Deren Visionen waren unterschiedlich. Strotzka und Pakesch wollten eine Einigkeit der psychosozialen Szene. Wesiack wünschte sich ein international beispielgebendes Modell für eine lehr- und lernbare Psychotherapie. Schindler und Ringel strebten eine gesicherte ambulante, psychotherapeutische Versorgung an. Für Walter Spiel sollte die Psychotherapie eine ärztliche Domäne bleiben. Damit repräsentierte er die Meinung eines beachtlichen Teiles psychotherapeutisch tätiger ÄrztInnen (Wißgott 2011). Zumindest wollten diese ein Delegationsprinzip nach suffizienter medizinischer Abklärung und Diagnostik psychotherapeutischer PatientInnen vor deren Therapie.

Der Berufsverband Österreichischer Psychologen (BÖP) vertrat eine recht inhomogene Berufsgruppe, da sich der psychologische Arbeitsbereich wie heute auch über das Feld der Medizin hinaus erstreckte. Früher als die ÖÄK erkannte der BÖP die Psychotherapie als wichtiges standespolitisches Thema. Mit der Vorlage eines Gesetzesentwurfes 1978 setzte sich der Berufsverband dafür ein, dass die Ausübung von Psychotherapie allein klinischen PsychologInnen vorbehalten sein sollte. Außerdem forderte der vor Beschluss des Gesetzes durch die Präsidentin Christine Butschek vertretene BÖP einen Titel- und Tätigkeitsschutz für PsychologInnen. Die durch Heiner Bartuska repräsentierte „Gewerkschaftsgruppe“ als Teil der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten setzte sich insbesondere für Rechtssicherheit von klinischen PsychologInnen

und PsychotherapeutInnen ein. Die Gewerkschaftsgruppe forderte eine gemeinsame Regelung für beide Bereiche. Deren relativ starke politische Macht war insbesondere für die etablierten Machtblöcke BÖP und ÖÄK überraschend und unangenehm. Die Wirtschaftskammer vertrat insbesondere in Person der sozialistischen Abgeordneten Rotraut Perner jene, die Psychotherapie als freies Gewerbe betrieben. Die katholische Kirche hatte das Interesse, die Beratungstätigkeit in ihren Familienberatungsstellen abzusichern, wofür sich insbesondere der Mandatar der Österreichischen Volkspartei (ÖVP) Erhard Busek einsetzte (Wißgott 2011). Der Dachverband Psychotherapeutischer Vereinigungen Österreichs, kurz Dachverband genannt, war ein in den frühen 70er Jahren wurzelndes Gremium (Wißgott 2011, Hauer 2000), das 1982 unter Hans Strotzkas Vorsitz offiziell gegründet wurde (Kierein, Pritz & Sonneck 1991). Vertreten waren vom Dachverband ab dem Zeitpunkt seiner offiziellen Gründung die Wiener Psychoanalytische Vereinigung (WPV), der Österreichischer Verein für Individualpsychologie (ÖVIP), die Österreichische Gesellschaft für analytische Psychologie (ÖGAP), die Österreichische Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), die Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT), die Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie (ÖGWG) und der Österreichische Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG).

Ein solcher Zusammenschluss von psychotherapeutischen Vereinigungen mit derart unterschiedlichen therapeutischen Weltbildern und Interessen war außergewöhnlich. Außerdem wurde der Dachverband vom Gesetzgeber als Verhandlungspartner akzeptiert. Aufgrund divergierender Interessen der Mitglieder und dem Bekenntnis zu Entscheidungen nach dem Konsensprinzip waren Einigungen mühsam. Daher gab es eine lange Periode der Stagnation im Verhandlungsprozess mit dem Gesetzgeber. 1987 übernahm Raoul Schindler den Vorsitz dieses Gremiums, ließ Mehrheitsentscheidungen zu und sorgte damit für raschere Entscheidungsfähigkeit.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes verlor der Dachverband seinen Auftrag. Man könnte den 1992 gegründeten Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) als Nachfolgeorganisation verstehen (Wißgott 2011). Auch die 1987 zum Verein gewordene Gesellschaft Österreichischer Psychotherapeuten (GÖP) kann als wichtige Wurzel des von ihr mitbegründeten ÖBVP gelten. Die GÖP setzte sich als weniger etablierte, zunächst von Tirol ausgehende Basisorganisation für ein baldiges Gesetz mit einem breiten Zugang zur Ausbildung und einer Definition der Psychotherapie als nichtärztliche Tätigkeit ein.

Der Psychohygienebeirat war keine Interessensvertretung, sondern ein im Gesundheitsministerium zusammentreffendes Beratungsgremium, dem seitens des ÖAGG Markus Hochgerner ab 1987 angehörte. Der Psychohygienebeirat wurde 1976 von Ingrid Leodolter, der ersten sozialistischen, österreichischen Gesundheitsministerin, eingerichtet und kann als Vorläufer des später gesetzlich installierten Psychotherapiebeirates gesehen werden. Der Begriff „Psychohygiene" war ein von Strotzka geprägter Begriff, den man heute wohl mit „Sozialpsychiatrie" (Hauer 2000, S. 211) bezeichnen würde. Personell war dieser Beirat ursprünglich sehr ähnlich zusammengesetzt wie der Dachverband. Als Michael Kierein Ende der 80er Jahre vom damaligen, sozialistischen Gesundheitsminister Harald Ettl den Auftrag bekam, möglichst rasch ein Gesetz zu verfassen, gewann er seine beratenden Experten – wie zum Beispiel Alfred Pritz, Gernot Sonneck, Markus Hochgerner und andere Gleichgesinnte – nicht nur aus dem Psychohygienebeirat. Deren Vision entspricht also im Wesentlichen dem schließlich verabschiedeten Gesetz (Kierein, Pritz & Sonneck 1991).

Der Austausch unter den Menschen im Feld und zwischen den oben genannten Interessensvertretungen war rege. Aus den verschiedenartigen Interessen ergaben sich unterschiedliche Allianzen. ÖÄK und BÖP traten gemeinsam für eine Zugangsbeschränkung für PsychotherapeutInnen ein. Ein von der ÖÄK gefordertes Delegationsrecht für ÄrztInnen wurde vom BÖP allerdings abgelehnt. Die Gewerkschaftsgruppe und der BÖP strebten gemeinsam Rechtssicherheit für klinische PsychologInnen an. Der BÖP lehnte den von der Gewerkschaft geforderten breiten Zugang zur Ausbildung ab, die Gewerkschaftsgruppe unterstützte diesen. Auch der Dachverband engagierte sich letztendlich für einen breiten Zugang zur Ausbildung, allerdings erst nachdem Raoul Schindler dessen Leitung übernommen hatte. Für den BÖP und den Dachverband war die möglichst baldige Regelung der Psychotherapie der gemeinsame Nenner. Trotz teilweise stark divergierender Interessen paktierte also nahezu jeder mit jedem. Die Interessen der psychotherapeutischen PatientInnen waren durch keine Interessensvertretung abgebildet, sondern fanden lediglich in der Vertretung einzelner Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen Gehör (Wißgott 2011).

Aus diesen unterschiedlichen Interessen ergab sich ein Verteilungskonflikt um das Feld der Psychotherapie. Die MedizinerInnen argumentierten ihren Anspruch mit dem Hinweis auf ihre berufsbedingte Erfahrung im Umgang mit dem bio-psycho-sozialen Wesen Mensch, der Unabdingbarkeit medizinisch psychiatrischer Diagnostik und dem Umgang mit Kranksein und Sterben. Die PsychologInnen wiesen auf ihre Überzahl und ein Studium hin, welches ihrer Meinung nach, die beste fachliche Kompetenz vermittelte. Diese beiden Monopolansprüche bedrohten die berufliche Existenz aller

anderen Berufsgruppen, die Psychotherapie anbieten wollten. Zugleich stellten die PsychologInnen das diagnostische Monopol und die zentrale Deutungshoheit der Medizin in Frage. Die Versuche beider Gesundheitsberufe, Deutungshoheit in Bezug auf psychische Behandlung zu behalten bzw. zu erlangen, wurden von den anderen Berufsgruppen, die Psychotherapie anbieten wollten, als sachlich ungerecht und überheblich wahrgenommen und abgelehnt.

Schließlich wurde die Psychotherapie als eigener Wissenschafts- und Tätigkeitsbereich gesehen. Dies wurde besonders aus psychodynamischer Sicht historisch mit Freuds Weg der Psychoanalyse außerhalb des traditionell universitär-klinischen Kontextes und seinem Eintreten für die Laienanalyse, der Psychoanalyse durch andere als ärztliche KollegInnen, argumentiert. Als Folge des Konfliktes herrschte die Atmosphäre eines Klassenkampfes, zunächst in Form eines Spannungsfeldes zwischen NichtakademikerInnen denen gegenüber der Vorwurf fehlenden Niveaus im Raum stand, und AkademikerInnen die sich menschliche Eingeschränktheit durch ihre Verbildung vorwerfen lassen mussten.

In weiterer Folge verlagerte sich das Hauptspannungsfeld zwischen ÄrztInnen und allen anderen Berufsgruppen. Denn für die Ärzteschaft war jegliche therapeutische Tätigkeit ohnehin schon durch das Ärztegesetz erlaubt. NichtärztInnen jedoch waren durch den Kurpfuschereiparagraphen bei der Ausübung der Psychotherapie strafrechtlich bedroht. Ein kakophonisches Begleitkonzert der Spannungen waren verbale Abwertungen. So wurden die anderen im Feld neben den ÄrztInnen und den PsychologInnen spöttisch „Nicht-Nichtse“ (Wißgott 2011, S. 176) genannt. Für manche ÄrztInnen hatten PsychologInnen zwar den falschen, aber wenigstens irgendeinen Doktortitel. Innerhalb der Ärzteschaft wurde den „Psychoklemperern“ (Wißgott 2011, S. 177) ihre Behandlungskompetenz abgesprochen. Von nichtärztlicher Seite wurde den ÄrztInnen die Kompetenz abgesprochen, überhaupt Psychotherapie ausüben zu können. Der Gesundheitsminister Harald Ettl wurde vom damaligen Ärztekammerpräsidenten in Anspielung auf seinen ursprünglich erlernten Beruf als „Fetzentandler“ und „Spinner“ (Wißgott 2011, S. 177) bezeichnet. In diesem Revierkonflikt blieb es aber nicht ausschließlich bei verletzenden Verbalattacken.

So wurden vor der Gesetzesverabschiedung insbesondere auch durch die ÖÄK als Klägerin Gerichtsverfahren gegen nichtärztliche PsychotherapeutInnen wegen Kurpfuscherei betrieben. Danach wurden ÄrztInnen mit Hilfe der im Ärztegesetz verankerten Schilderordnung wegen unrechtmäßiger Führung der Bezeichnung Psychotherapeut geklagt. Derart existentiell bedrohende Rechtsattacken machen die damalige, gewaltvolle und beängstigende Atmosphäre deutlich.

Um bestmöglich zu verhandeln, versuchten die KontrahentInnen die öffentliche Meinung mit Hilfe der Medien und gezieltem Lobbying in den Kammern zu beeinflussen. Durch ein vom GÖP 1988 eingeholtes verfassungsjuristisches Gutachten von Theodor Öhlinger wurde die ärztliche Argumentation mit ihrem Behandlungsprivileg geschwächt (Wißgott 2011, 2015). Sinngemäß forderte der anerkannte Verfassungsjurist in diesem Gutachten die Offenheit für die verschiedenen Zugänge zur Ausbildung bei gleichzeitiger Sicherstellung des notwendigen fachlichen Niveaus (Öhlinger 1988). Auf politischer Ebene war es laut Alfred Pritz jedoch besonders wichtig, nicht mehr auf der exekutiven Ebene des Gesundheitsministeriums vorzusprechen, sondern den Lobbyismus auf die legislative Ebene der Nationalratsabgeordneten zu verlagern.

Das letztendlich relativ rasch von Michael Kierein formulierte Gesetz wurde in seinem Konzept laut Gernot Sonneck insbesondere durch Heiner Bartuska, Markus Hochgerner, Alfred Pritz und ihm selbst beeinflusst (Wißgott 2011). Vor Weihnachten 1989 wurde der Gesetzesentwurf zur Begutachtung vorgelegt. Es gab 185 Stellungnahmen, von welchen nur die Stellungnahme der ÖÄK ablehnend war. Folgende Regelung wurde vereinbart: Im Falle der Kostenbeteiligung durch die Sozialversicherungsträger ist durch den/die PatientIn, vor oder spätestens nach der ersten Psychotherapiestunde bei einer nichtärztlichen PsychotherapeutIn, eine Bestätigung der ärztlichen Untersuchung einzuholen. Um dem BÖP gerecht zu werden, wurde gleichzeitig mit dem Psychotherapiegesetz auch das Psychologengesetz formuliert. Entsprechend den Wünschen der ÖVP wurden im Gesetz einige Berufe als Quellberufe definiert.

Erstaunlicherweise wurde mit Hilfe der Vorschaltung eines ersten, allgemeinen Ausbildungsabschnittes mit 2080 Stunden, dem Psychotherapeutischen Propädeutikum, ein breiter Zugang zur Psychotherapieausbildung durchgesetzt. Weder ÄrztInnen noch PsychologInnen sollte es vorbehalten sein, psychotherapeutisch arbeiten zu dürfen. Auch der Erwerb eines akademischen Grades wurde nicht als Voraussetzung zur Ausübung der Psychotherapie definiert. Rotraut Perner, Richard Picker, Heiner Bartuska, Renate Frühmann und Markus Hochgerner hatten sich für jenen breiten Zugang letztendlich erfolgreich eingesetzt. Seit Anfang der 2000er Jahre gibt es mit der forcierten Akademisierung im Fachhochschulbereich und der Bologna-Reform der Hochschulen allerdings wieder einen Trend zur Akademisierung der Psychotherapieausbildung (Majce-Egger 2020). Diese Entwicklung scheint aufgrund einer allgemeinen Akademisierung der Gesundheitsberufe dem Konsens der psychotherapeutischen Szene Österreichs zu entsprechen. Dieser Trend erzeugt im Lichte der großen, historischen Bemühungen um einen möglichst unbeschränkten Zugang zur Psychotherapieausbildung ein Spannungsfeld in der Szene.

Der Nationalrat beschloss das Gesetz am 7.6.1990 mit breiter Zustimmung. Am 1.1.1991 trat es dann in Kraft. Insbesondere wurde in dem Gesetz die Ausbildung geregelt, die zur Ausübung der Psychotherapie berechtigt. Dennoch hat es die Grundlage für ein eigenständiges Berufsbild geschaffen. Das Gesetz ist bis heute international beispielgebend. Bis heute unbefriedigend gelöst blieb jedoch die Finanzierung der Psychotherapie. Ein Zuschuss der Gebietskrankenkassen von € 21,80 blieb viele Jahre lang ohne Wertanpassung und wurde erst ab 1.9.2018 auf € 28,– erhöht.

Von der Österreichischen Gesundheitskasse vollfinanzierte Psychotherapieplätze sind kontingentiert und dementsprechend Mangelware. Ein Skandalon im Rahmen der Behandlung anerkannter und hoch relevanter Krankheitsbilder in Österreich, das eine weitere Stigmatisierung psychischer Erkrankung ausweist. Die österreichische Psychotherapieschulendiversität kann man als Folge des Gesetzes erklären. Denn Ausbildungsvereinigung darf nur eine vom Psychotherapiebeirat anerkannte psychotherapeutische Vereinigung, oder ein mit einem Fachspezifikum akkreditierter Träger sein. Die bisher 23 anerkannten Psychotherapieschulen spiegeln also nicht 23 gänzlich unterschiedliche psychotherapeutische Lehren wider. Viel mehr sind sie alle den vier Grundströmungen der Psychotherapie, humanistisch, psychodynamisch, systemisch und verhaltensorientiert, zuzurechnen und zum großen Teil auf Gründungen von mehreren Ausbildungsvereinigungen der gleichen therapeutischen Tradition, oder auf Spaltungen etablierter Vereine zurückzuführen. Heute noch wirken meines Erachtens Spannungen im psychotherapeutischen Feld als systemische Altlast der turbulenten Geschichte dieses Gesetzes.

30 Jahre Psychotherapiegesetz in Österreich – eine Erfolgsgeschichte?

Im Rückblick auf die einhellige Beschlussfassung des Psychotherapiegesetzes vor 30 Jahren kann, Raoul Schindlers Einschätzung Mitte der 1990er Jahre folgend, die Geschichte im Rahmen der psychischen Versorgung Österreichs durchaus als Erfolg beschrieben werden.

Raoul Schindler beschrieb drei Problemperspektiven der Psychotherapie:

- Fehlversorgung: keine Regelung der Mindeststandards für Ausbildung, des Berufstitels, der behandlungsberechtigten Psychotherapieverfahren, der ethischen Standards, des Konsumentenschutzes
- Unterversorgung: lediglich 1600 Ersteintragungen bei der erstmaligen Erfassung der in Österreich tätigen PsychotherapeutInnen mit Begründung der Berufsliste 1991 mit vorwiegend lediglich Teilzeittätigkeit bei einem prognostizierten Bedarf von 3200 vollzeittätigen PsychotherapeutInnen
- Nichtversorgung: mangelnde Erkennung und Benennbarkeit einer Problemlage bezüglich psychotherapeutischer Hilfestellung und Angebot, da weder der Bedarf

an Psychotherapie noch ein Angebot seitens des Hilfesystems thematisiert werden konnte. Ein Beispiel aus 1990: das Verhältnis von PsychotherapeutIn je EinwohnerIn lag in der Stadt Salzburg bei 1:2400, in dem Land Salzburg bei 1:24.000 (Jandl-Jager & Stumm 1988)

- Die Entwicklung eines grundständigen Berufes Psychotherapeutin oder Psychotherapeut war bis Mitte der 1980er Jahre nicht denkbar. Vielmehr wurde in Zusatzqualifikationen zum psychosozialen Grundberuf gedacht, oder wie Raoul Schindler noch kurz nach der Gesetzeswerdung sagte: "Psychotherapie bleibt Neigungsfach" (Schindler 1990).

Für Walter Spiel als Leiter der Kinder- und Jugendabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien, sollte die Psychotherapie eine ärztliche Domäne bleiben, in der einzelne SpezialtherapeutInnen wie Sucht- und DrogentherapeutInnen, Kinder- und JugendlichentherapeutInnen oder PsychosetherapeutInnen auf ärztliche Zuweisung arbeitsberechtigt gewesen wären.

Ab 2020 sind erstmals 10.426 PsychotherapeutInnen in die berufsberechtigende Liste, die PsychotherapeutInnenliste des zuständigen Bundesministeriums eingetragen. Es gelang die basale, gesetzliche Regelung eines eigenberechtigten Gesundheitsberufes, der bis dato eine geregelte Ausbildungsstruktur, Rechtssicherheit für Erkrankte und eine erste Grundversorgung in Österreich mit Psychotherapie herstellen konnte.

In der Verwaltung des Gesetzes gelang mit dem zuständigen Legisten Hon.-Prof. Dr. Michael Kierein ein verwaltungstechnisches Kunststück. Das Psychotherapiegesetz wird von Anbeginn an in eine für Österreich ungewohnt flache Organisationsform eingebettet. Der Psychotherapiebeirat als beratendes Organ mit derzeit circa 60 VertreterInnen aller anerkannten Psychotherapieausbildungseinrichtungen, VertreterInnen der Universität, Ministerien und Kammern, sorgt für eine unüblich direkte Kommunikationskultur zwischen Verwaltung und ausführenden Organisationen in vierteljährlichen Sitzungen mit kontinuierlicher, unbezahlter Arbeit in mehreren Ausschüssen. Seit 1991 wurden 128 Sitzungen des Beirates mit einer hohen Konsenskultur abgehalten. Die Entscheidungen im Dissens zwischen Ministerium und den Fachgremien des Beirates in dieser Zeit lassen sich buchstäblich an einer Hand abzählen. Steuernde Elemente sind nicht rechtsverbindliche Erlässe, sondern inhaltlich formulierte Richt- und Leitlinien mit steuerndem Charakter (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2020).

Die informelle Wirkung des gesetzlichen Standards für Psychotherapie ab 1990 darf nicht unterschätzt werden. Zweifellos hatte der jetzt festgelegte Standard im

Psychotherapiegesetz Streuwirkung auf die anderen gesetzlich geregelten, relevanten Heilberufe. Die ärztliche Weiterbildung mit den stufenförmig aufbauenden ÖÄK-Diplomen „Psychosoziale Medizin“ (Psy1), „Psychosomatische Medizin“ (Psy2) und „Psychotherapeutische Medizin“ (Psy3) erlebte eine Aufwertung und Angleichung der Stundenanzahl an die Relationen des Psychotherapiegesetzes. Die Reform des Psychologengesetzes brachte eine wesentliche Erhöhung des Selbsterfahrungs- und Praxisanteiles klinisch-psychologischer Weiterbildung, und die Standards der Lebens- und SozialberaterInnenausbildung wurden an basalen psychotherapeutischen Fähigkeiten orientiert, insbesondere bezüglich Selbsterfahrung, Gesprächsführung, Krisenintervention und Supervision, unter weitgehender Anrechnung der Grundausbildung im Psychotherapeutischen Propädeutikum der Ausbildung. Letztlich führte die Reform der Ausbildung zum Sonderfach Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin zu einer ersten Verpflichtung zu basalem Kompetenzerwerb in Psychotherapie (Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS] 2006/2015). Dies war ein besonderes Anliegen der ärztlichen Gründerpersonen des Psychotherapiegesetzes.

Aktuell wird eine deutliche Verbesserung der Prägnanz und Sichtbarkeit psychotherapeutischer Hilfen in Österreich erreicht (Gesundheit Österreich GmbH 2020). Die Wirksamkeit und partielle Anerkennung der Notwendigkeit von Psychotherapie im psychosozialen Netzwerk wird nicht mehr prominent in Frage gestellt (Sagerschnig & Tanios 2017). Psychotherapie wird zum Bestandteil des Qualitätsausweises von Versorgung in psychosozialen Institutionen bei Caritas, Pro Mente, und weiteren Organisationen des psychosozialen Netzwerkes. Die Diversifizierung der therapeutischen Kompetenzen schafft erhöhte Sichtbarkeit psychotherapeutischer Anwendungsfelder. Es gelang beispielsweise nach vielen Jahren der Diskussion, eine durch das Gesundheitsministerium ausgewiesene Spezialkompetenz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit Listenführung der zertifizierten Weiterbildungsträger zu schaffen, die derzeit 1062 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen ausweist (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie 2020).

Eine ansatzweise Entstigmatisierung zeigt sich in der Aufnahme der Psychotherapie in die Leistungskataloge der Sozialversicherungsträger und der vermehrten Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfen durch bildungsferne, ökonomisch benachteiligte und örtlich marginalisierte Bevölkerungsgruppen.

Die aktuelle Debatte zur künftigen Weiterentwicklung der Psychotherapie auf gesetzlicher Ebene führte zu unterschiedlichen Reformüberlegungen zwischen Novellierung des bestehenden Psychotherapiegesetzes und Neuerlass desselben. Abgesehen von

Anpassungen an bestehende Gesetze der Europäischen Union (EU) mit Haftungsregulierungen, berufsrechtlichen, allgemeinen Bestimmungen und Zulassungsbestimmungen von EU-BürgerInnen im österreichischen Berufsrecht wurde bisher keine Veränderung im Textkörper des Psychotherapiegesetzes getroffen und auch keine erlassbasierte Ausformung und Adaption vollzogen. Dies ist im Rahmen der österreichischen Gesetzgebung sehr ungewöhnlich und kann durchaus kontrovers als rechtliche Robustheit des Gesetzestextes oder als Mangel an Reformwillen bewertet werden. Weitgehende Einigkeit über Reformbedarf scheint nach 30 Jahren bezüglich einiger Grundanliegen zu bestehen. Die vollständige Akademisierung des Berufsstandes bei derzeit 70 % AkademikerInnenquote (Pawlowski 2018), unter Beibehaltung der Zugänge über humanwissenschaftliche Quellberufe und die zunehmende akademische Qualifikation innerhalb der Psychotherapie als eigenständige Wissenschaft, scheint im Berufsstand konsensfähig, ist jedoch zugleich im Rahmen der wissenschaftlichen Nachbardisziplinen nicht unumstritten. Die Diskussion um die Psychologie als angebliche Mutterwissenschaft der Psychotherapie und die damit implizierte Deutungshoheit stellt die Eigenständigkeit der Psychotherapie als Wissensfeld erneut in Frage. Psychotherapie würde, im Anklang zur aktuell missglückten deutschen „Lösung" der Ankoppelung von Psychotherapieausbildung an die psychologischen Institute der Universitäten (Bundesministerium für Gesundheit 2020, Deutsche Gesellschaft für Psychologie 2020) zu einem Teilaspekt psychologischer Fortbildung degradiert werden, ohne für deren breite Entwicklung und Vermittlung von Handlungskompetenz Sorge tragen zu können.

Als weiterer Reformpunkt steht eine Neugewichtung der fachspezifischen Zusatzbezeichnungen im Raum, die eine nach außen, auch bei gutem Willen kaum entwirrbare Vielfalt psychotherapeutischer Subausrichtungen vermittelt. Hier wird ein gemeinsamer Ausweis im Selbstverständnis und der Ausbildungs- und Forschungskultur der vier psychotherapeutischen Grundströmungen – psychodynamisch, humanistisch, systemisch, verhaltensorientiert – gegenüber PatientInnen und den Sozialversicherungsträgern hilfreich sein.

Ebenso könnte eine kassenrechtlich anerkannte Zulassung zur Behandlungsstufe und Entlohnungsmöglichkeit für in Ausbildung befindliche PsychotherapeutInnen, ähnlich dem klinisch-praktischen Jahr der ÄrztInnenausbildung, die finanzielle Belastung der AusbildungskandidatInnen verbessern. Zugleich käme es zu einem deutlich verbesserten Versorgungsgrad der Bevölkerung bei aktuell circa 3800 AusbildungskandidatInnen und mindestens 600 Stunden psychotherapeutischer Arbeit unter Supervision (Pawlowski 2018) mit einer potentiellen Versorgungsleistung von zusätzlich circa 2,2

Millionen Stunden Psychotherapie. Schlussendlich käme es zu einem erhöhten Leistungsausweis bis zum durchgängig akademischen Abschluss der Ausbildung.

Erfreulich können die Initiativen zum vermehrten, wissenschaftlichen Ausweis der Psychotherapie beurteilt werden. Die Entwicklung einer „Leitlinie für Praxisorientierte Psychotherapieforschung“ durch die Gesundheit Österreich GmbH (Riess 2018) als ausgewiesene psychotherapiewissenschaftliche Referenzlinie des Gesundheitsministeriums, ermöglicht und erfordert die durchgehende und grundsätzliche Orientierung an psychotherapierelevanten, wissenschaftlichen Ergebnissen im Rahmen der Psychotherapieausbildung. Die Entwicklung eigener Forschungsanliegen in den anerkannten Ausbildungsträgern wird durch dort etablierte Forschungsbeauftragte moderiert.

Die Vernetzung der vereinsbasierten Ausbildungseinrichtungen mit universitären Trägern konnte etabliert und wesentlich erweitert werden. Derzeit sind bereits 26 der 39 aktiven Ausbildungseinrichtungen universitär im Rahmen von Masterprogrammen in Universitätslehrgängen vernetzt oder werden bereits eigenständig von universitären Trägern angeboten (Pawlowski 2018). Erfreulich sind hier auch die Fortschritte im Rahmen des ÖAGG. Vier Sektionen des ÖAGG und zwei weitere externe Ausbildungsträger stehen nun in Kooperation mit der Bertha von Suttner Privatuniversität zur Etablierung von Masterprogrammen für Psychotherapie ab 2021 (Antrag auf Akkreditierung wurde mit Herbst 2020 eingereicht). Zugleich gelingt eine Verbreiterung der akademischen Kooperation mit staatlichen Universitäten, etwa im Beginn einer Zusammenarbeit mit der Paris-Lodron-Universität Salzburg durch die ÖAGG Sektionen Psychodrama (PD) und Integrative Gestalttherapie (IG).

Das Bewusstsein bezüglich Relevanz psychotherapeutischer Hilfen wird durch die Krankenstatistik der Sozialversicherungen auf bedenkliche Weise gestützt. Psychisch bedingte Erkrankungen, Angststörungen, Depression und somatoforme Erkrankungen, haben 2019 in Österreich die bisherigen Leiterkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates abgelöst (Sozialversicherung 2020) und stellen eine Ursache von enormen persönlichem, sozialem und volkswirtschaftlichem Schaden dar. Anstrengungen zur Homogenisierung eines österreichweiten Standards im Angebot, der Zugänglichkeit und vermehrten Abrechnungsmöglichkeit im Kassensystem mit inhaltlich passenden Angeboten zur ambulanten Versorgung, wie bspw. die Psychotherapeutische Ambulanz (PTA) des ÖAGG, sind richtungweisend, mit einer Versorgungsleistung von derzeit 80 Millionen € pro Jahr für Psychotherapie, bei einer Gesamtsumme von 4000 Millionen € pro Jahr für Heilbehandlung in Österreich, aber marginal (lt. Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Sozialversicherung 2020).

Ein stilles und wesentliches Problem des Berufsstandes ist die deutliche und weiter zunehmende Überalterung mit einer durchschnittlichen Altersstruktur von 55 bis 58 Jahren (Gesundheit Österreich GmbH 2020). Dies lässt an der Erreichung einer stabilen Deckung der notwendigen, österreichweit angebotenen Psychotherapiestunden, die immer noch nicht gegeben ist, deutlich Zweifel entstehen, obwohl von einer langsamen weiteren Zunahme der berufsberechtigten eingetragenen Personen auf 15.000 ausgegangen werden kann (Pawlowski 2018, 2020). Dadurch ist mit einer pensionsbedingten Zurücknahme des Stundenangebotes älterer PsychotherapeutInnen von durchschnittlich 20 auf 5 Wochenarbeitsstunden, bzw. Reduktion der derzeit tätigen PsychotherapeutInnen um ein Viertel in den kommenden Jahren zu rechnen (Gesundheit Österreich GmbH 2020). Ähnlich ist die Entwicklung im ärztlichen Berufsstand mit einer prognostizierten Pensionierungswelle von etwa einem Drittel der berufstätigen ÄrztInnen in den kommenden zehn Jahren. Über die Entwicklung der künftigen Ausbildungszahlen angesichts der aktuellen ökonomischen Eckdaten und der weiter geforderten privaten Finanzierung der Ausbildung lassen sich keine Aussagen treffen. Das hochspezialisierte „Nischenprodukt" Psychotherapie hat trotz aller aufgezeigten Dynamiken seinen Platz in der viel größeren psychosozialen Versorgungsstruktur Österreichs gefunden.

Hängen wir jedoch nicht der vorschnellen Illusion an, damit sei der Bestand des Berufes oder auch nur des Berufsbildes bleibend und selbsterklärend gesichert. Folgende Problemfelder sind derzeit zu bedenken: die existenziellen Anspannungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch die Bedrohung der Covid19-Pandemie, das weltweit abnehmende Interesse an psychischen Erkrankungen, erkennbar durch die Verminderung der Forschungsausgaben für psychische Erkrankungen und die Marginalisierung der Psychotherapie in den USA, die unter Druck befindlichen Gesundheitsbudgets und der aggressiv angetragene Wechsel im Forschungsparadigma hin zu ausschließlicher und einseitiger, neuropsychologischer Forschung als neuer, vermeintlicher Leitwissenschaft des Psychischen. Es bleibt die Aufgabe, die Stigmatisierung psychischen, abweichenden Erlebens und Verhaltens auch weiterhin gesellschaftskritisch aus Sicht der Psychotherapie zu thematisieren und Konsens, Kooperation und Durchlässigkeit mit und zu den weiteren, gesetzlich anerkannten Heilberufen Medizin, Psychologie und Musiktherapie auf breiter wissenschaftstheoretischer Basis und praktischen, patientInnengeleiteten Behandlungswegen herzustellen.

Der ÖAGG ist in seiner Tradition von Beratung, Psychotherapie und Gruppenkompetenz dazu bestens gerüstet, seinen Beitrag zu leisten. Im siebenten Jahrzehnt des ÖAGG sind im Frühjahr 2020 die Neueinrichtung der Fachsektion Integrative

Therapie und im Herbst 2020 die Etablierung der ärztlichen Weiterbildung mit den ÖÄK-Diplomen für „Psychosoziale Medizin“ (Psy1), „Psychosomatische Medizin“ (Psy2) und „Psychotherapeutische Medizin“ (Psy3) sichtbare Zeichen.

Fazit

In diesem Jahr feiern wir den 30. Geburtstag des österreichischen Psychotherapiegesetzes. Die Entstehungsgeschichte dieses Gesetzes war von intensiven Diskussionen und reger Beteiligung unterschiedlichster Berufs- und Ständevertretungen begleitet. Letztendlich entstand mit großer politischer Zustimmung eine Regelung der Psychotherapie, die einen sehr breiten Zugang zur psychotherapeutischen Ausbildung ermöglichte. Anerkennend ist hier das verbindende Engagement des ÖAGG für Psychotherapie und Medizin zu nennen.

Dr. med. univ. Norbert Wißgott, MSc
Arzt für Allgemeinmedizin mit Spezialisierungen in fachspezifischer Psychosomatik sowie in Palliativmedizin, Notarzt, ÖÄK-Diplom-Weiterbildungen in Psychosozialer-, Psychosomatischer- und Psychotherapeutischer Medizin sowie in Neuraltherapie und Homöopathie, ärztliche Leitung des mobilen Palliativteams des Landesklinikum Gmünd und Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Wien. Kontakt: psychosomatik@wissgott.at
Markus Hochgerner MSc MSc
Psychotherapeut und Lehrtherapeut (IG, IT, KBT), Gesundheitspsychologe, Dipl. Sozialarbeiter, Supervisor. Seit 1992 Psychotherapeut an der III. Medizinischen Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien und in freier Praxis. Kontakt: markus@hochgerner.net

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2020). **Moderne Ausbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.** https://www.bundesgesundheitsministerium.de/psychotherapeutenausbildung.html Abg. 23.08.2020

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020). https://www.sozialministerium.at/ Abg. 23.08.2020

Sozialversicherung (2020). **Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen**. https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&ei=OilKX7SGB4rnsAe04qKoBQ&q=sozialversicherung.at+%C3%B6sterreichische+Sozialversicherung+in+Zahlen&oq=sozialversicherung.at+%C3%B6sterreichische+Sozialversicherung+in+Zahlen&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQDDIECAAQRzIECAAQRzIECAAQRzIECAAQRzIECAAQRzIECAAQRzIECAAQR1AAWABgxp4daABwAXgAgAEAiAEAkgEAmAEAqgEHZ3dzLXdpesABAQ&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwi0i8zclcDrAhWKM-wKHTSxCFUQ4dUDCAw Abg. 23.08.2020

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2020). **Das neue Psychotherapeutengesetz tritt am 01. September 2020 in Kraft**. https://psychotherapie.dgps.de/aktuelles/ Abg. 23.08.2020

Ertl, M. (2005). **Schindler, Raoul**. In: Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeskeri, N. & Voracek, M. (Hrsg.): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer, S. 423.

Gesundheit Österreich GmbH (2020). **Versorgungswirksamkeit von niedergelassenen Psychotherapeuten**. https://goeg.at/Versorgunswirksamkeit_psy Abg. 23.08.2020

Hauer, N. (2000). **Hans Strotzka. Eine Biografie**. Wien: Holzhausen.

Hochgerner, M. (2018). **Grundlagen der Psychotherapie**. Wien: Facultas.

Jandl-Jager, E. & Stumm, G. (Hrsg.) (1988). **Psychotherapie in Österreich. Eine empirische Analyse der Anwendung von Psychotherapie.** Mit Beiträgen von Beatrix Wirth, Germain Weber, Corina Ahlers und den Herausgebern. Wien: Deuticke.

Kierein, M. (2019). **Vortrag bei den 16. Kremser Tagen am 01.06.2019.** https://www.donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2019/16--kremser-tage.html Abg. 20.08.2020

Kierein, M., Pritz, A., Sonneck, G. (1991). **Psychologen-Gesetz, Psychotherapie-Gesetz: Kurzkommentar.** Wien: Orac.

Majce-Egger, M. (2020). **60 Jahre ÖAGG – Ein Blick auf die Entwicklung 1959–2019**. Feedback – Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung, 1&2/2020, S. 24.

Öhlinger, T. (1988). **Rechtsgutachten „Die Rechtslage der Psychotherapie in Österreich".** Schriftreihe zur Psychotherapie 1 (1988), Heft 1, S. 14-24.

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (2020). https://www.psychotherapie.at/patientinnen/psychotherapeutinnen-suche Abg. 20.08.2020

Pawlowski, Gerhard (2018). **Zur Entwicklung der Psychotherapie in Österreich**. In: Hochgerner, M. (Hrsg.): Grundlagen der Psychotherapie. Wien: Facultas (2. Aufl. 2020).

Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS] (2006/2015). **Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006**, Fassung vom 31.05.2015. https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004879&FassungVom=2015-05-31 Abg. 20.08.2020

Riess, G. (2018). **Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung**. Wien. Gesundheit Österreich GmbH. https://jasmin.goeg.at/420/ Abg. 20.08.2020

Sagerschnig, S. & Tanios, A. (2017). **Psychotherapie, klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie**. Statistik der Berufsgruppen 1991–2015. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. https://jasmin.goeg.at/109/ Abg. 20.08.2020

Schindler, R. (1990). **Vortrag am 06.06.1990 im Rahmen einer Veranstaltung zum Psychotherapie- und Psychologengesetz an der Universität Wien,** Psychologisches Institut.

Sonneck, G. (2005). **Ringel, Erwin**. In: Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeskeri, N. & Voracek, M. (Hrsg.): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer, S. 403.

Stumm, G. & Jandl-Jager, E. (2006). **Psychotherapie: Ausbildung in Österreich**. Wien: Falter Verlag.

Wißgott, N. (2011). **Der Psychotherapiekonflikt. Geschichte eines Österreichischen Gesetzes**. In: Kierein, M., Leitner, A. (Hrsg.): Psychotherapie und Recht. Wien: Facultas. S. 192-194.

Wißgott, N. (2015). **Geschichte eines Gesetzes. Interessenskonflikte bei der Entstehung des österreichischen Psychotherapiegesetzes**. Riga: Akademiker Verlag.

Psychotherapie in Zeiten der COVID-19-Pandemie: Veränderung der Arbeitsbedingungen in der Versorgungspraxis

Claudia Höfner, Gerd Mantl, Christian Korunka, Markus Hochgerner, Magdalena Straßer

Abstract

Die Arbeitssituation von PsychotherapeutInnen hat sich durch die COVID-19-Pandemie sowie den Lock-Down im März 2020 verändert. Für viele PsychotherapeutInnen kam es erstmalig zu therapeutischen Beziehungserfahrungen über Sprach- oder Videotelefonate. In dieser Studie wurden die Auswirkungen der Pandemie auf die Arbeitssituation der PsychotherapeutInnen hinsichtlich der Veränderung der Arbeitszeit, deren Zufriedenheit mit der Arbeit über Sprach- und Videotelefonaten und der Veränderung der Themen in den Psychotherapien quantitativ und qualitativ untersucht. Es zeigt sich, dass es zu einem Rückgang der Behandlungsstunden (im Mittel etwa 35-40%) in allen Settings kam, diese jedoch zum Teil durch virtuelle Kontaktsettings kompensiert werden konnten. Die Einschätzungen der Arbeit mit diesen Settings sind weitgehend positiv. In den Therapieprozessen wurden verstärkt Lebensthemen, Lebenskrisen und Ängste bearbeitet. Es sind kaum Unterschiede bezüglich der therapeutischen Grundströmungen zu beobachten.

Einleitung

Die COVID-19 Pandemie hatte seit ihrem Beginn im Frühjahr 2020 massive Auswirkungen auf nahezu alle Bereiche der Gesellschaft. Viele Menschen waren und sind neuen psychosozialen Belastungen ausgesetzt. Auch die Arbeitswelt ist umfassend von der Krise betroffen. Der Gesundheitsbereich steht hier besonders im Zentrum zahlreicher neuer Belastungen. Die Gruppe der PsychotherapeutInnen ist mehrfach von den Auswirkungen der Krise betroffen. Bereits im ersten „Lockdown“ hatten sich die Arbeitsbedingungen der PsychotherapeutInnen verändert. Frühere Studien (z.B. Hickel & Korunka, 2005) zeigten, dass PsychotherapeutInnen meist eine hohe Qualität des Arbeitslebens aufweisen. Es war allerdings zu erwarten, dass die Arbeitsbelastungen durch die Krise zugenommen hatten und die Arbeitssituation deutlichen Veränderungen unterlag. Psychotherapeutische Gespräche fanden vor der Krise fast ausschließlich im direkten persönlichen Kontakt statt, der nun häufig nicht mehr realisiert werden konnte. Viele therapeutische Prozesse wurden durch den Lockdown vollständig unterbrochen. Es wurde daher – oft erstmals – auf neue Kontaktformen (Telefonie

bzw. Videotelefonie) ausgewichen. Erfahrungen mit diesen Medien waren bei den meisten PsychotherapeutInnen zuvor nur in geringem Ausmaß oder gar nicht vorhanden; insbesondere psychotherapeutische Sitzungen über Videotelefonie wurden vor der Pandemie kaum angeboten. Auch die Themen in den psychotherapeutischen Prozessen hatten sich durch die Krise verändert. Zu all diesen Veränderungen lagen bisher keine vergleichbaren empirischen Studien vor. Vor diesem Hintergrund hatte die vorliegende Studie drei Ziele:

1. Wie hat sich die Arbeitssituation und die Qualität des Arbeitslebens der PsychotherapeutInnen in der COVID-19 Krise verändert?
2. Welche Erfahrungen machten PsychotherapeutInnen mit neuen Medien in den ersten Monaten der Krise?
3. Wie haben sich die Themen in den psychotherapeutischen Prozessen in den ersten Monaten der Krise verändert?

Die ersten Erhebungen der Studie (Zeitpunkt t1) wurden etwa zeitgleich und unabhängig von ähnlichen internationalen und nationalen Studien durchgeführt (z.B. Boldrini et al. 2020, McBeath et al. 2020, Probst et al. 2020) und bestätigen bzw. ergänzen deren Ergebnisse. Im Unterschied zu diesen Studien handelt es sich aber hier um eine echte Längsschnittstudie über die ersten beiden Phasen des Lockdowns in Österreich. Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Erhebungen im ersten Lockdown (t1) präsentiert.

Studiendesign, Messzeitpunkte und Stichprobe

Zu zwei Testzeitpunkten (t1: 23.04.-31.05.2020, t2: 26.11.2020-03.01.2021) wurden PsychotherapeutInnen der Berufsliste des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) per Link in einer E-Mail zu einer Online-Befragung über SociSurvey mittels eines Fragebogens eingeladen, welcher offene und geschlossene Fragen kombiniert. Die Einladung zum zweiten Testzeitpunkt wurde nur an jene PsychotherapeutInnen geschickt, welche beim ersten angegeben hatten, dass sie erneut befragt werden wollten. Der Fragebogen umfasste Fragen zur Veränderung der Arbeitssituation von PsychotherapeutInnen während der COVID-19-Pandemie und zur Veränderung der Themen in den Psychotherapien. Zusätzlich kam es zur Erhebung der Stimmung (POMS, Albani et al. 2005), der Erschöpfung (in Anlehnung an das MBI, Maslach, Jackson & Leiter 1996), des Erholungsverhaltens (REQ, Sonnentag & Fritz 2007) und der Persönlichkeit (BFI-10, Rammstedt et al. 2012) mittels standardisierter Fragebögen. Die Daten der standardisierten Fragebögen des zweiten Messzeitpunkts t2 befinden sich aktuell noch in der Auswertung und werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht. Nachfolgend werden nur Ergebnisse t1 vorgestellt.
In Österreich sind durch das BMSGPK aktuell 23 psychotherapeutische Verfahren

anerkannt, wobei diese vier Grundströmungen (psychodynamisch, humanistisch, systemisch und verhaltensorientiert) zugeordnet werden (BMSGPK 2020). Die humanistische Orientierung ist in der vorliegenden Untersuchung verglichen mit der PsychotherapeutInnenliste des BMSGPK mit rund 47% überrepräsentiert (psychodynamisch: 20%, systemisch: 20%, verhaltensorientiert: 9%, ohne Eintragung: 2%, fehlend: 2%). Beim ersten Messzeitpunkt t1 liegen 743 (79.6% Frauen) vollständig ausgefüllte Online-Fragebögen vor. Das Alter der PsychotherapeutInnen wurde in 5-Jahres-Kategorien erfragt. Das Alter lag mit einem M = 6.19 (SD = 1.91) nahe der Kategorie 50-54 Jahre. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und jederzeit ohne Nachteil abzubrechen.

Rückgang der gesamten wöchentlichen Arbeitsstunden

Zur Erhebung der Veränderung der Arbeitszeit von PsychotherapeutInnen im niedergelassenen Bereich mussten die teilnehmenden PsychotherapeutInnen angeben, wie viele Stunden wöchentlich sie vor Auftreten der COVID-19-Pandemie in der Praxis gearbeitet haben und wie sie aktuell arbeiten. Es zeigt sich, dass der gefragte Zeitpunkt einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Anzahl der geleisteten Stunden über Praxis-Kontakte hat ($t = -26.16$, $p = .00$, $N = 743$).

Vor Auftreten der COVID-19-Pandemie ($M = 16.33$, $SD = 8.51$) arbeiteten PsychotherapeutInnen signifikant mehr Stunden in der Praxis als zum Zeitpunkt der Befragung ($M = 8.10$, $SD = 8.36$). Die Effektstärke liegt bei $|d| = .96$ und entspricht damit einem großen Effekt. Abbildung 1 veranschaulicht das Ergebnis grafisch. Eine ANOVA zeigt, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den psychotherapeutischen Clustern hinsichtlich der Anzahl der aktuell geleisteten Stunden im persönlichen, direkten Kontakt in der Praxis gab, $F(4, 726) = .69$, $p = .60$. Es gab auch keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den psychotherapeutischen Clustern hinsichtlich der Anzahl der geleisteten Stunden vor Auftreten der COVID-19-Pandemie im persönlichen, direkten Kontakt in der Praxis, $F(4, 726) = .43$, $p = .78$.

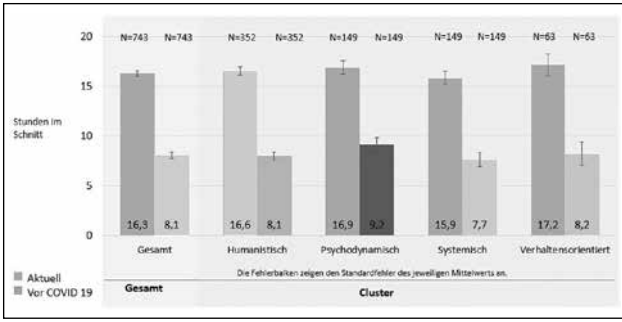


Abbildung 1: Veränderung der Arbeitszeit der PsychotherapeutInnen in der Praxis (Angaben in Stunden pro Woche). N: Stichprobengröße, der Mittelwert ist in den Balken angeführt. Die Fehlerbalken zeigen den Standardfehler des jeweiligen Mittelwerts an.

Veränderung der Arbeitszeit in unterschiedlichen Settings

Zur Erhebung der Veränderung der Arbeitszeit als PsychotherapeutInnen in unterschiedlichen Settings haben die teilnehmenden PsychotherapeutInnen angegeben, in welchen Settings und Stundenausmaß sie wöchentlich vor Auftreten der COVID-19-Pandemie gearbeitet haben und aktuell arbeiten. Es zeigt sich, dass der Zeitpunkt einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Anzahl der geleisteten Stunden hat, und zwar in allen Settings.

So gibt es einen signifikanten Unterschied hinsichtlich des wöchentlichen Stundenausmaßes im **Einzelsetting** in Abhängigkeit vom Befragungszeitraum ($t = -24.45$, $p = .00$, $N = 730$). Vor Auftreten der COVID-19-Pandemie ($M = 17.15$, $SD = 8.15$) arbeiteten PsychotherapeutInnen signifikant mehr Stunden als zum Zeitpunkt der Befragung im März/April 2020 ($M = 11.84$, $SD = 8.34$). Die Effektstärke liegt bei $|d| = .64$ und entspricht damit einem mittleren Effekt.

Auch bei **Paartherapien** kommt es zu signifikanten Reduktionen ($t = -8.41$, $p = .00$, $N = 128$). Vor Auftreten der COVID-19-Pandemie ($M = 3.16$, $SD = 2.37$) arbeiteten PsychotherapeutInnen signifikant mehr Stunden als zum Zeitpunkt der Befragung ($M = 1.42$, $SD = 1.42$). Die Effektstärke liegt bei $|d| = .89$ und entspricht damit einem großen Effekt. Die Rückgänge sind auch bei **Familientherapien** signifikant ($t = -4.54$, $p = .00$, $N = 61$). Vor Auftreten der COVID-19-Pandemie ($M = 3.11$, $SD = 3.03$) arbeiteten PsychotherapeutInnen signifikant mehr Stunden als zum Zeitpunkt der Befragung ($M = 1.74$, $SD = 2.41$). Die Effektstärke liegt bei $|d| = .50$ und entspricht damit einem mittleren Effekt.

Es zeigt sich, dass der gefragte Zeitpunkt auch einen statistisch signifikanten Effekt auf die Anzahl der wöchentlich geleisteten Stunden im Gruppensetting hat ($t = -3.73$, $p = .00$, $N = 67$). Vor Auftreten der COVID-19-Pandemie ($M = 3.67$, $SD = 3.11$) arbeiteten PsychotherapeutInnen signifikant mehr Stunden als zum Zeitpunkt der Befragung ($M = 2.36$, $SD = 3.30$). Die Effektstärke liegt bei $|d| = .41$ und entspricht damit einem kleinen Effekt. Dies trifft auch hinsichtlich des Team-Settings zu ($t = -4.97$, $p = .00$, $N = 83$). Vor Auftreten der COVID-19-Pandemie ($M = 3.83$, $SD = 4.30$) arbeiteten PsychotherapeutInnen signifikant mehr Stunden als zum Zeitpunkt der Befragung ($M = 1.92$, $SD = 2.69$). Die Effektstärke liegt bei $|d| = .53$ und entspricht damit einem mittleren Effekt.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 übersichtlich dargestellt und in Abbildung 2 grafisch veranschaulicht.

	vor COVID-19		aktuell			gepaarter t-Test		
Setting	M	(SD)	M	SD	N	t-Wert	p	|d|
Einzel	17.15	(8.15)	11.84	(8.34)	730	-24.45	.00*	.642
Paar	3.16	(2.37)	1.42	(1.42)	128	-8.41	.00*	.893
Familie	3.11	(3.03)	1.74	(2.41)	61	-4.54	.00*	.502
Gruppe	3.67	(3.11)	2.36	(3.30)	67	-3.73	.00*	.411
Teams	3.83	(4.30)	1.92	(2.69)	83	-4.87	.00*	-.532

Tabelle 1: Veränderung der Arbeitszeit in unterschiedlichen Settings in Abhängigkeit des gefragten Zeitpunkts (vor COVID-19, aktuell). N: Stichprobengröße; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; p: Signifikanzniveau; *: signifikanter Mittelwertsunterschied, p <.05; |d|: Betrag Cohen's d; 1: kleiner Effekt; 2: mittlerer Effekt; 3: großer Effekt

Veränderung der Arbeitszeit über Sprachtelefonate

Zur Erhebung der Veränderung der Arbeitszeit von PsychotherapeutInnen über Sprachtelefonate mussten die teilnehmenden PsychotherapeutInnen angeben, wie viele Stunden wöchentlich sie vor Auftreten der COVID-19-Pandemie mit KlientInnen über Sprachtelefonie gearbeitet haben und wie sie aktuell arbeiten. Es zeigt sich, dass der gefragte Zeitpunkt einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Anzahl der geleisteten Stunden über Sprachtelefonate hat (t = 16.73, p =.00, N = 743).

Vor Auftreten der COVID-19-Pandemie (M =.63, SD = 3.23) arbeiteten PsychotherapeutInnen signifikant weniger Stunden mit Sprachtelefonaten als zum Zeitpunkt der Befragung (M = 4.06, SD = 5.72). Die Effektstärke liegt bei |d| =.74 und entspricht damit einem mittleren Effekt. Abbildung 2 veranschaulicht das Ergebnis grafisch.

Eine ANOVA zeigt, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den psychotherapeutischen Clustern hinsichtlich der Anzahl der geleisteten Stunden aktuell, F(4, 726) = 1.79, p =.13, und der Anzahl der geleisteten Stunden vor Auftreten der COVID-19-Pandemie über Sprachtelefonate gab, F(4, 726) =.77, p =.55.

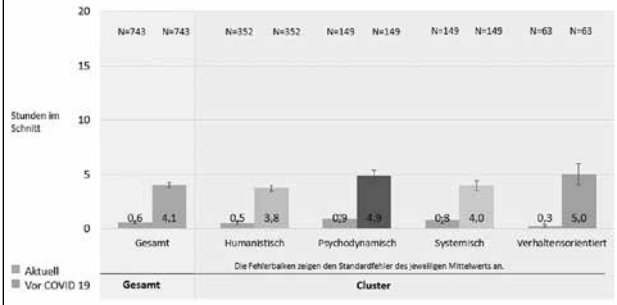


Abbildung 2: Veränderung der Arbeitszeit der PsychotherapeutInnen über Sprachtelefonate (Angaben in Stunden pro Woche). N: Stichprobengröße, der Mittelwert ist in den Balken angeführt. Die Fehlerbalken zeigen den Standardfehler des jeweiligen Mittelwerts an.

Veränderung der Arbeitszeit über Videotelefonate

Zur Erhebung der Veränderung der Arbeitszeit von PsychotherapeutInnen über Videotelefonate mussten die teilnehmenden PsychotherapeutInnen angeben, wie viele Stunden wöchentlich sie vor Auftreten der COVID-19-Pandemie mit KlientInnen über Videotelefonie gearbeitet haben und wie sie aktuell arbeiten. Es zeigt sich, dass der gefragte Zeitpunkt einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Anzahl der geleisteten Stunden über Videotelefonate hat ($t = 17.43$, $p = .00$, $N = 743$).
Vor Auftreten der COVID-19-Pandemie ($M = .88$, $SD = 3.65$) arbeiteten PsychotherapeutInnen signifikant weniger Stunden mit Videotelefonaten als zum Zeitpunkt der Befragung ($M = 4.93$, $SD = 6.03$). Die Effektstärke liegt bei $|d| = .81$ und entspricht damit einem großen Effekt. Abbildung 3 veranschaulicht das Ergebnis grafisch. Eine ANOVA zeigt, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den psychotherapeutischen Clustern hinsichtlich der Anzahl der geleisteten Stunden aktuell, $F(4, 726) = .70$, $p = .59$, und der Anzahl der geleisteten Stunden vor Auftreten der COVID-19-Pandemie über Videotelefonate gab, $F(4, 726) = .58$, $p = .67$.

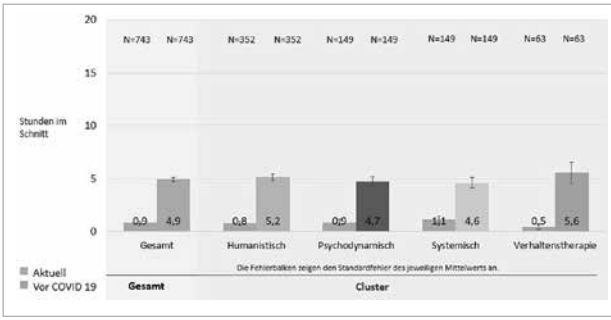


Abbildung 3. Veränderung der Arbeitszeit der PsychotherapeutInnen über Videotelefonate (Angaben in Stunden pro Woche). N: Stichprobengröße; Der Mittelwert ist in den Balken angeführt. Die Fehlerbalken zeigen den Standardfehler des jeweiligen Mittelwerts an.

Neue therapeutische Möglichkeiten mit Sprach- oder Videotelefonie

In der Erhebung der qualitativen Daten wurden unter anderem die neuen therapeutischen Möglichkeiten durch den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie erfragt. Von den 720 PsychotherapeutInnen, welche angeben Sprach- oder Videotelefonie zu verwenden, können auf die Frage „Eröffnen sich für sie neue therapeutische Möglichkeiten mit Sprach- oder Videotelefonie? Wenn ja, welche?“ 403 Personen und somit mehr als die Hälfte der Befragten solche beschreiben, 206 Personen sehen keine oder kaum neue Möglichkeiten, 111 Personen geben keine Antwort bzw. eine nicht auswertbare Antwort. Von den befragten PsychotherapeutInnen sehen 58 Personen Sprach- und Videotelefonie an sich als neue therapeutische Möglichkeit, da sie dadurch nun eine Alternative zum persönlichen Kontakt zur Verfügung haben. Einige davon betonen auch, dass diese Arbeitsweise deutlich besser als gedacht anwendbar sei. Einzelne PsychotherapeutInnen geben in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass es sich nur um eine

realistische Alternative handeln wird, wenn diese Form der Arbeit weiterhin auch als Psychotherapie anerkannt wird.
Die anderen Nennungen sind den Bereichen therapeutischer Rahmen, therapeutischer Prozess und Kontakt zwischen TherapeutIn und KlientIn zuzuordnen.
Insgesamt 162 Personen thematisieren den *therapeutischen Rahmen* in Bezug auf neue therapeutische Möglichkeiten. Dabei wird von den meisten die große örtliche und zeitliche Flexibilität beschrieben. Für Personen, die aufgrund von großer räumlicher Entfernung oder eingeschränkter Mobilität vorübergehend oder dauerhaft keine persönliche Behandlung in Anspruch nehmen können, entsteht durch den Einsatz von Sprach- und Videotelefonie eine neue Möglichkeit. Zugleich eröffnet dies für TherapeutInnen neue Zielgruppen. Auch die zeitliche Flexibilität und die Unabhängigkeit von den üblichen Praxisräumlichkeiten bringt vorteilhafte neue Möglichkeiten. In diesem Zusammenhang beschreiben einzelne TeilnehmerInnen zudem Aspekte der Effizienz, etwa zeitliche oder finanzielle Einsparungen. Der therapeutische Rahmen wird auch insofern verändert, als viele Personen aus ihrer vertrauten Umgebung heraus mit ihrer PsychotherapeutIn in Kontakt treten, was einige TeilnehmerInnen als Sicherheit gebend für die KlientInnen beschreiben.
Die meisten Beschreibungen, insgesamt 246, beziehen sich auf neue Möglichkeiten im therapeutischen Prozess. Die erhöhte Kontinuität im therapeutischen Prozess wird hierbei von 108 PsychotherapeutInnen betont. Ein Aspekt ist das punktuelle Überbrücken von einzelnen Therapiestunden, wenn persönlicher Kontakt nicht möglich ist. Zudem könne die Psychotherapie fortgesetzt werden, wenn persönliche Termine mit der aktuellen PsychotherapeutIn dauerhaft nicht mehr möglich sind, wodurch es zu weniger Therapieabbrüchen komme. Die persönliche Öffnung, also das freie und ausführliche Sprechen über sich selbst und die eigenen Gedanken und Gefühle, falle manchen KlientInnen auch leichter. Dies berichten 42 PsychotherapeutInnen, hier sei durch die Distanz das Ansprechen heikler oder schambesetzter Themen für einzelne KlientInnen einfacher. Eine Psychotherapeutin meint dazu „Körperliche Distanz und Wegfall von Blickkontakt bei telefonischem Setting (=Sprachtelefonie) erleichtert manchen PatientInnen Zugang zu Themen, die zum Beispiel durch Schamgefühle abgewehrt werden."
Ein völlig neuer Aspekt, der sich beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie ergibt, ist der Einblick in die private Umgebung der KlientInnen. 40 PsychotherapeutInnen äußern sich hierzu. Dieser Einblick könne erhöhten Erkenntnisgewinn und vermehrte diagnostische Hinweise bedeuten, bisweilen andere Themen in den Vordergrund bringen beziehungsweise den Transfer der Therapieergebnisse erleichtern. Eine Psychotherapeutin beschreibt dies so „Nachdem der Klient zuhause im eigenen Umfeld ist während des Telefonats, können hier auch speziell konkrete Alltagsthemen besser

erfasst werden/ gleichzeitig neue Verhaltensmöglichkeiten direkter transferiert werden.“ Einige PsychotherapeutInnen erleben das Arbeiten fokussierter, und zwar mit erhöhtem Fokus auf die aktuelle Situation oder die inhaltliche Ebene, manche empfinden die Prozesse auch intensiver. Als vorteilhaft erleben einzelne PsychotherapeutInnen es, dass durch fehlende visuelle Informationen genauere Beschreibungen seitens der KlientInnen notwendig werden. Einzelne Antworten beziehen sich auf erhöhte Eigenverantwortung der KlientInnen und das als positiv bewertete Mitschreiben während der Telefonkontakte.

Die wenigsten Nennungen ergeben sich in Bezug auf den Kontakt zwischen TherapeutIn und KlientIn. Insgesamt nur 24 PsychotherapeutInnen sprechen von positiven Veränderungen, die sie in diesem Zusammenhang beobachten. Davon beziehen sich die meisten auf eine als besonders erlebte Nähe oder Intimität. Manche TherapeutInnen geben an, dass die Beziehung immerhin erhalten, vereinzelt auch intensiviert sein kann. Andere TeilnehmerInnen beschreiben eine intensivere Wahrnehmung der KlientInnen bzw. von Teilaspekten im Kontakt. Einzelne TherapeutInnen betrachten es als positiv, dass sie ihre eigenen Reaktionen auf KlientInnen genauer beobachten und somit korrigieren können. Die Ergebnisse bezogen auf neue therapeutische Möglichkeiten mit Sprach- oder Videotelefonie sind in Tabelle 2 übersichtlich dargestellt.

Kategorie	**Unterkategorie**	**Anzahl**	**Beispiel**
Kontakt		**24**	
	Nähe/Intimität	10	„Ja: Es kann u.U. eine besondere Form der Intimität/Nähe entstehen, die für den therapeutischen Prozess förderlich ist“ (2401, m2, PA3)
	Erhalten/Stärken d. Beziehung	7	„Therapeutische Beziehung kann gehalten werden.“ (251, w, SF)
	Intensivierung Wahrnehmung	5	„Ja, ich vermeide es im direkten Kontakt, den Patienten, die Patientin genau zu betrachten, jetzt ist das kein Problem, weil es nicht bemerkt wird, und manche PatientInnen betrachten auch mich genauer...das ermöglicht neue Wahrnehmungsebenen beiderseits“ (102, w, IG)
	Selbstbeobachtung/-korrektur	2	„Durch den Wegfall der visuellen Informationen muss ich noch genauer auf die stimmlichen Modulationen hören und öfter mal nachfragen, ob ich das richtig verstanden habe und eventuell präziser auf kongruente empathische Resonanzen und komplementäre empathische Resonanzen achten“ (1594, m, KP)

Therapeutischer Prozess		**246**	
	Kontinuität	108	„Betreuung kontinuierlicher möglich, wenn Pat öfter verreist bzw. zwei Wohnsitze“ (156, w, EA)
	Persönliche Öffnung	42	„Menschen, die eher zurückhaltend in der persönlichen Situation sind, werden offener über die Distanz“ (213, w, EA)
	Einblick in privates Umfeld	40	„Ein Einblick in den Alltag der KlientInnen wird möglich und erweitert die Möglichkeiten der Diagnostik.“ (589, w, IT)
	Fokus	29	„die Gespräche verlaufen thematisch konzentrierter, die Klienten schreiben z.B. mit, was in der Praxis selten vorkommen“ (244, m, SF)
	Neue Aspekte/ Themen	9	„Ich glaube auch, dass eine andere Art des Kontaktes andere Themen, Fragen, Möglichkeiten eröffnet, es ist nicht mehr oder weniger Kontakt, es ist ein anderer Kontakt, der eben Anderes ermöglicht.“ (342, w, DG)
	Intensivierung Prozesse	8	„Bei Videotelefonie passieren bei manchen KlientInnen tiefere Prozesse als in den üblichen Praxisstunden“ (190, w, PT)
	Sonstiges	10	
Therapeutischer Rahmen		**162**	
	Örtliche/zeitliche Flexibilität	137	„Mögliche Erreichbarkeit von Menschen, die nicht in die Praxis kommen können“ (481, w, SF)
	Vertraute Umgebung	19	„Für einige PatientInnen war es angenehm im eigenen Zuhause zu sein (der eigene Wohlfühlraum)“ (96, w, IP)
	Effizienz	6	„Praxisraum Miete, Vorbereitung des Raumes etc.“ (556, w, KIP)
Als Alternative / besser als gedacht		**58**	„Es funktioniert besser als gedacht.“ (372, w, IG)

Tabelle 2: Frage: Eröffnen sich für Sie neue therapeutische Möglichkeiten mit Sprach- oder Videotelefonie? Wenn ja, welche? (1) Bei der Zahl in Klammer handelt es sich um den Fragebogen-Code zur Identifizierung des Zitats. (2) „m“ bzw. „w“ geben das Geschlecht der Therapeutin an. (3) Nachfolgende Abkürzungen geben jenes psychotherapeutische Verfahren an, welchem die TherapeutIn angehört; „DG“: Dynamische Gruppenpsychotherapie; „EA“: Existenzanalyse; „IG“: Integrative Gestalttherapie; „IP“: Individualpsychologie; „IT“: Integrative Therapie; „KIP“: Katathym Imaginative Psychotherapie; „KP“: Klientenzentrierte Psychotherapie; „PA“: Psychoanalyse; „PD“: Psychodrama; „PT“: Personzentrierte Psychotherapie; „SF“: Systemische Familientherapie

Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitssituation

Zur Erhebung der Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitssituation mussten die teilnehmenden PsychotherapeutInnen angeben, wie zufrieden sie aktuell mit der Tätigkeit als PsychotherapeutIn bezogen auf den persönlichen, direkten Kontakt in der Praxis, den Kontakt über Sprachtelefonie und den Kontakt über Videotelefonie waren. Die Beantwortung geschah über eine Kunin-Skala, also anhand einer 7-stufigen Gesichter-Skala.

Ein Kruskal-Wallis-Test zeigt, dass das psychotherapeutische Cluster einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit im persönlichen, direkten Kontakt in der Praxis hat ($\chi2(4) = 15.57$, $p = .00$). Anschließend durchgeführte Post-hoc-Tests (einzelne U-Tests) zeigen, dass sich die Cluster „humanistisch“ ($z = -2.65$, $p = .01$, $|d| = .29$ – kleiner Effekt), „systemisch“ ($z = -2.11$, $p = .03$, $|d| = .30$ – kleiner Effekt) und „verhaltensorientiert“ ($z = -3.12$, $p = .00$, $|d| = .54$ – mittlerer Effekt) signifikant vom Cluster „psychodynamisch" unterscheiden. Der „psychodynamische Cluster“ ist signifikant zufriedener im persönlichen Kontakt in der Praxis als die Cluster „humanistisch“, „systemisch“ und „verhaltensorientiert“. Es kam zu keinen signifikanten Unterschieden bei Kontakt über Sprachtelefonie ($\chi2(4) = 3.35$, $p = .50$) oder Videotelefonie ($\chi2(4) = 2.32$, $p = .68$). Abbildung 4 veranschaulicht das Ergebnis grafisch.

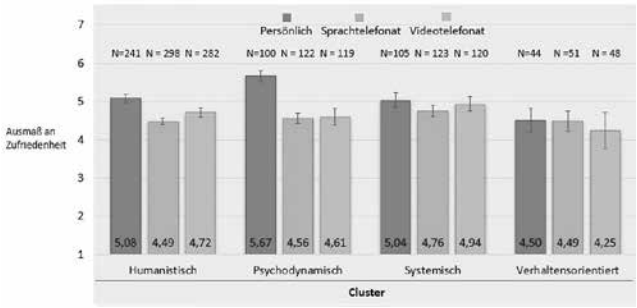


Abbildung 4: Zufriedenheit hinsichtlich persönlichem Kontakt (in der Praxis), Kontakt über Sprachtelefonate und Kontakt über Videotelefonate der PsychotherapeutInnen aufgeteilt über die psychotherapeutischen Cluster. N: Stichprobengröße; Der Mittelwert ist in den Balken angeführt. Die Fehlerbalken zeigen den Standardfehler des jeweiligen Mittelwerts an.

Veränderung der Themen in Psychotherapien

Zur Erhebung möglicher Veränderungen hinsichtlich der Themen in den psychotherapeutischen Prozessen wurden die teilnehmenden PsychotherapeutInnen gebeten, zu bewerten, inwiefern sich seit Beginn der COVID-19-Pandemie spezifische Themen bei ihren KlientInnen verändert haben. Der Wert „1“ stand für eine deutlich geringere Ausprägung („deutlich weniger“) und der Wert „5“ für eine deutlich höhere Ausprägung („deutlich mehr“). Eine mittlere Ausprägung stand für keine Veränderung.

Es zeigt sich, dass sich KlientInnen laut der Einschätzungen der PsychotherapeutInnen

zu mehreren Themen „vermehrt“ („4“) Gedanken machen (nachfolgend im Mittelwert absteigend die 5 meistgenannten Themen: Ängste und Sorgen, M = 4.25; Einsamkeit, M = 4.20; Finanzielle Krisen, M = 3.97; Berufliche Krisen, M = 3.93; Niedergeschlagenheit, M = 3.80). Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 übersichtlich dargestellt.

Thema	N	M	(SD)
Ängste und Sorgen	726	4.25	(.78)
Einsamkeit	725	4.20	(.82)
Finanzielle Krisen	722	3.97	(.79)
Berufliche Krisen	724	3.93	(.83)
Niedergeschlagenheit	725	3.80	(.78)
Antriebslosigkeit	724	3.69	(.83)
Beziehungskrisen	724	3.65	(.81)
Sinnkrisen	723	3.58	(.84)
Veränderte Kalorienaufnahme	719	3.53	(.74)
Lebensplanung	722	3.52	(.03)
Alkohol-/Zigaretten-/Drogenkonsum	717	3.40	(.03)
Körperliche Beschwerden	721	3.38	(.03)
Erhöhte Aggressionsbereitschaft und Gewalt	723	3.24	(.02)

Tabelle 3: Veränderung der Themen in Psychotherapien während der COVID-19-Pandemie. n: Stichprobengröße; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung.

Zusammenfassung und Diskussion

Unserer Studie hat auf der Grundlage einer weitgehend repräsentativen und umfangreichen Stichprobe bestätigt, dass die COVID-19-Pandemie auch für die PsychotherapeutInnen und deren KlientInnen massive Auswirkungen hat. In der ersten Phase der Pandemie, also im ersten Lockdown konnten die befragen TherapeutInnen nur etwa die Hälfte ihrer üblichen Stunden anbieten. Dies bedeutet vor allem, dass es in einer insgesamt belastenden Situation am Beginn der Pandemie zu einer massiven Einschränkung

der Versorgungsleistung für die KlientInnen gekommen ist. Dies verweist klar auf Versorgungsdefizite in einer angespannten Situation, in der insgesamt von einer Zunahme psychosozialer Problemlagen auszugehen ist.
Aber auch die PsychotherapeutInnen selbst waren massiv in ihrer wirtschaftlichen Situation betroffen, da ein Großteil in freier Praxis tätig ist und dort das Einkommen eine direkte Folge der angebotenen Leistungen ist, während die Fixkosten (Praxismieten etc.) meist unverändert geblieben sind. Der Rückgang betrifft sämtliche PsychotherapeutInnen, unabhängig von ihrer therapeutischen Orientierung. Der etwas höhere Rückgang der Behandlungsstunden im Vergleich zu ähnlichen Studien könnte am Erhebungszeitpunkt, gegen Ende der ersten Phase des Lockdowns, gelegen sein und zeigt so vermutlich eine realistische Einschätzung der Reduktion der Versorgungsleistung in dieser Phase.
Alle angebotenen psychotherapeutischen Settings sind von diesem Rückgang in ähnlicher Weise betroffen, wobei die anteiligen Rückgänge in den Mehrpersonensettings noch etwas höher sind.
Nach den Angaben der PsychotherapeutInnen hatten therapeutische Angebote über Sprachtelefonie bereits vor der Pandemie einen zumindest sehr geringen Umfang, der sich nun in der Lockdown-Phase vervielfacht hat. Im Schnitt werden nun rund vier Stunden pro Woche in diesem Setting angeboten, wobei auch dies unabhängig von den psychotherapeutischen Ausrichtungen ist. Noch deutlicher ist der Zuwachs bei den Videotelefonaten, die vor der Pandemie kaum angeboten wurden und nun im Mittel bei etwa fünf Stunden pro Woche liegen. In diesem Bereich sind weitere positive Entwicklungen für die Psychotherapien möglich, wobei der Umgang erst gelernt, die Chancen und die Grenzen dieses Mediums erst ausgelotet werden müssen.
Auf die Frage nach neuen therapeutischen Möglichkeiten durch den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie werden von mehr als der Hälfte der befragten PsychotherapeutInnen solche beschrieben. Einige TeilnehmerInnen sehen den Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie an sich als neue therapeutische Möglichkeit, da sie dadurch eine hilfreiche Alternative zum persönlichen Kontakt gewinnen. In Bezug auf den therapeutischen Rahmen schätzen PsychotherapeutInnen vor allem die hohe örtliche und zeitliche Flexibilität, was zum einen neue Zielgruppen eröffnet und zum anderen im therapeutischen Prozess zu einer erhöhten Kontinuität führen kann. Die Veränderung des Settings, wodurch viele KlientInnen in ihrer vertrauten Umgebung Kontakt mit der PsychotherapeutIn aufnehmen, kann Sicherheit gebend sein und eine vermehrte persönliche Öffnung wird von einem Teil der PsychotherapeutInnen bei bestimmten KlientInnen erlebt. Einige empfinden das therapeutische Arbeiten als fokussierter. Der Einblick in die private Umgebung der KlientInnen kann zeitweise den Transfer der Therapieergebnisse erleichtern. Die wenigsten Beschreibungen zu neuen

therapeutischen Möglichkeiten ergeben sich mit Bezug auf den Kontakt zwischen TherapeutIn und KlientIn, also die therapeutische Beziehung, erlebte Nähe und gegenseitige Wahrnehmung. Im Zusammenspiel mit den Beschreibungen von Einschränkungen beim Einsatz von Sprach- oder Videotelefonie und durch die Ergänzung von Erfahrungen der PsychotherapeutInnen im zweiten Lockdown wird sich noch ein differenzierteres Bild der Thematik ergeben.

Insgesamt weisen die PsychotherapeutInnen, auch in dieser schwierigen Situation der ersten Phase der Pandemie eine weitgehend zufriedenstellende Qualität des Arbeitslebens auf. Die Zufriedenheit mit den „neuen" Medien (also Sprach- und Videotelefonie) ist jedoch im Vergleich zur Zufriedenheit mit den persönlichen Kontakten deutlich reduziert. Auffällig, aber nicht unbedingt unerwartet ist der Befund, dass der Unterschied der Zufriedenheit zwischen persönlichen Begegnungen und solchen über Sprach- bzw. Videotelefonie bei den PsychotherapeutInnen im humanistischen und psychodynamischen Cluster besonders ausgeprägt ist. Diese beiden Cluster zeichnen sich ja in ihren Konzepten durch eine ganz besondere Beachtung der therapeutischen Beziehung aus. Hier stellt sich daher in besonderem Ausmaß die Frage, inwieweit ein solches Beziehungsangebot über „technische" Medien hinreichend umgesetzt werden kann.

Bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Pandemie nehmen die befragten PsychotherapeutInnen deutliche Veränderungen in den Themen der Psychotherapien war. Nicht unerwartet sind dabei die Bereiche wo besonders starke Veränderungen verzeichnet werden: Ängste, Sorgen Einsamkeit, Niedergeschlagenheit, berufliche und finanzielle Krisen. Es ist zu befürchten, dass mit dem Andauern der Pandemie diese – zu diesem Zeitpunkt ersten – psychosozialen Auswirkungen weiter zunehmen werden.

Wir erwarten von den Erhebungen im zweiten Lockdown weitere Hinweise auf die zeitliche Dimension der in dieser Studie gemachten Beobachtungen.

Danksagung: Wir bedanken uns bei allen TeilnehmerInnen der Erhebung.

Mag.[a] Dr.[in] Claudia Höfner, MSc
Psychotherapeutin (Integrative Therapie), Klinische, Gesundheits- und Arbeitspsychologin, Soziologin, Lehrtherapeutin (IT), Leiterin der Fachsektion Integrative Therapie im ÖAGG.
Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, A-1080 Wien, Lenaugasse 3. Kontakt: praxis@claudiahoefner.at; +43 650 9203455

Mag. Gerd Mantl, MSc
Psychotherapeut (IT), Klinischer Psychologe (Notfallpsychologie), Gesundheitspsychologe
Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, A-1080 Wien, Lenaugasse 3. Kontakt: psychotherapie.mantl@gmail.com

Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka
Psychotherapeut (Personzentrierte Psychotherapie), Supervisor, Gesundheitspsychologe, Lehrtherapeut, Leiter des ULG Psychotherapeutisches Propädeutikum und des ULG Personzentrierte Psychotherapie (Masterlehrgang), Lehr- und Forschungstätigkeit an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien. Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Institut für Arbeits-, Wirtschafts- und Sozialpsychologie (Arbeits- und Organisationspsychologie); A-1010 Wien, Universitätsstraße 7; Kontakt: christian.korunka@univie.ac.at

Markus Hochgerner, MSc MSc
Psychotherapeut (IG/IT/KBT), Lehrtherapeut, Gesundheitspsychologe, Dipl. Sozialarbeiter, Lebens- und Sozialberater, Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, A-1080 Wien, Lenaugasse 3. Kontakt: markus@hochgerner.ne

Mag.[a] Magdalena Straßer
Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision (IG), Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, A-1080 Wien, Lenaugasse 3. Kontakt: psychotherapie.mstrasser@gmail.com

Literatur

Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E., Bailer, H., Grulke, N. (2005). **Überprüfung der Gütekriterien der deutschen Kurzform des Fragebogens Profile of Mood States (POMS) in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe.** Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 21, S. 221-228. doi: 10.1055/s-2004-83472.

BMSGPK. (2020). **PatientInnen/Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren.** https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:067ed3c8-aaea-4c84-84c2-a3afb-9cef836/Patienteninformation_(BMGSPK),_Stand_29.04.2020.pdf Abg. 20.12.2020

Boldrini, T., Lomoriello, A. S., Del Corno, F., Lingiardi, V., Salcuni, S. (2020). **Psychotherapy during COVID-19: How the clinical practice of Italian psychotherapists changed during the pandemic.** Frontiers in Psychology, 11, 591170.

Hickel, J., Korunka, C. (2005). **Job burnout among Austrian psychotherapists.** In Korunka, C. & Hoffmann, P. (Eds). Change and Quality in Human Service Work (Organizational Psychology and Health Care, Volume 4, Series editors: J. M. Peiro & W. Schaufeli). München: Hampp Publishers (S. 227-240).

Höfner, C., Hochgerner, M., Mantl, G., Stefan, R., Stammer, J. (2021). **Telepsychotherapie als Chance und Herausforderung: Eine longitudinale Mixed-Methods Studie.** Psychotherapie Forum, 25(1-2), in Druck.

Mantl, G., Höfner, C., Stefan, R., Stammer, J., Hochgerner, M. (2021). **Psychotherapie in der Krise. Eine Längsschnittstudie zur Lebens- und Arbeitssituation von PsychotherapeutInnen.** Feedback – Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung, 1&2, in Druck.

Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1996). **The Maslach Burnout Inventory Manual.** 2nd Ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

McBeath, A.G., du Plock, S., Bager-Charleston, S. (2020). **The challenges and experiences of psychotherapists working remotely during the coronavirus pandemic.** Counseling and Psychotherapy Research, 20 (3), S. 394-405. doi: 10.1002/capr.12326.

Probst, T., Stippl, P., Pieh, C. (2020). **Changes in provision of psychotherapy in the early weeks of the COVID-19 lockdown in Austria.** International Journal of Environmental Research and Public Health, 17, 3815.

Rammstedt, B., Kemper, C. J., Klein, M. C., Beierlein, C., Kovaleva, A. (2012). **Eine kurze Skala zur Messung der fünf Dimensionen der Persönlichkeit: Big-Five-Inventory-10 (BFI-10).** (GESIS-Working Papers, 2012/23). Mannheim: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-312133 Abg. 23.01.2021

Sonnentag, S., Fritz, C. (2007). **The Recovery Experience Questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work.** Journal of Occupational Health Psychology, 12 (3), S. 204–221.

Psychotherapie in der Krise. Eine Längsschnittstudie zur Lebens- und Arbeitssituation von PsychotherapeutInnen.

Gerd Mantl, Claudia Höfner, Robert Stefan, Julia Stammer, Markus Hochgerner

Abstract

Es ist noch wenig bekannt, wie sich eine lang andauernde, alle Lebensbereiche erfassende pandemische Krise auf die Lebens- und Arbeitssituation von PsychotherapeutInnen auswirkt. Der vorliegende Beitrag präsentiert Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung und fokussiert dabei Fragen bezüglich spezifischer Gedanken von PsychotherapeutInnen während der Krise, Selbsteinschätzung bezüglich Lebensqualität, Resilienz und affektive Gestimmtheit. Das Mixed-Methods Forschungsdesign ermöglicht über die Auswertung offener Fragen detaillierte Einblicke in die Lebens- und Arbeitssituation von PsychotherapeutInnen, deren Sorgen, Ängste und Zukunftserwartungen. Es zeigen sich für den Zeitraum des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 anhand von zwei Messzeitpunkten eine überdurchschnittlich hohe Lebensqualität, Resilienz und positive Affektivität, wobei sich die Einschätzungen über den Zeitraum verändern. Außerdem verändert sich die Gewichtung spezifischer Gedanken, bei Sorgen und Ängsten sowie den Zukunftserwartungen bezüglich der COVID-19 Krise über den Untersuchungszeitraum.

Einleitung

Die COVID-19 Pandemie hat die Arbeitsbedingungen von PsychotherapeutInnen schlagartig verändert. Zum einen mussten Behandlungen unvermittelt auf Telepsychotherapie umgestellt werden (Höfner et al. 2021, Markowitz et al. 2020, Probst et al. 2021), zum anderen hat sich die Face-to-Face Situation in der regulären Praxis stark verändert: Physische Distanzierung, sich verändernde und verschärfende Hygieneregeln, das Tragen von Mundnasenschutz, regelmäßiges Desinfizieren und Lüften sowie stark reglementierte Rahmenbedingungen in Institutionen prägen den Arbeitsalltag (ÖBVP 2020). Hinzu kommt die Sorge in allen Gesundheitsberufen, sich selbst oder KlientInnen bzw. PatientInnen zu infizieren (Mulfinger et al. 2020).
Es liegen vereinzelt Studien zu Auswirkungen von Pandemien (SARS, MERS, Ebola) auf Angehörige der Gesundheitsberufe in kleineren Teilen der Welt vor; diese untersuchten vorwiegend medizinisches Personal wie ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen (Mulfinger et al. 2020). Noch wenig bekannt ist, wie sich eine lang andauernde, alle

Lebensbereiche erfassende pandemische Krise spezifisch auf die Lebens- und Arbeitssituation von PsychotherapeutInnen auswirkt. In geringer Zahl liegen bereits zu einzelnen Aspekten Querschnittsuntersuchungen zu dieser Frage vor (z.B. Probst et al. 2020). Dringend erforderliche Längsschnittuntersuchungen sind noch weitgehend ein Forschungsdesiderat

Der vorliegende Beitrag präsentiert Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung und fokussiert dabei Fragen bezüglich spezifischer Gedanken von PsychotherapeutInnen während der Krise, Selbsteinschätzung bezüglich Lebensqualität, Resilienz sowie affektive Gestimmtheit. Das Mixed-Methods Forschungsdesign ermöglicht über die Auswertung offener Fragen einen kleinteiligeren Blick auf die eben genannten Aspekte.

Studiendesign, Messzeitpunkte und Stichprobe

Es kam über SociSurvey zu einer Online-Befragung zu drei Testzeitpunkten (t1: 06.04. – 30.04.2020, t2: 12.05. – 14.06.2020, t3: 20.11. – 19.12.2020) mittels eines Fragebogens, welcher offene und geschlossene Fragen kombiniert. Die Einladung zur Online-Befragung erfolgte per Link in einer E-Mail, welche an PsychotherapeutInnen des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) geschickt wurde. Mit dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie wurden Fragen zur Veränderung von spezifischen Gedanken der PsychotherapeutInnen, von Themen in der Psychotherapie, von Symptomen und Störungen bei den KlientInnen bzw. PatientInnen gestellt. Zusätzlich wurde erfasst, inwiefern die gegebene Ausnahmesituation zukünftig negative, aber auch positive Auswirkungen haben wird. Außerdem kam es zur Erhebung der Lebensqualität (WHOQOL-BREF, Angermeyer et al. 2000), der Resilienz (CD-RISC-10, Sarubin et al. 2015) und der Affektivität (PANAS, Janke & Glöckner-Rist 2012) mittels standardisierter Fragebögen. Eine weitere Veröffentlichung (Höfner et al. 2021) umfasste Fragen zur therapeutischen Beziehung sowie zu den Erfahrungen mit neuen Medien in der Psychotherapie und dem veränderten Einsatz von Behandlungstechniken. Messzeitpunkt t3 wird aktuell noch ausgewertet, weshalb nachfolgend nur Ergebnisse aus t1 und t2 vorgestellt werden. Zwischen den beiden Messzeitpunkten kam es zu keiner Anpassung des Fragebogens, weshalb dieselben Variablen bzw. Fragen erhoben worden sind.

In Österreich sind 23 psychotherapeutische Verfahren vom Bundesministerium anerkannt, wobei diese den vier Grundströmungen psychodynamisch, humanistisch, systemisch und verhaltensorientiert zugeordnet werden können (BMSGPK 2020). Die humanistische Orientierung ist bei allen Messzeitpunkten mit rund 69% entsprechend der fachspezifischen Verteilung im ÖAGG überrepräsentiert. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und jederzeit ohne Nachteil abzubrechen. Beim ersten Messzeitpunkt t1 liegen 175 (79.4% Frauen) vollständig ausgefüllte Online-Fragebögen

vor. Das Alter lag mit einem M = 6.49 (SD = 1.99) zwischen den Kategorien 50-54 Jahre und 55-59 Jahre. 54 TeilnehmerInnen (30.9%) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in Ausbildung unter Supervision. Beim zweiten Messzeitpunkt t2 liegen 177 (79.1% Frauen) vollständig ausgefüllte Online-Fragebögen vor. Das Alter lag mit einem M = 6.99 (SD = 1.90) bei der Kategorie 55-59 Jahre. 57 TeilnehmerInnen (32.2%) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in Ausbildung unter Supervision.
Da eine vollständige Anonymisierung ohne Möglichkeit von Rückschlüssen auf einzelne Personen zugesichert wurde, kam es nach den Erhebungen zu einer strengen, manuellen Zuordnung der Fälle in Bezug auf bestimmte Kriterien (Geschlecht, Altersgruppe, Bundesland, Bildung, Familienstand, psychotherapeutisches Verfahren) um übereinstimmende Fälle im Sinne der Messwiederholung bzw. der statistischen Zwillinge zu identifizieren. Es kam somit nach der paarweisen Zuordnung zu einer Fallzahl von 53 PsychotherapeutInnen (77.4% Frauen), welche über die ersten beiden Messzeitpunkte hinweg teilnahmen. Das Alter lag mit einem M = 6.17 (SD = 1.93) nahe der Kategorie 50-54 Jahre. 17 TeilnehmerInnen (32.1%) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in Ausbildung unter Supervision.

Veränderung spezifischer Gedanken

Zur Erhebung der Veränderung hinsichtlich spezifischer Gedanken wurden die teilnehmenden PsychotherapeutInnen gebeten, zu bewerten, inwiefern sie sich in den letzten 3 Wochen Gedanken zu vorgegebenen Themen gemacht haben. Der Wert „1“ stand für eine deutlich geringere Ausprägung („deutlich weniger“) und der Wert „5“ für eine deutlich höhere Ausprägung („deutlich mehr“). Eine mittlere Ausprägung stand für keine Veränderung.
Betrachtet man die Phase des Lockdowns (t1), so fällt auf, dass sich PsychotherapeutInnen zu mehreren Themen „mehr“ („4“) bis „deutlich mehr“ („5“) Gedanken machen (nachfolgend im Mittelwert absteigend angeführt: Richtlinien und Empfehlungen der Regierung, M = 4.42; Wirtschaftskrise, M = 4.26; Umsatzeinbußen, M = 4.17; Politik, M = 4.13; Freiheit, M = 4.09; Zukunft, M = 4.08; Familie und Verwandtschaft, M = 4.02; Solidarität, M = 4.02; Demokratie, M = 4.01). In der Phase der Lockerung (t2) machen sich PsychotherapeutInnen nur hinsichtlich Richtlinien und Empfehlungen der Regierung (M = 4.01) „mehr“ Gedanken. Betrachtet man die Messwerte aus der paarweisen Zuordnung, so zeigt sich, dass es signifikante Unterschiede in der Ausprägung spezifischer Gedanken (Richtlinien und Empfehlungen der Regierung; Zukunft; Wirtschaftskrise; Umsatzeinbußen; Politik; Big Data; körperliche Gesundheit und Krankheiten; das Sterben und den Tod; das Leben; Familie und Verwandtschaft; Solidarität; Materielle Sicherheiten; Tagesstruktur) in Abhängigkeit des Messzeitpunktes gibt. Bei allen, in der Klammer genannten, spezifischen Gedanken nahm die

Ausprägung in der Phase der Lockerung (t2) signifikant ab, d.h. PsychotherapeutInnen machten sich zu diesen Themen weniger Gedanken. Alle Effekte sind mittel oder groß. Details hierzu finden sich in Tabelle 1.

	t1 (06.04.-30.04.2020)			t2 (12.05.-14.06.2020)			t1 und t2 im Vergleich			
Item	N	M	(SD)	N	M	SD	z-Wert	p	|d|	N
Richtlinien und Empfehlungen der Regierung	173	4.42	(.67)	172	4.01	(.86)	-3.251	.001*	-1.0102	52
meinen Beruf	171	3.85	(.80)	166	3.71	(.71)	-1.272	.203	-	49
meinen Arbeitsplatz	155	3.75	(.87)	144	3.55	(.82)	-1.427	.154	-	44
Zukunft	171	4.08	(.70)	174	3.93	(.74)	-2.150	.032*	-.6311	51
Stabilität	160	3.85	(.67)	165	3.75	(.74)	-1.569	.117	-	44
Wirtschaftskrise	171	4.26	(.78)	171	3.96	(.76)	-2.874	.004*	-.8902	50
Umsatzeinbußen	162	4.17	(.89)	160	3.75	(.93)	-3.036	.002*	-1.0942	40
Politik	170	4.13	(.76)	174	3.94	(.83)	-2.376	.018*	-.7211	49
Big Data	156	3.76	(.78)	140	3.46	(.98)	-2.702	.007*	-.9042	43
körperliche Gesundheit und Krankheiten	172	3.85	(.74)	169	3.66	(.73)	-2.080	.038*	-.6151	50
psychische Gesundheit und Störungen	170	3.65	(.76)	169	3.62	(.75)	-1.619	.105	-	51
das Sterben und den Tod	165	3.63	(.76)	171	3.43	(.79)	-2.413	.016*	-.7521	47
das Leben	170	3.87	(.74)	174	3.57	(.72)	-2.497	.013*	-.7551	50
Freundschaft	171	3.84	(.76)	171	3.68	(.77)	-1.616	.106	-	49
Familie und Verwandtschaft	175	4.02	(.68)	170	3.74	(.75)	-2.322	.020*	-.6881	51
Demokratie	167	4.01	(.74)	169	3.86	(.87)	-1.874	.061	-	49
Freiheit	167	4.09	(.77)	171	3.86	(.89)	-1.543	.123	-	49
Solidarität	172	4.02	(.77)	167	3.80	(.74)	-3.762	.000*	-1.3132	47
Materielle Sicherheiten	173	3.97	(.76)	172	3.59	(.74)	-2.757	.006*	-.8472	50
Tagesstruktur	166	3.66	(.78)	171	3.40	(.68)	-2.266	.023*	-.6691	51
Normen und Werte	169	3.86	(.68)	168	3.78	(.75)	-1.899	.058	-	47

Tabelle 1: Veränderung hinsichtlich spezifischer Gedanken in Abhängigkeit beider Messzeitpunkte. Der Wert „1“ stand für eine deutlich geringere Ausprägung und der Wert „5“ für eine deutlich höhere Ausprägung der Gedanken. Eine mittlere Ausprägung stand für keine Veränderung. In der Tabelle sind nur jene Gedanken angeführt, welche entweder zu t1 oder t2 ein M > 3.60 haben. N: Stichprobengröße; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t1: Messzeitpunkt 1; t2: Messzeitpunkt 2; p: Signifikanzniveau; *: signifikanter Mittelwertsunterschied, p <.05; |d|: Betrag Cohen‘s d; 1: mittlerer Effekt; 2: großer Effekt.

Selbsteinschätzung der Lebensqualität

Zur Erhebung der Lebensqualität wurde für die vorliegende Studie die Kurzversion des WHOQOL (Angermeyer et al. 2000), nämlich der WHOQOL-BREF verwendet. Die Items waren auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten, welche sich auf den Zeitraum der vergangenen zwei Wochen bezogen. Ein Blick auf die Unterschiede hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität der PsychotherapeutInnen zeigt, dass diese bei t1 (N = 175, M = 78.57 (SD = 14.55)) und tendenziell etwas mehr bei t2 (N = 177, M = 79.24 (SD = 16.74)) hoch ausgeprägt ist. Betrachtet man die Messwerte aus der paarweisen Zuordnung, so zeigt sich, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Lebensqualität in Abhängigkeit des Messzeitpunktes gibt ($t(52) = 1.080$, $p = .285$, N = 53). Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 2 zusammengefasst.

Zusätzlich wurde untersucht, ob sich PsychotherapeutInnen in der Ausprägung der Lebensqualität unterschieden, wenn die Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war. Das Ausmaß der subjektiven Lebensqualität unterschied sich bei t1 statistisch signifikant zwischen PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war (N = 85, M = 75.88 (SD = 15.64)), und jenen die weitere Einkommensquellen hatten (N = 90, M = 81.11 (SD = 13.02)), $t(173) = -2.409$, $p = .017$, $d = -.364$. Die Effektstärke liegt bei $|d| = .37$ und entspricht damit einem kleinen Effekt. Bei t2 kam es zu keinem statistisch signifikanten Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war (N = 79, M = 77.85 (SD = 17.33)), und jenen die weitere Einkommensquellen hatten (N = 98, M = 80.36 (SD = 16.25)), $t(175) = -.991$, $p = .323$. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 3 zusammengefasst.

Selbsteinschätzung der Resilienz

Zur Erhebung der **Resilienz** wurde für die vorliegende Studie die deutschsprachige 10-Item Version der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10, Sarubin et al. 2015) verwendet. Die Items waren auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten. Ein Blick auf die Unterschiede hinsichtlich der Resilienz der PsychotherapeutInnen zeigt, dass diese bei t1 (N = 175, M = 40.02 (SD = 3.97)) und bei t2 (N = 177, M = 40.27 (SD = 4.11)) sehr hoch ausgeprägt war. Betrachtet man die Messwerte aus der paarweisen Zuordnung, so zeigt sich, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Resilienz in Abhängigkeit des Messzeitpunktes gibt ($t(52) = .050$, $p = .960$, N = 53). Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 2 zusammengefasst.

Es wurde ferner untersucht, ob sich PsychotherapeutInnen in der Ausprägung der Resilienz unterschieden, wenn die Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war. Das Ausmaß der Resilienz unterschied sich bei t1 statistisch nicht signifikant zwischen PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die

einzige Einkommensquelle war (N = 85, M = 39.72 (SD = 3.83)) und jenen, die weitere Einkommensquellen hatten (N = 90, M = 40.31 (SD = 4.10)), t(173) = -.989, p =.324. Bei t2 kam es auch zu keinem statistisch signifikanten Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war (N = 79, M = 40.38 (SD = 3.60)) und jenen, die weitere Einkommensquellen hatten (N = 98, M = 40.17 (SD = 4.50)), t(175) =.331, p =.741. PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war, waren somit während der Phase des Lockdowns (t1) und der Phase der Lockerung (t2) nicht unterschiedlich resilient. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 3 zusammengefasst.

Selbsteinschätzung der Affektivität: Ängste, Sorgen und Erwartungen

Zur Erhebung der **Affektivität** wurde für die vorliegende Studie die deutschsprachige 20-Item Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) verwendet (Breyer und Bluemke 2016). Positiver Affekt bezeichnet einen enthusiastischen, aktiven und wachen Zustand, negativer Affekt das Ausmaß negativer Anspannung durch Niedergeschlagenheit, Ärger und Angst. Die Items waren auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten.

Ein Blick auf die Unterschiede hinsichtlich der **positiven Affektivität** der PsychotherapeutInnen zeigt, dass diese bei t1 (N = 173, M = 3.29 (SD =.60)) und bei t2 (N = 177, M = 3.47 (SD =.66)) eher hoch ausgeprägt ist. Betrachtet man die Messwerte aus der paarweisen Zuordnung, so zeigt sich, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied in der positiven Affektivität in Abhängigkeit des Messzeitpunktes gibt (t(52) = -.568, p =.573, N = 53). Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 2 zusammengefasst.

Es wurde außerdem untersucht, ob sich PsychotherapeutInnen in der Ausprägung der positiven Affektivität unterschieden, wenn die Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war. Das Ausmaß der positiven Affektivität unterschied sich bei t1 statistisch signifikant zwischen PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war (N = 83, M = 3.17 (SD =.63)) und jenen, die weitere Einkommensquellen hatten (N = 90, M = 3.40 (SD =.55)), t(171) = -2.498, p =.013, d = -.380. Die Effektstärke liegt bei |d| =.38 und entspricht damit einem kleinen Effekt. Bei t2 kam es zu keinem statistisch signifikanten Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war (N = 79, M = 3.46 (SD =.70)), und jenen die weitere Einkommensquellen hatten (N = 98, M = 3.48 (SD =.62)), t(175) = -.211, p =.833. PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war, hatten somit während der Phase des Lockdowns (t1) eine niedrigere positive Affektivität, wobei es in der Phase der Lockerung (t2) zu einer Angleichung kam. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 3 zusammengefasst.

Ein Blick auf die Unterschiede hinsichtlich der **negativen Affektivität** der PsychotherapeutInnen zeigt, dass diese bei t1 (N = 174, M = 1.65 (SD =.50)) und bei t2 (N = 177, M = 1.55 (SD =.45)) sehr niedrig ausgeprägt ist und mit der Zeit tendenziell sinkt. Betrachtet man die Messwerte aus der paarweisen Zuordnung, so zeigt sich, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied in der negativen Affektivität in Abhängigkeit des Messzeitpunktes gibt (t(52) = -.164, p =.870, N = 53). Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 2 zusammengefasst.

	t1 (06.04.-30.04.2020)			**t2 (12.05.-14.06.2020)**			**t1 und t2 im Vergleich**			
Dimension	N	M	(SD)	N	M	SD	t-Wert	p	N	|d|
Lebensqualität	175	78.57	(14.55)	177	79.24	(16.74)	1.080	.285	53	-
Resilienz	175	40.02	(3.97)	177	40.27	(4.11)	.050	.960	53	-
Positive Affektivität	173	3.29	(.60)	177	3.47	(.66)	-.568	.573	53	-
Negative Affektivität	174	1.65	(.50)	177	1.55	(.45)	-.164	.870	53	-

Tabelle 2: Veränderung hinsichtlich Lebensqualität. Resilienz und Affektivität in Abhängigkeit beider Messzeitpunkte. N: Stichprobengröße; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t1: Messzeitpunkt 1; t2: Messzeitpunkt 2; p: Signifikanzniveau; *: signifikanter Mittelwertsunterschied, p <.05; |d|: Betrag Cohen's d

Wie bei den vorangegangenen Auswertungen wurde untersucht, ob sich PsychotherapeutInnen in der Ausprägung der negativen Affektivität unterschieden, wenn die Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war. Das Ausmaß der negativen Affektivität unterschied sich bei t1 statistisch nicht signifikant zwischen PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war (N = 84, M = 1.72 (SD =.53)) und jenen, die weitere Einkommensquellen hatten (N = 90, M = 1.58 (SD =.46)), t(172) = 1.810, p =.072. Bei t2 kam es auch zu keinem statistisch signifikanten Unterschied zwischen PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war (N = 79, M = 1.57 (SD =.48)) und jenen, die weitere Einkommensquellen hatten (N = 98, M = 1.53 (SD =.42)), t(175) =.564, p =.574. PsychotherapeutInnen, deren Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle war, hatten somit während der Phase des Lockdowns (t1) und in der Phase der Lockerung (t2) keine signifikant unterschiedliche negative Affektivität im Vergleich zu PsychotherapeutInnen mit weiteren Einkommensquellen. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 3 zusammengefasst.

	EE			ZE			EE und ZE im Vergleich			
Dimension	N	M	(SD)	N	M	SD	t-Wert	p	|d|	|d|
Lebensqualität (t1)	85	75.88	(15.64)	90	81.11	(13.02)	-2.409	.017*	.3641	-
Lebensqualität (t2)	79	77.85	(17.33)	98	80.36	(16.25)	-.991	.323	-	-
Resilienz (t1)	85	39.72	(3.83)	90	40.31	(4.10)	-.989	.324	-	-
Resilienz (t2)	79	40.38	(3.60)	98	40.17	(4.50)	.331	.741	-	-
Pos. Affektivität (t1)	83	3.17	(.63)	90	3.40	(.55)	-2.498	.013*	-.3801	
Pos. Affektivität (t2)	79	3.46	(.70)	98	3.48	(.62)	-.211	.833	-	
Neg. Affektivität (t1)	84	1.72	(.53)	90	1.58	(.46)	1.810	.072	-	
Neg. Affektivität (t2)	79	1.57	(.48)	98	1.53	(.42)	.564	.574	-	

Tabelle 3: Veränderung hinsichtlich Lebensqualität. Resilienz und Affektivität in Abhängigkeit davon, ob die Tätigkeit als PsychotherapeutIn die einzige Einkommensquelle (EE) war, oder ob zu t1 und t2 zusätzliches Einkommen (ZE) vorhanden war. N: Stichprobengröße; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t1: Messzeitpunkt 1; t2: Messzeitpunkt 2; p: Signifikanzniveau; *: signifikanter Mittelwertsunterschied, p <.05; |d|: Betrag Cohen's d; 1: kleiner Effekt

Ängste und Sorgen während und mit Ende des ersten Lockdowns

Es wurde die offene Frage gestellt: „Welche Ängste und Sorgen hatten Sie innerhalb der letzten drei Wochen?". Die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring zeigt, dass der größte Teil der Befragten vor allem Ängste und Sorgen bezogen auf das Thema Erkrankung hatte (t1: 96 [1], t2: 37). Am häufigsten wird die Angst vor einer Erkrankung im nahen Umfeld angegeben, zu Beginn des Lockdowns im März 2020 mehr als doppelt so oft wie zum Zeitpunkt der Lockerungen (t1: 44, t2: 21). Ängste bzw. Sorgen vor einer persönlichen Erkrankung werden von den Befragten deutlich seltener genannt (t1: 24, t2: 8).

Ein weiterer größerer Teil der Befragten gibt an, dass sich ihre Ängste und Sorgen vor allem auf private Angelegenheiten bezogen (t1: 63, t2: 66). Am häufigsten werden hier Sorgen um Angehörige (t1: 28, t2: 10), aber auch eigene vielfältige Befindlichkeitsstörungen (t1: 8, t2: 14) wie beispielsweise „psychosomatische Kopfschmerzen"

1 Die Anzahl hinter den Testzeitpunkten t1 und t2 beziehen sich hier auf verschiedene Wortmeldungen und nicht auf die Anzahl der PsychotherapeutInnen.

(940 [2], w [3], IT [4]), „Verunsicherungen/Ungewissheit/Grübeleien“ (2165, w, IG), „Gelenkschmerzen“ (2892, m, IG), „Selbstzweifel“ (2815, w, PD) genannt. Darüber hinaus nennen die Befragten auch Ängste und Sorgen hinsichtlich der persönlichen Zukunft (t1: 5, t2: 10) mit Blick auf die eigene Ausbildung, Freizeitgestaltung, Krankheiten der Kinder, Angst vor persönlicher Überlastung, Hindernisse für private Pläne und Termine oder die eigene Partnerschaft.

Große Sorgen bereiten auch die persönlichen wirtschaftlichen Folgen der Pandemie (t1: 74, t2: 46), insbesondere finanzielle Engpässe (t1: 57, t2: 33) und auch, dass der Beruf als PsychotherapeutIn wie bisher nicht mehr aufrechterhalten werden kann (t1: 25, t2: 8). Dies deckt sich mit den Angaben der Befragten zum reduzierten Stundenausmaß ihrer beruflichen Tätigkeit, insbesondere zu Beginn der Pandemie, als die Berufsgruppe sich erst auf Teletherapie umstellen musste.

Die Befragten nennen häufig Ängste und Sorgen um die **gesellschaftlichen Folgen** (t1: 34, t2: 38). Am häufigsten werden hier Ängste um die psychosozialen Folgen der Kinder genannt (t1: 12, t2: 15), darüber hinaus Ängste und Sorgen bezüglich vulnerabler Randgruppen wie Asylsuchende (t1: 7, t2: 8). Außerdem sorgen sich die Befragten aufgrund der Popularität von Verschwörungstheorien, vor der Gefahr von irrationalen Handlungen, sie fürchten eine Radikalisierung oder dass Menschen zu sorglos mit der Gefahr des Corona-Virus umgehen.

Ein weiterer Teil der PsychotherapeutInnen gibt an, Ängste und Sorgen aufgrund der **Einschränkungen** (t1: 30, t2: 28), insbesondere im Bereich der Sozialkontakte (t1: 15, t2: 19) gehabt zu haben. Ein Psychotherapeut äußert sich besorgt darüber, dass „die diktierten Kontakteinschränkungen beibehalten werden.“ (2004, m, IT). Hier wird über beide Erhebungszeitpunkte konstant befürchtet, dass es zu Einschränkungen der Autonomie und Freiheit kommt oder dass die Einschränkungen weiterbestehen.

---

2 Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf den Fragebogen-Code, welcher in fortlaufenden Nummern angegeben wird.

3 „m“ bzw. „w“ geben das Geschlecht der Therapeutin an. Es kam zu keiner Angabe eines dritten bzw. diversen Geschlechtes zu beiden Erhebungszeitpunkten.

4 Nachfolgende Abkürzungen geben jenes psychotherapeutische Verfahren an, welcher der/die TherapeutIn angehört. „nb“: nicht bekannt; „EL“: Existenzanalyse und Logotherapie; „IG“: Integrative Gestalttherapie; „IT“: Integrative Therapie; „KBT“: Konzentrative Bewegungstherapie; „PD“: Psychodrama; „DG“: Dynamische Gruppenpsychotherapie; „PA“: Psychoanalyse; „SF“: Systemische Familientherapie; „HY“: Hypnosepsychotherapie; „KIP“: Katathym Imaginative Psychotherapie; „KP“: Klientenzentrierte Psychotherapie; „PoP“: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie; „NLPt“: Neuro-Linguistische Psychotherapie; „GTP“: Gestalttheoretische Psychotherapie

Ängste und Sorgen der Befragten drehen sich auch um die **politischen Folgen** (t1: 29, t2: 17), die größtenteils nicht genauer beschrieben werden. Sie betreffen die alltägliche **höchstpersönliche Lebensgestaltung** (t1: 21, t2: 12). Hier geht es vor allem um Sorgen rund um die Kinderbetreuung (t1: 8, t2: 7) und um die Pflege Angehöriger (t1:7, t2: 4).

Sorgen und Ängste kreisen zudem um bestimmte Aspekte der Pandemie (t1: 17, t2: 16), etwa bezüglich der Dauer der Pandemie (t1: 8, t2: 2) und des richtigen Umgangs mit der Situation (t1: 5, t2: 5). Eine Psychotherapeutin führt hier beispielsweise an: „Sorge, dass die Lockerungen zu schnell gehen, Sorge die Gefahr von Corona jetzt zu unterschätzen." (2175, PD).

Erwartung negativer Zukunftsszenarien während und mit Ende des ersten Lockdowns

Die PsychotherapeutInnen wurden gefragt: „Welche negativen Auswirkungen wird die aktuelle Ausnahmesituation Ihrer Meinung nach haben? Über welche Zukunftsszenarien machen Sie sich Gedanken?" Die Auswertung zeigt, dass die Mehrheit der Befragten negative Auswirkungen hinsichtlich der **wirtschaftlichen Entwicklung** erwarten (t1: 108, t2: 112). Am häufigsten wird hier die Sorge genannt, dass sich allgemein eine wirtschaftliche Not entwickelt oder entwickelt wird (t1: 56, t2: 66): „Dass die Wirtschaft an die Wand gefahren wird und eine Verelendung von Bevölkerungsschichten eintreten könnte." (700, w, KP) Oder: „Finanzielle Krisen und Schulden, wirtschaftliche Stabilität ist extrem gefährdet." (834, m, PD).
Außerdem erwarten die Befragten bezüglich der wirtschaftlichen Entwicklung eine erhöhte Arbeitslosigkeit (t1: 20, t2: 27) und dass sich die Bevölkerung Psychotherapie weniger leisten kann (t1: 13, t2: 11). Eine Psychotherapeutin merkt dazu an: „Therapie weniger ‚attraktiv' als ‚rauskommen', in Bewegung geraten. Manche Klienten finanziell enger – sparen an der nötigen Therapie." (2114, w, PD).

Ein Großteil der Befragten sieht negative Auswirkungen auf die **politische Entwicklung** (t1: 120, t2: 70), wobei mehr als ein Drittel der Befragten eine negative politische Entwicklung zu Testzeitpunkt t1 sieht. Befragte sehen hier vor allem negative Auswirkungen auf die Demokratie (t1: 28, t2: 11). Darüber hinaus äußern die Befragten, zu Testzeitpunkt t1 immerhin doppelt so häufig die Sorge, zunehmend überwacht zu werden (t1: 22, t2: 11). Des Weiteren zeigen sie sich dahingehend besorgt, dass die Freiheit nachhaltig eingeschränkt wird (t1: 20, t2: 27). Ein Psychotherapeut führt in diesem Zusammenhang an: „Neigung zur Beibehaltung der derzeit notwendigen Freiheitseinschränkungen aus politischen Gründen durch rechtsgerichtete Regierungen." (327, m, PA). Genauer betrachtet kommt es zur Nennung von Sparmaßnahmen (t1: 1,

t2: 2), negativen Auswirkungen auf die EU (t1: 6, t2: 3), einer Schwächung (379, w, IT) oder auch einem Auseinanderfallen (2892, m, IG) der EU. Des Weiteren werden auch negative Auswirkungen auf die Flüchtlingspolitik (t1: 6, t2: 4), die Gesundheitspolitik (t1: 6, t2: 7), die Umweltpolitik (t1: 9, t2: 6) oder auch die Politik im Allgemeinen, wo keine genauere Beschreibung seitens der Befragten erfolgt (t1: 2, t2: 4), erwartet. Negative politische Auswirkungen werden auch dahingehend erwartet, dass es zu mehr Manipulation durch die Politik kommen könnte (t1: 4, t2: 4). Zudem werden Unruhen und Spannungen (t1: 7, t2: 9), sowie eine negative Auswirkung auf Sozialleistungen (t1: 11, t2: 1) erwartet.

Ein weiterer Teil der Befragten sieht negative Auswirkungen hinsichtlich der **sozialen Entwicklung** (t1: 66, t2: 100). Hier wird von den Befragten die Sorge geäußert, dass es zu einer Entstehung einer sozialen Kluft kommen könnte (t1: 13, t2: 22). Die PsychotherapeutInnen geben diesbezüglich beispielsweise an: „Soziale Unterschiede nehmen zu, benachteiligte Gruppen sind noch exponierter." (2917, w, IT). „Armutsgefährdung wächst, Schere zwischen Arm und Reich wird größer." (967, w, IG). Zudem sehen die Befragten negative Auswirkungen dahingehend, dass es vermehrt zu einer sozialen Distanzierung (t1: 17, t2: 12) und Entwicklung von Gewalt kommt (t1: 9, t2: 5). Sie sprechen bezugnehmend auf soziale Distanzierung beispielsweise davon: „Ist der Andere eine Gefahr? Ist die Nähe zum Anderen gefährlich?" (2771, w, nb). In Hinblick auf die Zunahme von Gewalt führt eine Psychotherapeutin an: „Die Gewalt nimmt zu. Schwierige Situationen für Menschen, die auf engem Raum leben." (361, w, DG)

Negative Auswirkungen werden von den Befragten auch in Hinblick auf **Gefühle und Emotionen** erwartet (t1: 39, t2: 41). Hier wird zum Beispiel das vermehrte Auftreten von Angst, (t1: 25, t2: 22), Misstrauen (t1: 5, t2: 4) oder Unsicherheit (t1: 2, t2: 7) erwartet.

Bezüglich **Gesundheitsbelangen** (t1: 18, t2: 25) erwarten die Befragten vor allem eine Verschlechterung psychischer Erkrankungen (t1: 11, t2: 19). Weitere PsychotherapeutInnen (t1: 2, t2: 3) geben an, dass sie negative Auswirkungen der aktuellen Situation auf die Durchführung psychotherapeutischer Gruppen erwarten. Sie gehen in diesem Zusammenhang davon aus, dass eine erhöhte Angst vor Ansteckung besteht. Weitere PsychotherapeutInnen (t1: 2, t2: 3) geben an, negative Zukunftsszenarien dahingehend zu sehen, dass sie weitere Ansteckungswellen erwarten.

Erwartung positiver Zukunftsszenarien

Es wurde die Frage gestellt, „Welche positiven Auswirkungen wird die aktuelle Ausnahmesituation Ihrer Meinung nach haben? Über welche Zukunftsszenarien machen

Sie sich Gedanken?“. Die Auswertung zeigt, dass eine große Anzahl der Befragten positive Auswirkung auf das Bewusstsein von Werten erwarten (t1: 218, t2: 143). Positive Veränderungen werden vor allem dahingehend erwartet, dass es zu einer Rückbesinnung auf das Wesentliche (t1: 32, t2: 30) kommt, zu mehr Solidarität (t1: 38, t2: 20), Entschleunigung (t1: 30, t2: 24) und verbesserten sozialen Beziehungen (t1: 31, t2: 19). Eine Befragte führt in diesem Zusammenhang die Bedeutung sozialer Beziehungen an: „Menschen denken ev. mehr nach über Sinn und Wichtigkeit von Freunden.“ (586, w, GTP). Mehr Solidarität und verbesserte soziale Beziehungen erwarten die Befragten häufiger zu Beginn der Pandemie. Dabei verwenden sie Begriffe wie Zwischenmenschlichkeit (t1: 16, t2: 16), Selbstreflexion (t1: 15, t2: 5) oder ein Bewusstsein vom Wert der Familie (t1: 18, t2: 6). Es wird davon ausgegangen, dass Werte wie Bescheidenheit, Wertschätzung des Lebens und dessen Endlichkeit, Dankbarkeit, Freiheit, Gesundheit oder Lebenssinn in den Vordergrund rücken werden.

In ähnlicher Weise erhofft sich ein Großteil der Befragten (t1: 102, t2: 82) ein allgemeines **Umdenken** vor allem in Hinblick auf die Globalisierung (t1: 23, t2: 12), das Konsumverhalten (t1: 21, t2: 14), und das Umweltbewusstsein (t1: 13, t2: 12). Beispielsweise: „Mehr Umweltbewusstsein und einige Menschen mehr, die ihr Handeln verändern.“ (2546, w, IG). „Der Umweltschutz bekommt wieder mehr Aufwind.“ (2390, w, IG). Es wird ein gesellschaftliches Umdenken (t1: 9, t2: 7) und ein Wertewandel (t1: 6, t2: 10) erwartet. Erhofft wird auch ein Umdenken dahingehend, dass systemrelevante Berufe mehr wertgeschätzt werden (t1: 5, t2: 5), aber auch ein nachhaltigeres Wirtschaften (t1: 4, t2: 2), sodass Arbeit und Leistung eine andere Bedeutung bekommen (t1: 4, t2: 6): „Umgang mit Zeit, veränderte Prioritäten in der Arbeitswelt und work-life balance.“ (2873, w, NLPt). Ebenso wird ein Umdenken in Richtung der älteren Menschen erhofft (t1: 4, t2: 0): ein „liebevollerer Blick auf die alten Menschen“ (333, w, PD) oder dahingehend, dass die „ältere Generation mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt“ (967, w, IG). Ein Umdenken soll auch in Hinblick auf den Kapitalismus und den Neoliberalismus geschehen.

Positive Veränderungen erwarten die Befragten auch für das Gesundheitssystem. Erhofft wird eine Legitimierung von Online-Tools in der Psychotherapie, zum zweiten Messzeitpunkt verdreifacht sich diese Angabe sogar (t1: 8, t2: 22). Außerdem wird ein Aufschwung für die Psychotherapie insgesamt erwartet (t1: 5, t2: 14). In diesem Zusammenhang führt eine Psychotherapeutin an: „Offenheit in puncto Psychotherapie, Akzeptanz und Anerkennung von Psychotherapie, Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung. Erleichterter Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten. Ausbau der Kassenplätze nach reellem Bedarf.“ (2815, w, PD).

Erhofft wird auch eine positive Auswirkung in Hinblick auf die **persönliche Weiterentwicklung** (t1: 23, t2: 19), insbesondere eine gesteigerte Resilienz (t1: 13, t2: 17). Die befragten PsychotherapeutInnen wünschen sich: „Hoffentlich eine Veränderungsbereitschaft und erhöhte Bereitschaft sich ernsthaft mit Krisen aller Art zu beschäftigen (Demokratie, Umweltschutz, Wirtschaftssystem).“ (2331, w, DG) Und: „Viele haben die Krise überraschend gut bewältigt. Sie konnten Vieles was wir in der Therapie erarbeitet haben, ausprobieren.“ (2745, w, PD). Es ist auch die Rede von gesteigerter Kreativität (t1: 5, t2: 0), verbessertem Gesundheitsverhalten (t1: 2, t2: 2) und neuen Lebensinhalten (t1: 2, t2: 0).

Im Bereich des **Arbeitslebens** werden Verbesserungen erwartet (t1: 9, t2: 22), etwa in Hinblick auf die Digitalisierung (t1: 4, t2: 8). Hier werden vor allem die Erweiterung und Akzeptanz der Kommunikation durch digitale Medien angeführt. Zudem erwarten die Befragten eine verbesserte Arbeitsgestaltung (t1: 2, t2: 7), vor allem durch die Möglichkeit von Home-Office und eine dadurch resultierende gesteigerte Flexibilität.

Von der **Politik** (t1: 13, t2: 7) werden vor allem sozialpolitisch, positive Auswirkungen erwartet (t1: 8, t2: 4).

Zusammenfassung und Diskussion

Die Untersuchung zeigt, dass die Befragten sowohl während als auch mit der Aufhebung des Lockdowns im Frühjahr 2020 ihre Lebensqualität als hoch einschätzen. Bei dem gewählten Instrument wird die Lebensqualität als individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen definiert (Angermeyer et al. 2000, S. 10). Allerdings lässt sich feststellen, dass PsychotherapeutInnen, deren psychotherapeutische Tätigkeit die einzige Einkommensquelle war, während der Phase des Lockdowns (t1) trotz des Umstiegs auf Online-Tools eine leichte Verringerung in der Lebensqualität angeben. Dies hängt vermutlich mit Sorgen bezüglich finanzieller Einbußen oder eines Einkommensverlustes zusammen. Mit der Phase der Lockerung (t2) kam es wieder zu einer Angleichung der Lebensqualität.

In Hinblick auf die Selbsteinschätzung zu Resilienz hat sich gezeigt, dass diese zu beiden Messzeitpunkten als hoch eingeschätzt wurde. Hier spielte die Frage, ob die Psychotherapie die einzige Einnahmequelle ist, keine Rolle, PsychotherapeutInnen fühlten sich unabhängig davon sehr resilient. Dies könnte für eine hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit von PsychotherapeutInnen sprechen und ist auch unabhängig von der Pandemie eine interessante Beobachtung, die möglicherweise dafür spricht, dass die Berufsgruppe

der PsychotherapeutInnen sehr bewusst mit eigenen Ressourcen und Schwächen umgeht. Ob dieser hohe Wert tatsächlich mit guten Selbstmanagementfähigkeiten zusammenhängt oder eher aus programmatischem Optimismus in der Selbsteinschätzung resultiert, lässt sich anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse nicht beurteilen.

Die guten Selbsteinschätzungen bezüglich Lebensqualität und Resilienz schlagen sich auch differenziert in den mit PANAS erhobenen Werten zur Affektivität nieder. Die positive Affektivität ist zu jedem Messzeitpunkt eher hoch, negative Affektivität niedrig ausgeprägt. Ob Psychotherapie die einzige Einkommensquelle ist, wirkt sich nur sehr geringfügig auf die Affektivität aus. Insgesamt betrachtet bewältigen PsychotherapeutInnen allen Widrigkeiten zum Trotz die Krise bemerkenswert gut.

Um die affektive Gestimmtheit genauer zu analysieren wurden offene Fragen gestellt, welche qualitativ ausgewertet wurden. Gemäß den Erläuterungen zum PANAS Fragebogen „liegen Zusammenhänge von positivem Affekt mit sozialer Aktivität, Zufriedenheit und der Anzahl angenehmer Ereignisse vor, während bei negativem Affekt Korrelationen mit Stress, Gesundheitsproblemen und der Anzahl unangenehmer Ereignisse festgestellt wurden.“ (Breyer & Bluemke 2016, S. 4). So liegt beispielsweise das Item „Angst“ auf der Skala der negativen Affektivität. In der qualitativen Untersuchung zeigen sich Ängste und Sorgen bezüglich eigener Erkrankung und Erkrankung anderer. Beide Ängste bzw. Sorgen nehmen mit der Zeit deutlich ab, wobei sich PsychotherapeutInnen konstant deutlich weniger Sorgen um eine eigene Erkrankung als um die Möglichkeit der Erkrankung anderer machen. Es werden zu beiden Messzeitpunkten Ängste und Sorgen bezüglich privater Angelegenheiten, der Einschränkungen durch Maßnahmen, der gesellschaftlichen Folgen und der Pandemie im Allgemeinen benannt. Ängste und Sorgen bezüglich politischer Folgen werden zu Beginn der Krise weitaus häufiger genannt als zum Zeitpunkt der Lockerung der Maßnahmen. Nur sechs der Befragten geben zum ersten Messzeitpunkt an, in den letzten drei Wochen keine Ängste und Sorgen gehabt zu haben. Zu Testzeitpunkt t2 vervierfacht sich die Zahl, 26 Befragte machen diese Angabe.

Es werden bezüglich negativer Zukunftsszenarien während und mit Ende des ersten Lockdowns vor allem die wirtschaftlichen Entwicklungen im Schatten der Krise benannt; diese bleiben über die Messzeitpunkte hinweg konstant hoch. Die Erwartung negativer politischer Entwicklungen, welche ebenfalls sehr häufig genannt wurde, nimmt mit der Zeit deutlich ab, hingegen nimmt die Erwartung von negativen sozialen Entwicklungen mit der Zeit deutlich zu. Häufig wird auch eine negative Veränderung von aversiven Gefühlen und Emotionen in der Gesellschaft erwartet, etwas weniger häufig eine negative Auswirkung auf Gesundheitsbelange wie der Verschlechterung

psychischer Erkrankungen oder dem Zugang zu Psychotherapie – Tendenz steigend mit der Zeit. Keine negativen Auswirkungen werden lediglich von zwei Befragten zum Testzeitpunkt t2 erwartet.

Entsprechend der guten PANAS Werte werden auch eine Reihe positiver Erwartungen und Zukunftsszenarien artikuliert. Allem voran sind dies Erwartungen in Bezug auf eine positive Veränderung von Werten in der Gesellschaft. Hier zeigt sich aber, dass in manchen Aspekten wie der gesteigerten Selbstreflexion oder dem Wert der Familie in der Gesellschaft der Optimismus mit der Zeit deutlich schwindet. Sehr häufig wird nichtsdestotrotz eine positive Erwartungshaltung in Bezug auf ein gesamtgesellschaftliches, ökologisches und soziales Umdenken aufgrund der Krise zum Ausdruck gebracht, welches über die Messzeitpunkte relativ konstant zu bleiben scheint. In Bezug auf Veränderungen im Gesundheitssystem wird bemerkenswerterweise ein Aufschwung für die Psychotherapie antizipiert, zum zweiten Messzeitpunkt t2 sind sogar dreimal mehr Aussagen in diese Richtung zu verzeichnen. Eine Legitimierung von Online-Tools wird ebenfalls mit der Zeit stark zunehmend erwartet und es scheinen sich Berührungsängste mit solchen Medien verringert zu haben. Möglicherweise wird auch wahrgenommen, dass damit einer Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten für die Bevölkerung abseits der Ballungsräume entsteht, oder dass die Möglichkeit entsteht, spezialisierte Psychotherapie in einem weiteren Umkreis anzubieten. Außerdem kommen Online-Tools den Kommunikationsgewohnheiten junger PatientInnen entgegen bzw. könnten diese am anderen Ende der demographischen Altersskala durch eine spezielle Adaptation der Technik verbesserten Zugang in der Gerontopsychotherapie bieten. Auch ein besserer Zugang für fremdsprachliche Therapie durch externe Zuschaltung von ÜbersetzerInnen wäre denkbar.
Keine bzw. kaum positive Veränderungen erwarten zum Testzeitpunkt t1 sechs Befragte und zu Testzeitpunkt t2 dreimal so viele Befragte. Möglicherweise wurde die Krise zu Beginn der plötzlichen Disruption des Arbeits- und Lebenswelt eher als Chance denn als Katastrophe gesehen. Mit Fortdauer der Krise ist offenkundig bei manchen PsychotherapeutInnen auch eine gewisse Ernüchterung eingetreten.

Als Limitation der vorliegenden Studie kann genannt werden, dass keine repräsentative Stichprobe erhoben worden ist und ein verhältnismäßig hoher Anteil an PsychotherapeutInnen der humanistischen Orientierung teilgenommen hat. Eine weitere potenzielle Quelle für Verzerrungen könnte das Format der Onlinebefragung sein, da an solchen Studien tendenziell computeraffine Personen teilnehmen. Eine weitere, situationsbedingte Einschränkung bezüglich der Analyse der Ergebnisse ist, dass keine Daten zur Situation vor der COVID-19 Situation mit der gegenständlichen Stichprobe

vorliegen. Dies wäre beispielsweise durch die grundlegend veränderte Versorgungssituation aufgrund der Zulassung von Telepsychotherapie auch in dieser Form nicht möglich gewesen.

Danksagung: Wir bedanken uns für die Unterstützung durch den ÖAGG und vor allem bei den TeilnehmerInnen der Erhebung.

Mag. Gerd Mantl, MSc
Psychotherapeut (IT), Klinischer Psychologe (Notfallpsychologie), Gesundheitspsychologe, Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, A-1080 Wien, Lenaugasse 3. Kontakt: psychotherapie.mantl@gmail.com; +43 677 63099242

Mag.ª Dr.in Claudia Höfner, MSc
Psychotherapeutin (IT), Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Soziologin, Lehrtherapeutin in Integrativer Therapie, Leiterin der der Fachsektion Integrative Therapie im ÖAGG Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, A-1080 Wien, Lenaugasse 3. Kontakt: praxis@claudiahoefner.at

Robert Stefan, BA MA MSc
Psychotherapeut (IT), Philosoph, Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, A-1080 Wien, Lenaugasse 3; Kontakt: robert.stefan@integrative-therapie.wien

Mag.ª Julia Stammer
Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision (IG), Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Arbeitspsychologin, Tanztherapeutin, Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, A-1080 Wien, Lenaugasse 3. Kontakt: stammer.julia@gmail.com

Markus Hochgerner, MSc MSc
Psychotherapeut (IG/IT/KBT), Lehrtherapeut, Gesundheitspsychologe, Dipl. Sozialarbeiter, Lebens- und Sozialberater, Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, A-1080 Wien, Lenaugasse 3; Kontakt: markus@hochgerner.net

Literatur

Angermeyer, M.C., Kilian, R., Matschinger, H. (2000). **WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF – Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität**. Göttingen: Hogrefe.

BMSGPK. (2020). **PatientInnen/Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren.** https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:067ed3c8-aaea-4c84-84c2-a3afb-9cef836/Patienteninformation_(BMGSPK),_Stand_29.04.2020.pdf Abg. 20.12.2020.

Breyer, B., Bluemke, M. (2016). **Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule PANAS (GESIS Panel).** Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). https://doi.org/10.6102/zis242

Höfner, C., Hochgerner, M., Mantl, G., Stefan, R., Stammer, J. (2021). **Telepsychotherapie als Chance und Herausforderung: Eine longitudinale Mixed-Methods Studie.** In: Psychotherapie Forum, 25(1-2), in Druck.

Höfner, C., Mantl, G., Korunka, C., Hochgerner, M. (2021). **Psychotherapie in Zeiten der Covid-19-Pandemie: Veränderung der Arbeitsbedingungen in der Versorgungspraxis.** Feedback 1&2, in Druck.

Janke, S., Glöckner-Rist, A. (2012). **Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS).** https://doi.org/10.6102/zis146

Markowitz, J.C., Milrod, B., Heckman, T. G., Bergmann, M., Amsalem, D., Zalman, H. Ballas, T. et al. (2020). **Psychotherapy at a Distance. American Journal of Psychiatry.** Epub ahead of print.

Mulfinger, N., Lampl, J., Dinkel, A., Weidner, K., Beutel, M. E., Jarczok, M. N., Hildenbrand, G. et al. (2020). **Psychische Belastungen durch Epidemien bei Beschäftigten im Gesundheitswesen und Implikationen für die Bewältigung der Corona-Krise: eine Literaturübersicht**. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 66, S. 220-242.

ÖBVP (2020). **Coronavirus – Informationen für PsychotherapeutInnen**. https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/coronavirus-informationen-psychotherapeutinnen#pthinternet Abg. 20.12.2020.

Probst, T., Humer, E., Stippl, P., Pieh, C. (2020). **Being a Psychotherapist in Times of the Novel Coronavirus Disease: Stress-Level, Job Anxiety, and Fear of Coronavirus Disease Infection in More Than 1,500 Psychotherapists in Austria.** Frontiers in Psychology, 11:559100. doi: 10.3389/fpsyg.2020.559100.

Probst, T., Haid, B., Schimböck, W., Reisinger, A., Gasser, M., Eichberger-Heckmann, H., Stippl, P. et al. (2021). **Therapeutic interventions in in-person and remote psychotherapy: Survey with psychotherapists and patients experiencing in-person and remote psychotherapy during COVID-19.** Clinical Psychology and Psychotherapy, S. 1-13. https://doi.org/10.1002/cpp.2553

Sarubin, N., Gutt, D., Giegling, I., Bühner, M., Hilbert, S. et al. (2015). **Erste Analyse der psychometrischen Eigenschaften und Struktur der deutschsprachigen 10- und 25-Item Version der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).** Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 23(3), S. 112-122.

Wie kommen psychisch erkrankte Personen durch die COVID-19-Krise? Eine empirische multimethodische Studie mit Daten von PatientInnen in gruppentherapeutischer Behandlung

Hannah Bischof, Günter Dietrich, Aglaja Przyborski, Vanja Poncioni-Rusnov

Abstract

An der ÖAGG-psychotherapeutischen Ambulanz pta wurde in einer multimethodischen Längsschnittstudie der Frage nach den Auswirkungen der COVID-19 Krise auf Belastungserleben und Symptomatik der PatientInnen sowie auf die Gruppentherapie nachgegangen. Dafür wurde jeweils etwa 400 PatientInnen zu zwei Zeitpunkten (im Juni und November 2020) ein Fragebogen vorgegeben. Es wurden 12 narrative Interviews mit PatientInnen geführt, um tieferen Einblick in das Belastungserleben und Bewältigungsmechanismen zu erhalten. Außerdem wurde die TherapeutInnen-einschätzung aus der Arbeit mit 13 Gruppen tiefenhermeneutisch untersucht. Die Ergebnisse bilden ab, dass die COVID-Krise auf individuell unterschiedliche Lebensrealitäten trifft. Diese verschiedenen Lebensumstände wiederum beeinflussen stark, in welcher Art die Krise sich subjektiv beeinträchtigend und belastend oder in manchen Fällen auch hilfreich oder erleichternd auswirkt.

Einleitung

Die COVID-19-Pandemie hat seit Anfang 2020 weitreichende Folgen für den Alltag der meisten Menschen weltweit und damit auch auf unterschiedliche Ebenen des Erlebens. Viele Menschen haben Angst um die eigene Gesundheit bzw. die Gesundheit Angehöriger oder erleben Unsicherheit bezüglich der Vertrauenswürdigkeit medizinischer Informationen und Behandlungs- bzw. Vorsorgemöglichkeiten. Zugleich haben die – in verschiedenen Staaten unterschiedlich gehandhabten – Maßnahmen, die die Ausbreitung der Erkrankung eindämmen sollen, bedeutende soziale und wirtschaftliche Auswirkungen. Soziale Isolation, die Verringerung sozialer Kontakte, Verluste von Arbeitsplätzen und damit existenzielle und finanzielle Sorgen beschäftigen viele Menschen weltweit und in Österreich.

Die Situation hat nicht nur Forschungsbemühungen in der somatischen Medizin, sondern auch die Forschung zu Auswirkungen auf die psychische Gesundheit massiv angespornt. Groß angelegte Untersuchungen haben bereits im Frühling mittels Onlinebefragung (insbesondere an der chinesischen) Gesamtbevölkerung stattgefunden

(Ahmed et al. 2020, Arnout et al. 2020, Huang & Zhao 2020, N. Liu, Zhang et al. 2020, Wang et al. 2020). In Metaanalysen und Systematischen Reviews wurden in der zweiten Hälfte 2020 die Ergebnisse einer mittlerweile schier unübersichtlichen Menge an internationalen empirischen Studien aus beinahe allen Kontinenten zusammengefasst betrachtet. Die Daten bestätigen eine deutliche Steigerung der Prävalenz von Symptomen von Angststörungen, Depression, PTSD, Schlafstörungen und psychologischem Stress in der Allgemeinbevölkerung (Cénat et al. 2021, Salari et al. 2020). Im Vergleich zur Einjahres-Prävalenz in epidemiologischen Studien vor dem Ausbruch von COVID-19 finden sich etwa dreifach höhere Prävalenzraten von depressiven Symptomen (15.97% vs. 4.4%), vierfach höhere Prävalenzraten von Angstsymptomen (15.15% vs. 3.6%) und fünffach höhere Prävalenzraten von Symptomen einer PTSD (21.94% vs. 4%). Wichtig ist hier die Betonung, dass es sich in vielen Fällen ausschließlich um Symptome dieser Störungsbilder handelt und nicht um voll ausgeprägte klinische Zustandsbilder (Sagar et al. 2020).

Das Vorhandensein spezifischer körperlicher Symptome sowie eines schlechteren (subjektiven) Gesundheitszustandes, Sorge um den Arbeitsplatz und Einsamkeit scheinen dabei – wenig überraschend – Risikofaktoren für psychische Auswirkungen der Pandemie darzustellen, ebenso wie Arbeitslosigkeit oder Studierendenstatus. Geschiedene und Alleinstehende haben ein höheres Risiko für psychische Symptome (Xiong et al. 2020).
Ergebnisse bezüglich des Einflusses des Geschlechts zeigen einen interessanten Effekt: Einige Studien zeigten, dass Frauen ein erhöhtes Risiko für psychische Symptome aufweisen (Liu, Zhang et al. 2020, Qiu et al. 2020, Wang et al. 2020), andere fanden keine Geschlechtsunterschiede (Ahmed et al. 2020). Die AutorInnen einer Metaanalyse erklären diese Unterschiede durch kulturelle Faktoren: Studien, die in China durchgeführt wurden, fanden großteils keine Geschlechtsunterschiede, Studien aus Europa und dem Mittleren Osten hingegen schon (Cénat et al. 2021). Ein Großteil der Studien fand, dass unter 40-jährige ein erhöhtes Risiko für psychische Symptome aufweisen (Xiong et al. 2020). Dieses Ergebnis ist auf den ersten Blick überraschend, hat diese Altersgruppe doch eine weitaus geringere Wahrscheinlichkeit für einen schweren Verlauf der Erkrankung. Andererseits setzen sich Jüngere aber mit verstärktem Social-Media-Konsum einer hohen Dichte an Informationen (auch fraglicher Richtigkeit) aus, ein Verhalten, das sich als großer Risikofaktor für die Entwicklung von Symptomen herausstellte (Qiu et al. 2020, Xiong et al. 2020).
Studien an der Österreichischen Bevölkerung ergaben im Allgemeinen gleichlautende Ergebnisse bzgl. der Inzidenz von psychischen Symptomen und der Einflüsse von Geschlecht, Alter und Einkommen wie internationale Studien (Pieh et al. 2020).

Erstaunlich wenige Studien haben bisher die Auswirkung der Pandemie in einer Stichprobe von psychiatrischen PatientInnen untersucht. Hao et al. (2020) verglichen während der Zeit der strengsten Ausgangsbeschränkungen in China psychiatrische PatientInnen (mit Diagnosen von Angst- und depressiven Störungen) mit einer gesunden Stichprobe. Es zeigte sich eine signifikant höhere Belastung durch die COVID-19-Situation bei den psychiatrischen PatientInnen im Vergleich zur gesunden Stichprobe bezüglich Angst- / Depressions- / Stress- und Schlaflosigkeitssymptome, Krankheitsängste, Ärger, Impulsivität und Suizidgedanken.
Eine Studie aus den Niederlanden und den USA untersuchte die Auswirkungen der COVID-Situation auf PatientInnen mit Essstörungen und fand zum einen eine Verschlechterung der Symptomatik bei einem Großteil der Betroffenen, zum anderen aber positive Auswirkungen im Sinne von mehr Zeit für Selbstfürsorge, für die Familie und eine gesteigerte Motivation, wieder gesund zu werden (Termorshuizen et al. 2020). Muruganandam et al. (2020) zeigten an einer indischen Stichprobe von PatientInnen mit schweren psychiatrischen Störungen (Schizophrenie, Schizoaffektive Störung, Major Depression und Bipolare Störung), dass die PatientInnen weitaus weniger aufgeklärt über die Übertragungswege und Symptome von COVID-19 waren als die Allgemeinbevölkerung und dass sie sich deutlich weniger vor einer Ansteckung fürchteten. Zugleich hatte ein Drittel der PatientInnen, die vor der Krise stabil in ihrer psychiatrischen Symptomatik waren, einen Rückfall. Dies konnte u.a. auf die fehlende psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung durch die Ausgangsbeschränkungen und die kurzfristige Nicht-Verfügbarkeit der Medikation zurückgeführt werden.

Die beschriebenen Studienergebnisse unterstreichen die Relevanz psychiatrischer, psychologischer und psychotherapeutischer Versorgung in dieser Gesundheitskrise. Zielgruppe müssen sowohl jene sein, die schon von der COVID-19-Pandemie in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung waren, als auch jene, die infolge der Krise in psychische Not geraten sind. Etliche AutorInnen weisen auf die Relevanz von internet- und telefongestützter Psychotherapie während strenger Ausgangsbeschränkungen und auch nach den Lockerungen der Ausgangsbeschränkungen für Risikogruppen hin (Ifdil et al. 2020, Liu, Yang et al. 2020). Auch in Österreich wurde und wird – insbesondere während der Zeiten der strengen Ausgangsbeschränkungen – von vielen TherapeutInnen sogenannte „Teletherapie“ angeboten. Diese wird – als Ausnahmeregelung – von den Krankenkassen analog zur Psychotherapie in physischer Präsenz abgerechnet (ÖBVP 2020). Etliche Studien haben sich mit den Erfahrungen von PatientInnen und TherapeutInnen mit Teletherapie in Österreich beschäftigt. So scheinen viele TherapeutInnen Teletherapie während der COVID-Krise genutzt zu haben und diese auch weitestgehend positiv zu bewerten (Höfner et al. 2021, Humer

et al. 2020). Internetgestützte Therapie wird dabei besser eingeschätzt als telefongestützte Therapie. Zugleich gibt es Hinweise darauf, dass die Verlagerung hin zu einer Form von Tele-Psychotherapie die Ausfälle von persönlicher Therapie – zumindest zu Beginn der Pandemie – zahlenmäßig nicht kompensieren konnte (Probst et al. 2020). Gruppentherapeutische Angebote sind in dieser Situation besonders herausgefordert. Zum einen zeigen Studien, dass die Gruppensituation besonders zur Aktivierung von Ressourcen, zur sozialen Inklusion und der Förderung von Resilienz beitragen kann (Brusadelli et al. 2021). Zugleich gibt es spezifische (organisatorische, technische, kommunikative und den Datenschutz betreffende) Herausforderungen in der Etablierung von onlinegestützten Therapiegruppen (Childs et al. 2020). Die Fortführung von Gruppen in Präsenz beinhaltet andere Risiken und Probleme. So können Ansteckungsängste zu einer verminderten Teilnahme oder zu verminderten positiven Auswirkungen führen. Unklar ist bislang also, ob die Anforderungen der sozialen Distanz auch längerfristig Auswirkungen auf die Art und Weise haben werden, wie PatientInnen therapeutische und gruppentherapeutische Angebote annehmen und für sich nutzen können.

Ziele und Design der Studie

In einer multimethodischen prospektiven Längsschnittstudie wurden die Auswirkungen der COVID-19-Krise auf das Erleben von PatientInnen mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen und auf die Veränderung des Belastungserlebens und der Symptomatik erfasst. Zugleich wurde der Fokus auf die Herausforderungen und Chancen gelenkt, mit denen sich die gruppen- und einzelpsychotherapeutische Behandlung in der Bewältigung dieser Krise konfrontiert sieht. Uns interessierte der Blick von PatientInnen, die sich in einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung mit begleitenden Einzelgesprächen an der ÖAGG-psychotherapeutischen Ambulanz (pta) befinden. Ein Kurzfragebogen wurde zu zwei Zeitpunkten im Verlauf der Pandemie vorgegeben: einmal im Mai/Juni 2020 und einmal im November 2020.

Abb.1 Ablauf der Studie im Kontext der Behandlungsform an der pta und der Covid-Maßnahmen in Österreich

Zum Kontext der Befragungszeitpunkte (siehe Abb. 1): Zwischen Mitte März und Mitte Mai war die Ambulanz geschlossen, in dieser Zeit fand keine Gruppentherapie statt. Die PatientInnen hatten aber die Möglichkeit für Tele-Psychotherapie im Einzelsetting mit ihrem/ihrer GruppentherapeutIn. Ab Mitte Mai konnte die Gruppentherapie im weiteren Verlauf durch die Einhaltung von Sicherheitsmaßnahmen persönlich weiterlaufen, der erste Fragebogen wurde also unmittelbar nach Wiedereröffnung der Ambulanz vorgegeben (t1).
Für einen differenzierteren Einblick in das Erleben der PatientInnen und deren Bewältigungsstrategien in der Krisenzeit wurden im Juli und August 2020 zwölf qualitative, narrative Interviews mit PatientInnen geführt. Weiters interessierte die Perspektive der behandelnden GruppentherapeutInnen, die mit Gruppendiskussionen erhoben und dokumentiert wurde.

Institutioneller Rahmen:
Die Untersuchung fand an der ÖAGG-psychotherapeutischen Ambulanz (pta) statt. Sie besteht seit 2015, ist psychotherapeutisch geleitet und spezialisiert auf ambulante Gruppenpsychotherapie für Erwachsene. Die Gruppen werden störungs- bzw. zielgruppenspezifisch angeboten und sind bis zu vier Jahre mit wöchentlichen Gruppentherapiesitzungen von zwei Einheiten voll kassenfinanziert. Die fachspezifische Ausrichtung der GruppenpsychotherapeutInnen umfasst drei der vier in Österreich anerkannten Methodencluster: psychodynamisch, humanistisch und systemisch. Nach einem Eingangsprozess mit einem Informationsgespräch sowie einem oder mehreren Einzelgesprächen mit dem/der zukünftigen GruppentherapeutIn kommt es zur ersten Gruppentherapiesitzung (Bischof et al. 2021).

Quantitativer Zugang: Kurzfragebogen

Die quantitativen Daten wurden mittels eines Kurzfragebogens erhoben, der auf folgende Bereiche abzielt:

- basale soziodemographische Daten
- Symptomatik
- Veränderung der beruflichen und sozialen Situation durch die COVID-19 Krise
- Veränderung der Symptomatik und Befindlichkeit durch die COVID-19 Krise
- Angst vor Ansteckung in der Gruppentherapie

Zusätzlich beim ersten Kurzfragebogen (Mai/Juni 2020):
Nutzung von Einzeltherapie via Telefon / Videokonferenz; Kontakt mit anderen GruppenteilnehmerInnen (Videokonferenz, Messengerdienste) während der Sperre der Ambulanz

Zusätzlich beim zweiten Kurzfragebogen (November 2020):
Erfahrungen mit der persönlichen Gruppentherapie während der COVID-19 Krise

Der anonyme Paper-Pencil-Fragebogen wurde zu Beginn der Gruppenpsychotherapie durch die PatientInnen ausgefüllt. Die Erhebungszeiträume dauerten jeweils zwei Wochen, die PatientInnen wurden gebeten, den Fragebogen nur einmal auszufüllen.

Stichprobe
Es wurden alle Personen, die zu den beiden Erhebungszeitpunkten aktive PatientInnen in gruppenpsychotherapeutischen Angeboten der pta waren, gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Dabei handelt es sich ausschließlich um volljährige Personen über 18 Jahren. Abgesehen davon gab es keine Ein- oder Ausschlusskriterien. Die Zusammensetzung der Stichprobe ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1. Beschreibung der Gesamtstichprobe der Fragebogenstudie.

Variable	**N**	**%**
Alter	**800**	**100,0**
18–25	51	6,4
26–29	43	5,4
30–39	146	18,3
40–49	208	26,0
50–59	292	36,5
> 60	60	7,5
Geschlecht	797	100,0
weiblich	453	56,8
männlich	332	41,7
divers	12	1,5
Familienstand	803	100,0
alleinstehend / Single	328	40,8
verheiratet / verpartnert	175	21,8
in Beziehung	125	15,6
geschieden	155	19,3
verwitwet	20	2,5

Berufliche Situation	796	100,0
angestellt	172	21,2
selbstständig tätig	7	0,9
arbeitslos	272	33,5
pensioniert	128	15,8
Reha-Geld*/ ÖGK Langzeitkrankenstand	137	16,9
Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente	50	6,2
in Ausbildung	30	3,7
Symptomatika	811	
Angststörung / Trauma	429	
Depression	656	52,9
Schizophrenie / Bipolare Störung / Psychose	74	80,9
Psychosomatik / Schmerzen	194	9,1
Sucht	66	23,9
Persönlichkeitsstörung	72	8,1
332		9,0

Anmerkung: a die Symptomatik wurde von den PatientInnen selbst eingeschätzt; Mehrfachnennungen waren möglich
* Reha-Geld ist Rehabilitationsgeld

Auswertung
Die statistische Auswertung der Daten beinhaltet deskriptive Analysen und Häufigkeitsverteilungen des Antwortverhaltens. Weiters wurden Zusammenhangs- und Unterschiedshypothesen zwischen Risiko- und Schutzfaktoren mittels Chi^2-Test und Wilcoxon-U-Test berechnet. Veränderungen des Belastungserlebens zwischen t1 und t2 wurden ebenso mittels Chi^2-Test berechnet.

Qualitativer Zugang: Interviews und Intervisionsgruppe

Es wurden zwölf „narrative Interviews“ (u.a. Schütz 1976 & Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014, 79ff) mit PatientInnen der pta geführt, die jeweils an mindestens fünf gruppentherapeutischen Sitzungen vor Schließung der pta im März 2020 teilgenommen hatten. Der Erzählstimulus zielte auf die Lebensphase von Beginn des Ausbruchs der

COVID-19 Pandemie bis zum Zeitpunkt des Interviews ab. Die Interviews wurden audiografisch festgehalten, mit TiQ transkribiert (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014, S 167f) und mit der Dokumentarischen Methode ausgewertet (Bohnsack 2017, Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014).
Zudem wurden Protokolle von einer Intervisionsgruppe von fünf GruppentherapeutInnen mit spezifischem Fokus auf die Auswirkungen der COVID-19 Krise über den Zeitraum von Mai bis Juli 2020 untersucht. Die jeweils 90-minütigen Treffen hatten das Format einer Onlinekonferenz und wurden als Video aufgezeichnet. Die TherapeutInnen dieser Gruppe behandelten im Erhebungszeitraum insgesamt 13 Gruppen mit durchschnittlich neun TeilnehmerInnen. Das Videomaterial wurde selektiv protokolliert. Dazu wurden Passagen mit Falldarstellungen einzelner TeilnehmerInnen sowie Passagen zur Gruppendynamik der Gruppen ausgewählt. Mit einer psychodynamischen Methodik arbeiteten zwei RaterInnen, die auch Mitglied der Intervisionsgruppe waren, empathisch-identifikatorisch, um die erzählten Texte „von innen" zu verstehen (Hau 2015, S. 121f.).

Ethische Richtlinien
Die Studie wurde vor Rekrutierung der TeilnehmerInnen bei der Ethikkommission des Forschungsbeirates des ÖAGG eingereicht und zustimmend bewertet. Zudem wurde die Studie im deutschen Register Klinischer Studien (German Clinical Trials Register) registriert.

Ergebnisse

Ergebnisse der Fragebogen
Es nahmen insgesamt 811 PatientInnen an der Befragung teil, 414 davon zu t1 und 397 zu t2. Die soziodemographischen Daten der PatientInnen sind in Tabelle 1 dargestellt. Nachdem die Fragebogen vollkommen anonym beantwortet und ausgewertet wurden, können Fallverläufe nicht ad personam zugeordnet werden. Es ist davon auszugehen, dass etliche PatientInnen sowohl zu t1 als auch zu t2 teilgenommen und dass etliche nur zu t1 bzw. nur zu t2 teilgenommen haben, aber die genauen Verteilungen können nicht rekonstruiert werden. Die PatientInnenvariablen unterscheiden sich nicht zwischen den beiden Zeitpunkten.

Belastungserleben durch COVID-19
Die PatientInnen wurden jeweils zu t1 und zu t2 gefragt, ob und wie sich ihr Belastungserleben in verschiedenen Bereichen seit Beginn der Pandemie (Anfang März 2020) verändert hat. „Mehr" bedeutet hier jeweils eine größere Belastung. Die Angaben der PatientInnen sind in Tabelle 2 dargestellt.
Tabelle 2. Subjektive Einschätzung der Veränderung des Belastungserlebens während der COVID-19-Krise zu zwei Zeitpunkten.

Belastungsfaktoren	Zeitpunkt	Weniger (%)	Gleich (%)	Mehr (%)
Schwierigkeiten, tägliche Aufgaben zu verrichten	1 2	18,9 14,1	52,6 54,7	28,5 31,3
Schwierigkeiten beim Ein- und/oder Durchschlafen	1 2	12,1 13,1	53,3 53,5	34,6 33,3
Konsum von Alkohol und/oder Drogen	1 2	32,1 33,7	54,1 55,6	13,9 10,7
Gefühl, dass das eigene Leben keinen Sinn hat	1 2	26,7 21,7	47,6 54,2	25,7 24,1
Häufigkeit und/ oder Intensität von Gefühl von Traurigkeit oder Depression	1 2	12,9 9,9	12,9 9,9	49,4 50,1
Häufigkeit und/ oder Intensität von Gefühlen wie Verzweiflung oder Hilflosigkeit	1 2	14,9 12,8	43,7 42,7	41,4 44,5
Häufigkeit und/ oder Intensität von Gefühlen Angst oder Furcht	1 2	12,9 12,4	47,5 44,2	39,6 43,4
Häufigkeit und/ oder Intensität von Gefühlen wie Wut und Zorn	1 2	18,3 16,7	51,4 49,7	30,3 33,6
Gefühl von Einsamkeit	1 2	15,2 13,1	40,4 42,7	44,4 44,2
Sorgen den Beruf betreffen	1 2	25,5 23,8	44,4 45,0	30,1 31,2
Geldsorgen	1 2	16,0 18,4	55,6 51,6	28,4 30,0
Konflikte mit Partner*in oder Angehörigen	1 2	25,9 23,3	53,9 54,3	20,2 22,5
Zeitdruck; Gefühl, zu viele Dinge gleichzeitig machen zu müssen	1* 2*	27,9 19,6	50,5 52,9	21,6 27,5
Sorgen um eigene Gesundheit	1* 2*	13,9 11,1	51,4 44,8	34,7 44,0
Sorgen um Gesundheit von Angehörigen	1 2	8,5 9,7	36,5 30,4	55,0 59,9

Anmerkungen: Es wurde jeweils die subjektive Veränderung des Belastungserleben seit Beginn der Covid-19-Pandemie (März 2020) abgefragt
Zeitpunkt 1 (t1): Mai/ Juni 2020 (N = 414)
Zeitpunkt 2 (t2): November 2020 (N = 397)

Mit * markierte Belastungsfaktoren sind jene, bei denen sich die Verhältnisse zwischen t1 und t2 signifikant ($p<.05$) voneinander unterscheiden.

Veränderung des Belastungserlebens
Zu t2 geben deutlich mehr PatientInnen an, „Zeitdruck; (das) Gefühl, zu viele Dinge gleichzeitig machen zu müssen“ zu empfinden ($Chi^2(2) = 8.54$, p =.014, Cramer-V =.105). Auch „Sorgen um die eigene Gesundheit“ nimmt von t1 zu t2 zu ($Chi^2(2) = 7.29$, p=.026, Cramer-V =.096). In den restlichen Belastungsbereichen verändern sich die Angaben nicht signifikant.

Risiko- und Schutzfaktoren

Geschlecht
Frauen geben in vielen Bereichen eine signifikant höhere Veränderung der Belastung an als Männer: Sie berichten über höheren Zeitdruck, Schlafstörungen, Traurigkeit/ Depression, Verzweiflung/Hilflosigkeit, Angst, Einsamkeit, Sorgen den Beruf betreffend und Konflikte mit Angehörigen (Chi2(4) = 9.51 – 28.05, p =.000 –.049, Cramer-V =.080 –.132). Personen, die sich als „divers“ identifizieren geben bei allen Belastungskategorien nominell höhere Werte an als Frauen oder Männer. Da nur 12 entsprechende Fragbögen vorliegen, kann kaum generalisiert werden.

Alter
Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied im Einfluss der COVID-19 Krise auf Berufssorgen der PatientInnen je nach Altersgruppe (Chi2(10) = 32.01, p =.000, Cramer-V =.147. So scheinen Sorgen um den Beruf bei jüngeren PatientInnen deutlich häufiger gestiegen zu sein als bei älteren (ab etwa 40 Jahren).

Familienstand
Alleinstehende, Geschiedene und Verwitwete geben signifikant mehr Einsamkeit an als Menschen in Beziehung oder Verheiratete ($Chi^2(8) = 40.0$, p =.000, Cramer-V =.161). Andererseits geben Verheiratete und PatientInnen in Beziehung an, mehr unter Zeitdruck zu stehen ($Chi^2(8) = 16.0$, p =.041, Cramer-V =.029) und sich mehr um die eigene Gesundheit ($Chi^2(8) = 26.8$, p =.001, Cramer-V =.177) und um die Gesundheit Angehöriger ($Chi^2(8) = 26.2$, p =.001, Cramer-V =.130) zu sorgen als Alleinstehende und Geschiedene.
Beruf
Etliche PatientInnen erleben Veränderungen in ihrem beruflichen Alltag durch die COVID-19 Situation (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3. Veränderung der beruflichen Situation durch die COVID-19-Maßnahmen zu zwei Zeitpunkten.

Variable	**t1**	**t2**
Beschäftigung in Kurzarbeit	26 (6,3%)	20 (5,0%)
Verlust des Arbeitsplatzes	16 (3,9%)	20 (5,0%)
Beschäftigung im Home Office	47 (11,4%)	46 (11,6%)
Einkommensausfall bei Selbständigkeit	6 (1,4%)	6 (1,5%)

Anmerkungen: Mehrfachnennungen waren möglich;
eitpunkt 1 (t1): Mai/ Juni 2020 (N = 414)
Zeitpunkt 2 (t2): November 2020 (N = 397)
Anzahl (Anteil) der PatientInnen, bei denen es zur jeweiligen Veränderung gekommen ist

Diese Veränderungen hängen auch mit Zunahmen im Belastungserleben zusammen: PatientInnen, die in Kurzarbeit sind, erleben eine geringere Zunahme bzw. gar eine Abnahme an depressiven Symptomen ($Chi^2(2) = 6.152$, $p = .046$, Phi =.088), Verzweiflung ($Chi^2(2) = 7.13$, $p = .028$, Phi =.095), Angst ($Chi^2(2) = 6.17$, $p = .046$, Phi =.089), aber eine deutlich stärkere Zunahme an beruflichen Sorgen ($Chi^2(2) = 23.85$, $p = .000$, Phi =.178).
PatientInnen, die ihre Arbeitsstelle verloren haben, berichten häufiger von einem Gefühl, dass ihr Leben keinen Sinn mehr hat ($Chi^2(2) = 11.49$, $p = .003$, Phi =.123) und von einer stärkeren Zunahme an beruflichen Sorgen ($Chi^2(2) = 19.42$, $p = .000$, Phi =.160) und Geldsorgen ($Chi^2(2) = 9.7$, $p = .008$, Phi =.112). PatientInnen, die sich im Home-Office befinden, berichten von einer stärkeren Zunahme des Alkohol- bzw. Drogenkonsums ($Chi^2(2) = 7.4$, $p = .025$, Phi =.101), mehr beruflichen Sorgen ($Chi^2(2) = 12.21$, $p = .002$, Phi =.127), Zeitdruck ($Chi^2(2) = 16.0$, $p = .000$, Phi =.143) und mehr Einsamkeit ($Chi^2(2) = 8.3$, $p = .016$, Phi =.103), aber einer geringeren Zunahme von Angst ($Chi^2(2) = 7.9$, $p = .019$, Phi =.100) und Geldsorgen ($Chi^2(2) = 7.02$, $p = .030$, Phi =.095).

Kinderbetreuung
PatientInnen, die minderjährige Kinder zuhause betreuen, geben eine deutlichere Zunahme in der Schwierigkeit an, tägliche Aufgaben zu verrichten ($Chi^2(2) = 10.52$, $p = .005$, Phi =.117). Außerdem berichten sie von mehr Wut ($Chi^2(2) = 8.0$, $p = .019$, Phi =.102), mehr Konflikten mit dem/der PartnerIn und Angehörigen ($Chi^2(2) = 9.3$, $p = .009$, Phi =.112) und mehr Zeitdruck ($Chi^2(2) = 6.5$, $p = .039$, Phi =.092).

Diagnosen
PatientInnen, die angeben, unter Depressionen, Angststörungen oder psychosomatischen Beschwerden zu leiden, zeigen deutlichere Steigerungen in einigen Beschwerdebildern – insbesondere Schlafstörungen, Depressive Symptome, Angst und Wut ($Chi^2(2) = 6.36 – 39.83$, p =.000 -.040, Phi =.091 -.225) als PatientInnen ohne diese Störungsbilder. Allerdings sind die Angaben zu den Störungsbildern Mehrfachantworten und PatientInnen, die insgesamt mehrere Diagnosen angeben, haben auch die höchsten Werte bei den Beschwerden.
PatientInnen, die eine Suchtproblematik ($Chi^2(2) = 23.32$, p =.000, Phi =.178) oder Persönlichkeitsstörung ($Chi^2(2) = 6.47$, p =.039, Phi =.094) als Diagnose angeben, geben eine höhere Steigerung im Alkohol- und Drogenkonsum an.

Behandlungsspezifische Ergebnisse – Telepsychotherapie
Direkt nach Wiedereröffnung der pta (t1) geben 55,5% der PatientInnen an, während der Zeit der Schließung telefonischen oder internetgestützten Kontakt mit ihrem/ihrer TherapeutIn gehabt zu haben. 79,3% davon bewerten diesen Kontakt als hilfreich oder sehr hilfreich. 77,4% meinen, dass sie gerne weiterhin die Möglichkeit für Teletherapie hätten, wobei viele PatientInnen handschriftlich auf dem Bogen klarstellen, dass diese nicht als Ersatz für die Gruppentherapie dienen soll. Nur 29,5% der PatientInnen hatten während der Zeit der Schließung Kontakt mit ihren Gruppenmitgliedern. 61,6% davon bewerten diesen Kontakt als hilfreich oder sehr hilfreich. Kontakt mit den Gruppenmitgliedern wurde also seltener in Anspruch genommen und als etwas weniger hilfreich erlebt als Kontakt mit dem/der TherapeutIn.

Behandlungsspezifische Ergebnisse – Angst vor Ansteckung in der Ambulanz
64,1% geben an, sich nach der Sperre der Ambulanz auf den Wiederbeginn der Gruppentherapie gefreut zu haben. 66,8% geben an, sich nicht oder gar nicht vor Ansteckung an der pta zu fürchten. Es zeigt sich hier ein deutlicher Zusammenhang: Je mehr PatientInnen sich vor Ansteckung fürchten, desto weniger freuen sie sich auf den Wiederbeginn (Spearmans ρ =.474, p <.001). Zum zweiten Zeitpunkt (t2) ist die Verteilung bzgl. der Furcht vor Ansteckung gleich wie zu t1 (U = 75064.5, p <.533). Zu t2 zeigt sich, dass PatientInnen umso regelmäßiger an der Gruppentherapie teilnehmen, je weniger sie angeben sich vor Ansteckung in den Gruppen zu fürchten (Spearmans ρ = -.149, p <.005).
Behandlungsspezifische Ergebnisse – persönliche Gruppentherapie an der pta
Auf einer Skala von 1 (sehr wenig) bis 5 (sehr viel) schätzen PatientInnen zu t2 ihre Gruppenteilnahme als regelmäßig bis sehr regelmäßig ein (Mdn = 5, MW = 4,16). Sie

beschreiben, dass die COVID-19 Krise weder besonders häufig noch besonders selten Thema in der Gruppentherapie sei (Mdn = 3, MW = 3,08) und dass die Gruppe weder besonders hilfreich noch nicht hilfreich dabei sei, mit der COVID-19 Situation umzugehen (Md = 3, MW = 3,47). Je mehr die PatientInnen einschätzen, dass COVID-19 Thema in den Gruppen ist, umso eher empfinden sie die Gruppen als hilfreich für den Umgang mit der Krise (Spearmans ρ =.136, p =.010). Allerdings zeigt sich bei genauer Betrachtung der Daten, dass am ehesten eine umgekehrt U-förmige Verteilung zutrifft: Dass also eine mittlere Ausprägung an Thematisierung von COVID-19 mit den höchsten Werten der empfundenen Hilfe durch die Gruppe assoziiert ist.

Ergebnisse aus den PatientInneninterviews

Die Analysen der narrativen Interviews bestätigen die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung und geben Anhaltspunkte für ihre Interpretation bzw. Einblicke in die Lebensrealität der PatientInnen. Drei sollen in der Folge exemplarisch angeführt werden.

So zeigen sich bei Bernd [1] der – ohne Arbeit – wegen einer Depression nicht nur Patient in der pta ist, sondern auch medikamentös behandelt wird – ein Zerfall seiner Zeitstruktur und eine verstärkte, depressive Symptomatik. Letztere führt zu einer höheren Dosierung seiner Medikation durch den behandelnden Psychiater. Die Gruppentherapie vermisst Bernd nicht, denn er hat erlebt, dass die Arbeit in der Therapie belastend ist. Zugleich rechnet er nicht mit einer Veränderung seiner Symptome ohne eine psychotherapeutische Behandlung. Die Kontaktaufnahme seines Gruppentherapeuten erlebt er daher als unterstützend, insbesondere um den Einstieg in die Gruppentherapie nach dem Lockdown in der Ambulanz zu finden. Zum Zeitpunkt des Interviews hofft er, dass er die Gruppentherapie weiter geht und er Schritt für Schritt wieder ins Arbeitsleben einsteigen kann.

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der Werkstudentin Clara, die wegen einer Depression in Behandlung ist. Sie charakterisiert das Erleben des Lockdowns als „Fiebertraum“. Zunächst erkrankten alle BewohnerInnen ihrer WG an einer schweren Erkältungskrankheit, deren Ursache sich trotz vieler Bemühungen nicht wirklich klären ließ. Die entsprechenden Anlaufstellen schienen überlastet. Das Studium kam trotz online Lehre mehr oder weniger zum Erliegen. Phasen, die durch belastende, depressive Verstimmung mit völligem Antriebsverlust, oder durch Angst gekennzeichnet waren, wechselten sich ab mit Phasen, in denen Neues entdeckt wurde: Gemeinsame Yoga- und Meditationspraxis erweisen sich als Quelle für Lebensfreude. Auch hier zerfallen tendenziell die Zeitstrukturen und die Symptomatik wird als belastender erlebt. Das

1 Alle personenbezogenen Daten sind anonymisiert, die genannten Namen Pseudonyme.

Angebot der online Gespräche seitens der pta wird regelmäßig in Anspruch genommen und als sehr hilfreich beschrieben.
Bei Dietlinde, einer Pensionistin, die nach eigener Angabe wegen chronischer Erschöpfung in Behandlung ist, kehrt sich das Bild quasi um. Sie hat im Interview Mühe, überhaupt über sich selbst zu sprechen. Dagegen bestimmen die kleineren und größeren Sorgen um ihre erwachsenen Kinder, deren kleine Kinder sowie um ihren Mann, bei dem sich eine Demenz zunehmend manifestiert, die Erzählung. Erst als ein Ausweichen auf das Nachfragen der Interviewerin kaum möglich ist, offenbart Dietlinde, dass sie die Einkaufshilfen als entlastend erlebt und dass das Wegfallen diverser Termine dazu führt, dass sie dem Lesen, dass sie sehr schätzt, mehr Zeit einräumen kann. Der Lockdown zwingt sie quasi dazu, Zuwendungen anzunehmen und Zeit für sich selbst zu nutzen – entgegen ihrer aufopfernden Struktur.

Ergebnisse der Intervisionsgruppe

Die Ergebnisse der Auswertung der Gruppendiskussionen der behandelnden PsychotherapeutInnen werden hier auf Wahrnehmungen zum Erleben der einzelnen PatientInnen in den Therapiegruppen sowie auf das Gruppenklima insgesamt zusammengefasst. [2] Bei den PatientInnen haben deren BehandlerInnen global eine Zunahme von Depression und Angst, Vereinsamung und Ärger eingeschätzt. Dabei wurden bei den Betroffenen in der COVID-19-Zeit wiederholt erlebte Krisensituationen ersichtlich. Diesen Krisen seien die PatientInnen mit vielfältigen Entlastungs- und Bewältigungsstrategien entgegengetreten, die laufende Psychotherapie in der pta sei als hilfreich wahrgenommen worden, in der Zeit des Lockdowns vor allem als Online- oder Telefonpsychotherapie, danach wieder in der Kombination von Gruppenpsychotherapie und begleitenden Einzelgesprächen.
Zugleich habe die Corona-Krise zuweilen individuell-positive Auswirkungen entstehen lassen. Bei manchen PatientInnen habe die veränderte Zeiteinteilung im Alltag bewirkt, mehr über sich selbst und die eigene Lebenssituation nachdenken zu können. Damit seien – gemeinsam mit der begleitenden Psychotherapie – wiederholt positive Entwicklungsanstöße möglich gewesen. Bei einzelnen PatientInnen sei durch die Corona-Krise auch eine „paradoxe Entlastung“ entstanden. Diese Personen haben durch die sozialen und beruflichen Auswirkungen der COVID-19-Maßnahmen den Wegfall von unterschiedlichen Stressbelastungen in ihrem Alltag erlebt, was als persönliche Entlastung gewirkt habe.
Hinsichtlich des Gruppenklimas und der Gruppendynamik wird ersichtlich, dass die

2 Wir danken Klaus Schulte, Eva Überbacher und Monika Sange für ihre kollegialen Beiträge und Gedanken zu diesem Abschnitt.

Gruppe an sich und die Zugehörigkeit zu einer Gruppe für die PatientInnen (aus Sicht der TherapeutInnen) einen positiven Wert hat – gerade in einer Zeit, die durch „soziale Distanz“ im Alltag verstärkt Einsamkeit gebracht hat. Die Berichte zu den PatientInnen zeigen überwiegend Freude auf den Wiederbeginn der Gruppentherapie. Durch die zweimonatige Ambulanzpause sei in der Gruppendynamik der Therapiegruppen zunächst eine verstärkte Zentrierung auf die GruppenleiterInnen entstanden, die zum Teil eine neue Phase des Eingewöhnens an das gemeinsame Gespräch in der Gruppe erforderlich gemacht habe. Mehrheitlich sei es möglich gewesen, in den ersten Wochen des Wiederbeginns im Gruppenbetrieb eine positive gemeinsame Verbindung in der Gruppe zu schaffen, die es den TeilnehmerInnen ermöglicht habe, sich als Teil der Gruppe sicher fühlen zu können.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse der Fragebogenstudie zeigt ein differenziertes Bild: Viele PatientInnen mit vorbestehenden psychischen Störungen in der COVID-19 Pandemie berichten von Steigerungen des Belastungserlebens in einigen Bereichen. Starke Zunahmen zeigen sich besonders bei Gefühlen von Traurigkeit oder Depressivität, Verzweiflung und Hilflosigkeit, Einsamkeit, oder Sorgen um die Gesundheit von Angehörigen. Gleichzeitig wurden von einem Teil der PatientInnen aber auch in einigen Bereichen Verringerungen des Belastungserlebens berichtet: Beim Konsum von Alkohol und Drogen und bei Konflikten mit PartnerInnen und Angehörigen. Über den Verlauf der Pandemie – zwischen Mai und November 2020 verstärkte sich die Einschätzungen des Belastungserlebens der PatientInnen in den meisten Bereichen tendenziell. Statistisch signifikant höher wurde die Belastung durch Zeitdruck sowie durch Sorgen um die eigene Gesundheit im November 2020 eingeschätzt. Der letztere Befund ist insofern überraschend, als medial vielfach spekuliert wurde, dass über die Zeit eine Art Gewöhnungs- und auch Ermüdungseffekt in der Bevölkerung bzgl. der subjektiven Bedrohung durch den Virus eintreten würde. Dies scheint allerdings – zumindest in unserer Stichprobe – nicht der Fall zu sein, im Gegenteil.

Frauen und Personen mit nichtbinärer Geschlechtsidentität zeigen sich im Großteil der Bereiche signifikant stärker belastet als Männer. Dieses Ergebnis repliziert damit die Bilanz der Metaanalyse von Cénat et al. (2021), wonach Frauen in Europa und im mittleren Osten – anders als in China – mit einer stärkeren Belastung auf die Krise reagieren.

Bei Betrachtung der Risiko- und Schutzfaktoren ergibt sich ein sehr differenziertes Bild der Belastungsfaktoren. Hier wird deutlich, dass die COVID-19 Krise auf individuell unterschiedliche Lebensrealitäten trifft und diese stark beeinflussen, in welcher Art die Krise sich beeinträchtigend oder in manchen Fällen auch hilfreich oder erleichternd auswirkt. Die Interviews bestätigen und illustrieren diesen Befund.

So wird beispielsweise die in früheren Studien gefundene höhere Belastung bei Menschen, die nicht in einer Beziehung sind, zwar bezüglich deutlich höherer Einsamkeit bestätigt. In anderen Bereichen (höherer Zeitdruck, mehr Sorge um die Gesundheit von Angehörigen und die eigene Gesundheit) berichten aber Verheiratete und PatientInnen in einer Beziehung von mehr Belastung.
Auch hinsichtlich der in früheren Studien gefundenen höheren Belastung von jüngeren Menschen zeigt sich ein differenziertes Bild: bei den meisten Belastungsfaktoren zeigt sich kein Unterschied zwischen Älteren und Jüngeren. Berufliche Sorgen sind allerdings besonders stark ausgeprägt bei jungen PatientInnen (vermutlich, weil sie sich beruflich erst etablieren müssen oder die Selbstorganisation im distance Learning versagt, wie das Interview mit Cf zeigt).
Auch in Kurzarbeit zu sein, scheint ambivalente Auswirkungen auf das Belastungserleben zu haben: zum einen scheint es eine Erleichterung auf der Symptomebene zu geben (im Bereich von depressiven und Angstsymptomen, sowie Verzweiflung), weniger Stunden oder gar nicht arbeiten zu müssen. Zugleich ist die Unsicherheit bezüglich der beruflichen Situation offenbar auch belastend.
Ein ähnliches Phänomen zeigt sich bei PatientInnen, die durch die Krise im Home-Office arbeiten: Auch hier kommt es zu geringeren Werten auf der Symptomebene (bei Angstsymptomen), aber zu mehr Einsamkeit, im Unterschied zur Gesamtgruppe zu mehr Alkohol- und Drogenkonsum, sowie mehr beruflichen Sorgen und Zeitdruck. PatientInnen, die Kinder zuhause betreuen müssen oder mussten sind – entsprechend intensiven medialen Diskussionen – offenbar tatsächlich auf mehreren Ebenen besonders gefordert. Dieses gefordert-Sein wirkt sich allerdings weniger auf der Symptomebene aus, als auf intuitiv naheliegende Bereiche, wie Wut, Zeitdruck oder Konflikte.

Auf der Behandlungsebene zeigt sich sowohl quantitativ als auch qualitativ, dass Tele-Psychotherapie offenbar – entsprechend der Ergebnisse aus früheren Studien – einen für Krisenzeiten geeigneten Ersatz für persönliche Therapie darstellt, die von PatientInnen im Allgemeinen gerne genutzt und als hilfreich bewertet wird. Die durchaus niedrigeren Angaben bzgl. Kontakt mit den GruppenteilnehmerInnen und Hilfe dadurch weisen darauf hin, dass in einer gesamtgesellschaftlichen Krisensituation professionelle Hilfe von hoher Relevanz ist.

Bei den von der pta sehr schnell wieder persönlich angebotenen Gruppentherapiesitzungen zeigt sich die Angst vor Ansteckung als durchaus relevanter Faktor. Zwar geben zwei Drittel der PatientInnen an, sich nicht vor Ansteckung in der pta zu fürchten, aber immerhin ein Drittel derer, die zur Gruppentherapie kommen, berichten von zumindest etwas Furcht vor Ansteckung trotz sehr umfassender Sicherheits- und

Hygienemaßnahmen. Zu beachten ist, dass die PatientInnen, die deshalb gar nicht erst zur Therapie kommen, durch die Befragung gar nicht erfasst sind. Die Angst vor Ansteckung hat allerdings Implikationen auf die Freude auf die Gruppentherapie und auf die Regelmäßigkeit der Teilnahme. Im Allgemeinen ist die Regelmäßigkeit der Teilnahme der PatientInnen (laut Selbstauskunft) erfreulich.

Aufschlussreich für die Leitung von Therapiegruppen in dieser herausfordernden Zeit ist der umgekehrt-U-förmige Zusammenhang zwischen Thematisierung von COVID-19 in der Gruppe und der empfundenen Hilfe für die Bewältigung der COVID-19 Situation. So scheint es für PatientInnen nicht hilfreich zu sein, wenn COVID-19 gar nicht thematisiert wird, aber auch eine sehr häufige Thematisierung der Situation scheint letztlich weniger hilfreich zu sein. In der Auswertung der TherapeutInnendiskussion wird deutlich, dass durch die COVID-19 Pandemie starke emotionale Bezüge ausgelöst worden sind.

Als wesentliche Elemente einer positiven Gruppendynamik zeigen sich besonders die Schaffung einer haltgebenden Atmosphäre sowie die Unterstützung eines Gruppenklimas, das von offener und wechselseitiger Kommunikation getragen ist. Dadurch können belastende Erlebnisinhalte verbalisiert und in der Gruppe bearbeitet werden. Dies schließt die spezifische Modellfunktion der Gruppentherapie ein, in den Beziehungen zwischen TeilnehmerInnen, Leitungsperson und Gruppe als Ganzes. Diese Modellfunktion unterstützt, miteinander und voneinander zu lernen und zugleich eine verbindende Solidarität in der Gruppe wertschätzen zu können.

Stärken und Einschränkungen der Studie, Interessenskonflikte

Eine Stärke der Studie ist das multimethodische Vorgehen und das dadurch entstandene reichhaltige Bild durch Daten- und Methodentriangulation. Auch die große Stichprobe für die statistischen Analysen ist ein Vorteil der Untersuchung. In der Interpretation der Daten muss beachtet werden, dass die Untersuchung in erster Linie das Ziel hatte, explorativ Zusammenhänge in den Daten zu entdecken und keiner spezifischen Theorie gefolgt ist. Die Korrespondenz der Datenlage zu internationalen Forschungsergebnissen, ermöglich allerdings eine Generalisierung zentraler Ergebnisse. Als Einschränkungen der Fragebogenstudie ist zu nennen, dass die Aussagen ausschließlich auf den Selbsteinschätzungen der PatientInnen beruhen und die Einschätzung der Belastungsfaktoren retrospektiv (also im Vergleich mit der Zeit vor der Covid-19-Krise) erfolgt. Diese Vergleichsfrage ist möglicherweise auf kognitiver Ebene (im Sinne einer Erinnerungsverzerrung) für einen Teil der PatientInnen herausfordernd. Auch die Selbsteinschätzung der Symptomatik ist sehr vorsichtig und nicht als kategorielle Diagnose zu interpretieren. Eine weitere Einschränkung stellt die Tatsache dar,

dass die Daten von PatientInnen zu t1 und t2 durch die strikte Anonymisierung nicht ad personam zugeordnet werden können. In der Umsetzung der Studie besteht kein Interessenskonflikt.

Danksagungen

Wir danken den TherapeutInnen und PatientInnen der pta für die interessierte Teilnahme an der Studie und der Leitung der pta für die Unterstützung bei der Umsetzung. Verena Eichelseder, Kinga Firtos und den Administrations-MitarbeiterInnen der Ambulanz gebührt großer Dank für die Organisation der Befragungen, Verena Eichelseder zudem für die Unterstützung beim Einlesen der Fragebogen und der Erstellung des Manuskripts. Danke an die Mitglieder des Forschungsbeirates der pta (Dr. Klaus Schulte, Markus Hochgerner MSc MSc und Mag. Karin Zajec) für fachlichen Input und Beratung, ebenso Dr. Peter Loos für letzteres.

Mag.ª Hannah Bischof

wissenschaftliche Mitarbeiterin an der pta, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Klinische Psychologin, ÖAGG – psychotherapeutische Ambulanz gGmbH, Marxergasse 25, 1030 Wien (ORCID: 0000-0003-1792-1992),
Kontakt: h.bischof@pt-ambulanz.at

Prof. Mag. Dr. Günter Dietrich

Psychotherapeut (Gruppenpsychoanalyse/psychoanalytische Psychotherapie), Lehrpsychotherapeut, klinischer Psychologe, ÖAGG Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik, Lenaugasse 3, 1080 Wien

Univ.-Profin. Mag.ª Drin. habil. Aglaja Przyborski

Professur Psychotherapie, Psychologin, Personzentrierte Psychotherapeutin, Psychotherapieausbilderin (APG•IPS), Bertha von Suttner Privatuniversität St. Pölten, Matthias Corvinus-Straße 15, 3100 St. Pölten (ORCID: 0000-0003-4757-3853)

Mag.ª Vanja Poncioni-Rusnov

Fachliche Leitung an der pta, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Lehrtherapeutin mit partieller Lehrbefugnis, ÖAGG – psychotherapeutische Ambulanz gGmbH, Marxergasse 25, 1030 Wien

Literatur

Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). **Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems**. Asian Journal of Psychiatry, 51, 102092.

Arnout, B., Samir, Z., & Al Eid, N. (2020). **The Effects of Corona Virus (COVID-19) Outbreak on the Individuals' Mental Health and on the Decision Makers: A Comparative Epidemiological Study.** International Journal of Medical Research & Health Sciences, 9, 26-47.

Bischof, H., Przyborski, A., Dietrich, G., Poncioni-Rusnov, V., & Agner, R. (2021, im Druck). **Die Eingangsphase in der ambulanten Gruppentherapie – eine Pilotstudie.** psychotherapie forum, 25(1-2).

Bohnsack, R. (2017). **Praxeologische Wissenssoziologie.** Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Brusadelli, E., Ferrari, L., Benetti, M., Bruzzese, S., Tonelli, G. M., & Gullo, S. (2021). **Online Supportive Group as social intervention to face COVID lockdown. A qualitative study on psychotherapists, psychology trainees and students, and community people**. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 23(3). doi:10.4081/ripppo.2020.501.

Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P.-G., Mukunzi, J. N., McIntee, S.-E.,... Labelle, P. R. (2021). **Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis.** Psychiatry Research, 295, 113599. doi:10.1016/j.psychres.2020.113599.

Childs, A. W., Unger, A., & Li, L. (2020). **Rapid design and deployment of intensive outpatient, group-based psychiatric care using telehealth during coronavirus disease 2019 (COVID-19).** Journal of the American Medical Informatics Association, 27(9), 1420-1424. doi:10.1093/jamia/ocaa138.

Hau, S. (2015). **Forschung im interdisziplinären Dialog und in der Grundlagenforschung**. In: Leuzinger-Bohleber, M., Benecke, C., Hau, S. (Hrsg.): Psychoanalytische Forschung. Methoden und Kontroversen in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität. Stuttgart: Kohlhammer, S. 105-166.

Höfner, C., Hochgerner, M., Mantl, G., Stefan, R., & Stammer, J. (2021, in Druck). **Telepsychotherapie als Chance und Herausforderung: Eine longitudinale Mixed-Methods Studie**. psychotherapie forum, 25(1-2).

Huang, Y., & Zhao, N. (2020). **Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey**. Psychiatry Research, 288, 112954.

Humer, E., Stippl, P., Pieh, C., Pryss, R., & Probst, T. (2020). **Experiences of Psychotherapists With Remote Psychotherapy During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Web-Based Survey Study.** Journal of Medical Internet Research, 22(11), e20246. doi:10.2196/20246.

Ifdil, I., Fadli, R. P., Suranata, K., Zola, N., & Ardi, Z. (2020). **Online mental health services in Indonesia during the COVID-19 outbreak.** Asian Journal of Psychiatry, 51. doi:10.1016/j.ajp.2020.102153.

Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L.,... Liu, W. (2020). **Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter**. Psychiatry Research, 287, 112921.

Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y.-T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). **Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak.** The Lancet Psychiatry, 7(4), e17-e18. doi:10.1016/S2215-0366(20)30077-8.

Muruganandam, P., Neelamegam, S., Menon, V., Alexander, J., & Chaturvedi, S. K. (2020). **COVID-19 and Severe Mental Illness: Impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19.** Psychiatry Research, 291, 113265. doi:10.1016/j.psychres.2020.113265

ÖBVP. (2020). **Coronavirus – Informationen für Psychotherapeutinnen**. Retrieved from https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/coronavirus-informationen-psychotherapeutinnen#Einsatz, Abg. 11.2.2021

Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). **The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria**. Journal of Psychosomatic Research, 136, 110186. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110186

Probst, T., Stippl, P., & Pieh, C. (2020). **Changes in Provision of Psychotherapy in the Early Weeks of the COVID-19 Lockdown in Austria**. International journal of environmental research and public health, 17(11), 3815. doi:10.3390/ijerph17113815.

Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). **Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch**. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). **A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations.** General Psychiatry, 33(2), e100213. doi:10.1136/gpsych-2020-100213.

Sagar, R., Chawla, N., & Sen, M. S. (2020). **Is it correct to estimate mental disorder through online surveys during COVID-19 pandemic?** Psychiatry Research, 291, 113251. doi:10.1016/j.psychres.2020.113251.

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M.,... Khaledi-Paveh, B. (2020). **Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis**. Globalization and Health, 16(1). doi:10.1186/s12992-020-00589-w.

Termorshuizen, J. D., Watson, H. J., Thornton, L. M., Borg, S., Flatt, R. E., Macdermod, C. M.,... Bulik, C. M. (2020). **Early impact of COVID -19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands.** International Journal of Eating Disorders, 53(11), 1780-1790. doi:10.1002/eat.23353.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). **Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China.** International journal of environmental research and public health, 17. doi:10.3390/ijerph17051729.

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., McIntyre, R. S. (2020). **Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review.** Journal of Affective Disorders, 277, 55-64. doi:10.1016/j.jad.2020.08.001.

Jung gegen Alt? Corona-Logbuch eines Psychotherapeuten

Peter Christian Endler

Abstract

Anhand der Arbeit eines Psychotherapeuten, der mit pflegenden Angehörigen arbeitet, unter systematischer Auswertung von relevanten Beiträgen einer Tageszeitung, sowie durch reflexive Innensicht zeichnet der Beitrag ein Stimmungsbild: Zum Umgang von Jung und Alt, d.h. zum Verhältnis der Generationen zu Beginn der Covid-Krise, zu Ambivalenzen, die sich abzeichnen, zu ethischen Versuchungen angesichts der Möglichkeit (faschistoider) ‚demografischer Bereinigung', zu einem neuen Bewusstwerden der Endlichkeit des Lebens und der Natürlichkeit des Sterbens. Der Autor verweilt bei diesen Themen, da er über seine eigenen inneren Haltungen – auch die versteckten, verdeckten, verschleierten – gut Bescheid wissen möchte. Weiter will er gerüstet sein, seine betreuenden und pflegenden KlientInnen zu verstehen, das Unbehagen, das ihnen ihre Ambivalenzen den Gepflegten gegenüber bereiten, das Grauen, das manche Selbsteinsichten auslösen können. Der Beitrag ist anhand des Tagesgeschehens der ersten Wochen der öffentlichen Krisenmaßnahmen chronologisch, aber bewusst assoziativ aufgebaut.

Einleitung

Samstag, der 21. März 2020. In der vergangenen Woche hatte ich das vorerst letzte face-to-face-Treffen mit einer Klientin. Die Gruppe betreuender Angehöriger, die ich im gerontopsychiatrischen Zentrum als Psychotherapeut begleite (Endler 2018), versuche ich unter Schwierigkeiten auf einen online-Modus umzustellen (Endler 2021).
Es ist Frühlingsbeginn und das Ende der ersten Woche, nachdem in Österreich die Krisenmaßnahmen kundgemacht wurden. Die Wohnung soll nur in dringenden Fällen verlassen werden, Menschenansammlungen sind verboten; SchülerInnen und Studierende zu Hause, viele Geschäfte geschlossen, bereits Tausende arbeitslos. Besuche bei alten Menschen, auch Eltern und Großeltern, sollen nach Möglichkeit unterlassen werden, Angehörige dürfen die Pflegeheime und Krankenhäuser nicht mehr betreten. Grenzen zu den Nachbarländern sind gesperrt, nachdem klargeworden ist, dass damit auch die unverzichtbaren Pflegekräfte aus dem Osten ausbleiben werden, wird überlegt, diese einzufliegen.

Als verantwortungsvoller Bürger halte ich mich an die Anordnungen, so gut es geht. Waldläufe und Familienkontakt sind unverzichtbar; meine hochbetagte Mutter, die allein lebt, besuche ich natürlich weiterhin betreuend.
Die Medien informieren zur Altersverteilung der Todesfälle mit Covid-19: Der Durchschnitt liegt über 80 Jahre. In dieser Alterskategorie führen knapp 15% der festgestellten Erkrankungen zum Tod, bei Menschen jüngeren Alters (einschließlich Immunsupprimierten) ist es weniger als ein halbes Prozent.
Dies führt mich zu einem unangenehmen Gedanken. „Wie viele meiner KlientInnen, wie viele pflegende und betreuende Angehörige könnten einen neuen Lebensabschnitt beginnen, wenn ihre multimorbiden Eltern der Krankheit zum Opfer fielen?". So kündigt sich das Thema zunächst in einigermaßen harmloser, menschenfreundlicher Verkleidung an. Ein Austausch mit einer Kollegin zeigt mir, dass auch anderen, durchaus humanistischen Menschen solche Gedanken nicht fremd sind.
Der nächste innerliche Schritt folgt: „Wie stark wird der gesellschaftliche Zusammenhalt bleiben, wenn von den Jüngeren mehr und mehr Einschränkungen gefordert werden, um die Älteren zu schützen?" Der Gedanke fühlt sich bedrohlich an; nicht obwohl, sondern weil ich mich trotz ‚60 plus' Lebensjahren noch zu den jüngeren, den potentiell unsolidarischen ‚Tätern', zähle. Meine englische Verwandtschaft hat mir mittlerweile erzählt, dass der britische Premier den ursprünglichen Plan, ‚den Dingen ihren Lauf zu lassen' aufgegeben hat – weil die jüngeren BürgerInnen auch ihre Alten schützen wollen? Was steht dahinter: Magisches Denken (‚die Ahnen zufriedenstellen'), Abhängigkeit (‚was täte ich ohne …'), Verantwortungsgefühl (‚wir müssen uns gut um sie kümmern'), Berechnung (‚auch wir werden eines Tages alt sein' bzw. ‚In einer anderen Katastrophe könnten wir die Solidarität der Alten brauchen'), schlichte Sympathie?
Ganz tief in mir treffe ich in dieser aufgeheizten und doch (noch) kontrollierten Stimmung, in der mein Smartphone mir zu dieser späten Nachtstunde die Welt zeigt, dann ein Bild von meinem faschismusverdächtigen Großvater, der eine ‚demografische Bereinigung' der Alterspyramide wohl für sinnvoll gehalten hätte – bis zu welchem eigenen Lebensalter bzw. Krankheitsstadium (er wurde recht gesund 96), kann ich nicht sagen.
Ich verweile ausführlich bei diesem Thema, unter anderem, da ich als Therapeut über meine inneren Haltungen – auch die versteckten, verdeckten, verschleierten – gut Bescheid wissen sollte, wenn ich mit Menschen arbeite. Der zweite Grund ist: Ich will gerüstet sein, meine betreuenden und pflegenden KlientInnen zu verstehen, das Unbehagen, das ihnen ihre Ambivalenzen den Gepflegten gegenüber bereiten, das Grauen, das manche Selbsteinsichten auslösen können.
Als Hochschulmensch weiß ich, dass mir die Gewohnheit wissenschaftlichen Arbeitens gut tut, auf einen definierten, übersichtlichen Ausschnitt der Welt zu fokussieren, das

Beobachten von Vorgängen, in die ich möglichst nicht verstrickt bin. Auf diese Haltung möchte ich mich wohl auch besinnen, um mich gegen die böse Faszination durch die Idee der ‚demografischen Bereinigung' zu wappnen.

Methode

Abgesehen von der Selbstreflexion als Psychotherapeut, der fortlaufenden Arbeit mit betreuenden Angehörigen, einer persönlichen Betreuungsaufgabe und der Suche nach allgemeinen Corona-Informationen in Presse und Internet fokussiere ich auf folgendes Projekt: Die Quellenlage meiner Tageszeitung (die Kleine Zeitung, www.kleinezeitung.at, die ich als massentaugliches Qualitätsblatt bezeichnen würde, im Folgenden abgekürzt mit KLZ) zum Thema ‚Jung und Alt' zu studieren, systematisch zu ordnen und vor dem Hintergrund sonstiger Information darzustellen. Aufschluss über das gesellschaftliche Klima ihres LeserInnenkreises erwarte ich mir insbesondere durch die Leserbriefe, die zwar durch die Redaktion gefiltert, aber doch gewissermaßen volksnah zu sein pflegt. Neben den tagesaktuellen Ausgaben bis zum 5. April 2020 besorge ich mir – in unserem Altpapier kramend – für eine zweite Durchsicht die Ausgaben dieser Zeitung seit 13. März 2020, dem Tag, an dem in Österreich die Krisenmaßnahmen verordnet wurden.

Ergebnis

Unter dem Vorzeichen der Krisenmaßnahmen stand bereits das Internet-Treffen der laufenden Gruppe mit betreuenden Angehörigen in der Vorwoche. Die zu betreuenden Elternteile konnten sich, so erzählten die Anwesenden, mit den Regeln, die zu ihrem Schutz erlassen worden waren, nicht anfreunden, sei es durch Unverständnis (bei kognitiver Einschränkung) oder durch Uneinsichtigkeit (wider besseres Wissen). Sie bestanden weiterhin auf häufigen Besuchen, auf Begleitung zum Lebensmittelgeschäft, sie waren furchtlos – verwegen. Diese Haltung kenne ich allerdings auch z.B. von Demenzkranken, die sich für immerwährend fahrtüchtig halten, und denen die Angehörigen daher die Autoschlüssel verstecken. Aus einem Heim habe ich von einer isolierten Bewohnerin gehört, die sagt: „Ich mag gar nicht mehr leben, wenn ich keinen Besuch bekommen kann". Ihr zu erklären, dass die Isolation nur eine begrenzte Zeit dauern soll, war fruchtlos.

Meine Mutter meint, „sterben muss man sowieso", wozu mir die bekannte Geschichte vom weisen Pilger einfällt, der eine Familie segnet mit: „Mögen in diesem Haus die Großeltern zuerst sterben, dann erst die Eltern und erst zuletzt die Kinder".

In den ersten zwei Wochen seit Ankündigung der öffentlichen Einschränkungen in Österreich hat sich die untersuchte Zeitung weitgehend auf die allgemeinen epidemiologischen und extrapoliert-statistischen Aspekte der Krise beschränkt, lokalpolitisches

Management thematisiert und sich von weltanschaulichen Themen ferngehalten.
Am 21. März erzählt ein Leserbrief: „Wir erleben in unserer Nachbarschaft plötzlich Hilfsangebote von Menschen, mit denen man kaum in Kontakt kommen konnte. Hilfe wird nahezu an allen Ecken und Enden angeboten". Aufkeimenden Unmut allerdings signalisiert *am 25. März* der Leserbrief einer Mutter. Wenn sie einmal am Tag mit ihren kleinen Kindern (im Sicherheitsabstand zu anderen) einen Spaziergang macht, fällt ihr auf, „dass Personen, die aufgrund ihres Alters offensichtlich zur Risikogruppe gehören, sich nicht an die Beschränkungen und Bestimmungen halten. Vielleicht ist ja ein Fehler in der Kommunikation passiert – wir bleiben nicht alle daheim, damit sich die Risikogruppe frei bewegen kann! Nein, auch die Risikogruppe selbst muss Verantwortung übernehmen und sich an die Beschränkungen halten!". Interessant finde ich, dass hier nicht von Individuen, sondern sozusagen von Klassen (die Risikogruppe) gesprochen wird.
Am 26. März kommentiert der Leiter der lokalen Caritas: „Wie Schuppen ist es uns von den Augen gefallen, dass wir Verantwortung haben für die Schwachen, die Alten, die Menschen mit Vorerkrankungen – ‚Risikogruppen', die sich aber über die ganze Gesellschaft verteilen. Wir nehmen große Einschränkungen unserer individuellen Lebensgestaltung in Kauf, aber auch Lasten in den staatlichen Maßnahmen und Ausgaben, damit wir Leben retten. Plötzlich scheint Solidarität größer als Egoismus und kurzfristiger Nutzen" (Beiglböck, KLZ 26.03.20).
Zeitgleich, am Donnerstag, dem 26. März, lautet eine Nachricht aus Straßburg: Corona-Patienten über 80 werden an der völlig überlasteten Klinik nicht mehr künstlich beatmet, stattdessen erfolgt Sterbebegleitung mit Opiaten (www.PRonline.de 26.03.20).
Abends findet das zweite online-Treffen der Angehörigengruppe statt, eine Teilnehmerin stellt fest: „Wir sitzen alle im selben Boot". Diese Dame berichtet dann von der rumänischen Pflegerin ihrer Eltern: „Ich mache mir Sorgen um die Frau, sie hat keine Möglichkeit, nach Hause zu ihrer Familie zu kommen, es gibt keine Reisemöglichkeiten, die Grenzen sind zu". Auch die Pflegerin sitzt also „im selben Boot"; auch die Eltern der Teilnehmerin, aber: „Ich habe mit ihnen gesprochen, sie haben mit ihrem Leben abgeschlossen, sie haben es schon gelebt …".
Die österreichischen Nachrichten beruhigen, dass es hierzulande genug Intensivbetten für jene gibt, die schwer betroffen sind und künstliche Beatmung brauchen, also für Risikopatienten, vor allem Betagte. Der Gesundheitsminister sagt: „Dass die Zuwächse nicht größer werden als die Gesamtkapazität unserer Spitäler, das ist das erklärte Ziel" (Zeit im Bild 1, www.orf.at 26.03.20). Interessant, wie die Ziele im Laufe des Jahres nachjustiert würden …
Am Samstag, dem 28. März beginnt auf der Leserbriefseite der ‚Kleinen Zeitung' („wiedergegebene Meinungen müssen nicht mit jenen der Redaktion übereinstimmen") eine Diskussion zum „Konfliktpotential zwischen Jung und Alt".

„Ja gut, es ist eine große humane Errungenschaft, wenn das naturgegebene Recht des Stärkeren durch Solidarität und Barmherzigkeit ersetzt wird. Doch wahre Ethik braucht ein moralisches Konfliktmanagement, das heißt, sie muss die diversen Übel gegeneinander abwägen und die richtigen Prioritäten setzen“, schreibt eine Dame (mit Altersangabe 75 Jahre), und weiter: „Wochen-, ja womöglich monatelange drakonische Maßnahmen wären moralisch zu rechtfertigen, wenn die Verhältnisse umgekehrt wären: wenn die Jungen gefährdet wären und man den Alten Einschränkungen auferlegen würde. Aber die ungefährdeten Jungen bei bester Gesundheit und Arbeitskraft einzusperren und die Wirtschaft des ganzen Landes zu ruinieren, nur um den Uralten und Siechen die Lebensspanne noch etwas zu verlängern (gesunde und rüstige Alte würden eine Infektion ja überleben!), ist falsch verstandene Humanität. Es ist der Irrweg einer Gesellschaft, die den Bezug zu den Gesetzen des Lebens verloren hat“. Dass dieser Standpunkt nicht unwidersprochen bleiben wird, ist klar.

In der Ausgabe vom 28. März melden sich weitere SeniorInnen zu Wort, Tenor ist die Besorgnis, entmündigt zu werden: „Auch wir Älteren, die ‚Risikogruppe‘, haben das Recht, unsere Wohnung zu verlassen, um Besorgungen zu erledigen oder einen Spaziergang zu machen. Sie können uns nicht einfach wegsperren!“ – „Ich bin über 80, habe das Glück, dass Nachbarn für mich einkaufen […]. Es ist nicht vorgesehen, dass ältere Leute nicht mehr außer Haus gehen dürfen. Verurteilt wird exzessive Freizeitgestaltung, und da sind die Alten sicherlich nicht dabei“. – „Auch meine ‚gefährdete Altersgruppe‘ möchte hin und wieder frische Luft atmen. Und da auch wir denkfähig sind, wissen wir sehr wohl Abstand zu halten“.

Kritik kommt von jemandem ohne Altersangabe: „Kinder und Jugendliche […] halten sich großteils an die Ausgehbeschränkungen […] Das kann man von unserer älteren Bevölkerungsgruppe so nicht immer behaupten. Die, die geschützt werden sollen, wollen sich scheinbar nicht unbedingt schützen lassen“. Ich denke an die KlientInnen, die ihren Angehörigen die Autoschlüssel verstecken.

Meine *Wochenzeitung* analysiert an ebendiesem Tag: „Konflikt der Generationen. Mit sozialdarwinistischer Kaltblütigkeit ließe sich der Wirtschaftscrash abwenden: Nimmt die Gesellschaft den (früheren) Tod vieler Alter in Kauf, müssten die Jungen nicht per ökonomischer Vollbremsung Jobs und Zukunftschancen aufs Spiel setzen. Es gelte nur noch, das große Sterben diskret, also gewissensschonend, abzuwickeln. Glücklicherweise sind die moralischen Standards so weit entwickelt, dass dieses Szenario tabu ist“ (Redaktion, Der Standard 28.03.20).

Aus tiefenpsychologischer Perspektive bin ich misstrauisch, wenn etwas tabu ist. Ist es tabu, weil es als unberechenbare Gefahr in der menschlichen Seele lauert? Unser Beruf ist es, derartiges – Ausgeschlossenes, Verbotenes, Undenkbares – bewusst zu machen; nicht, um es demagogisch zu nutzen, sondern um zu helfen, damit umzugehen.

Mein gruppenanalytischer Lehrer stammte aus einer jüdischen Familie, und er hat mich geprägt: Das Eis der Zivilisation über den Abgründen der faschistischen Unmenschlichkeit ist dünn. Es ist besser, die Unmenschlichkeit beizeiten bewusst zu machen, als plötzlich darin zu ertrinken.

Um mit dem Tabu umzugehen, wage ich einen Vergleich: Meine Arbeit mit betreuenden Angehörigen bedeutet sehr oft, Verstrickungen mit den Eltern zu lösen, die die KlientInnen als ehemalige Kinder bisher ihr Leben lang mitgeschleppt hatten. Gehorsam, der nie hinterfragt werden konnte; schlechtes Gewissen, über das man gelenkt wurde; Zumutungen, die einem auferlegt wurden und gegen die man sich nicht zu wehren wusste, nicht als Kind und auch später nicht. Nicht die Alten, Kranken, Pflegebedürftigen, Dementen als solche sind es, die manchen TeilnehmerInnen meiner Gruppen das Leben schwer machen, sondern die egoistischen, kontrollierenden, ausnützenden Persönlichkeiten unter diesen Betreuten. Vor allem diese sind es, die im Traum die Treppe hinuntergeworfen werden. Im Alptraum, versteht sich, über den man sich im vertrauensvollen Setting einer geleiteten Gruppe austauschen, mit dessen Schrecken man umgehen kann.

Oft hilft es, sich frühe Verstrickungen (aus der eigenen Kindheit) bewusst zu machen, um ein entspannteres Verhältnis zu den Betreuten zu bekommen, um Nähe und Distanz passend regulieren zu können. Um ein für beide Seiten erträgliches „bis hierher und nicht weiter“ aussprechen zu können; auch, um auf konstruktive Art „Nein“ sagen zu können, ohne die Beziehung zu beschädigen. Manchmal gehört zu diesem „bis hierher und nicht weiter“ auch, professionelle HelferInnen einzubeziehen, eine Tagesstruktur oder einen Pflegeplatz im Heim zu finden. Auch Besuche im Heim sind eine wichtige und durchaus nicht immer einfache Verpflichtung – die Verbindung bleibt bestehen, hinzu kommt oft das erwähnte „schlechte Gewissen“, kommen Mitleid, Mit-Verzweiflung und Trauer. Ich spreche hier von schwierigen Beziehungen; ebenso kann es für beide Teile eine Entwicklungschance sein, sich betreuend/betreut aufeinander einzustellen und einzulassen. Und es kann auch ganz einfach eine Möglichkeit sein, mit einem wichtigen Menschen noch einiges zu erleben, ehe er einen verlässt (Endler & Ploner 2014).

Ich mache mir selbst klar, wo ich stehe: Die Menschen in meinen Gruppen sind durchwegs verantwortungsvolle, ethisch orientierte Menschen. Es ist nicht meine Aufgabe, sie zu ermuntern, sich ihrer Verpflichtungen zu entledigen, aber wenn sie sich entschließen, ihr Leben wieder mehr selbst in die Hand zu nehmen, unterstütze ich sie dabei. In meinen Gruppen stehe ich also im Zweifelsfall – naheliegenderweise – auf der Seite der (betreuenden) KlientInnen. Gesamtgesellschaftlich macht mich das aber, wie ich mir bewusst werde, befangen. Dass ich zusätzlich auch mit Dementen arbeite, verbessert die Sache nicht immer (Endler 2015).

Am Sonntag, dem 29. März, schreibt meine Tageszeitung: „Es mehren sich die Stimmen, die die schmerzhaften Maßnahmen und das Prinzip der Solidargemeinschaft rabiat hinterfragen und ein neues an seine Stelle setzen: Isoliert die Alten, damit sich die Kräftigen durchseuchen lassen können und der Infarkt der Volkswirtschaft abgewendet wird. Polemisch zugespitzt: Sperrt die Alten weg und die Geschäfte auf. Lieber tot als bankrott? Der Vizegouverneur von Texas hat das Unsägliche ausgesprochen: Er sei wie viele Großeltern bereit, sein Leben zu geben für seine Kinder", allerdings natürlich relativierend: „Man kann an diesen Auswüchsen erkennen, wie schnell sich das Bild einer disziplinierten Solidargemeinschaft in sein abgründiges Gegenteil verkehrt" (Patterer 29.03.20).
Montag, 30. März. Ergänzend der redaktionelle Teil der heutigen Zeitung: „Vor allem der Umgang mit dementen Menschen in Pflegeheimen ist herausfordernd: Demente Menschen muss man betreuen, man kann sie nicht einsperren" (Redaktion 30.03.20).
Am Dienstag, dem 31. März erscheinen betroffene Reaktionen auf den polemischen Leserbrief vom Samstag: „Die Leserbriefschreiberin bezeichnet die Maßnahmen […] als ‚falsch verstandene Humanität', um ‚Uralten und Siechen die Lebensspanne noch etwas zu verlängern'. Ich kann kaum beschreiben, wie tief mich diese Formulierung getroffen hat. Auch ‚Uralte' haben Angehörige, für die der Verlust ihrer Lieben ganz schlimm ist. Und was sind ‚Sieche'? […] Jeder Einzelne von ihnen hat Familie und Freunde, die der Verlust des lieben Menschen unglaublich hart trifft, der manchmal kaum bewältigbar scheint. Dieser Text stellt alle Humanität, alles Zusammenhalten in dieser schwierigen Zeit infrage!". Natürlich verstehe ich die Empörung, kann sie auch teilen, wundere mich aber über die Begründung: Dass der Verlust des Betagten von den Hinterbliebenen kaum bewältigt werden kann. Ist es das, was wir fürchten – alleingelassen zu werden, wenn die Großeltern und Eltern sterben?
Die Zuschrift eines männlichen Lesers (76 Jahre) benennt die Nähe von utilitaristischer Ethik und Nationalsozialismus: „fordern Sie menschenverachtend, ‚Uralte und Sieche' doch sterben zu lassen […]. Ein derartiges Denken hat mit wahrer Ethik nicht viel zu tun, auch nicht mit dem von Ihnen zitierten ‚naturgegebenen Recht des Stärkeren' und erinnert an die Zeit und die Ideologie des vergangenen Dritten Reiches ". Die Erinnerung an das ‚Dritte Reich' finde ich nützlich, aber der Begriff „menschenverachtend" irritiert mich hier. Ist die Leserbriefschreiberin vom Samstag menschenverachtend? Ein wenig Internetrecherche zeigt, dass die betagte Dame lange Jahre in der Seelsorge tätig gewesen zu sein scheint. Wenn wir hier in einer meiner analytisch-therapeutischen Gruppen wären, würde ich die Dame bitten, mehr über sich und ihr Menschenbild zu erzählen, würde wohl versuchen, die Ambivalenz, die sie, die LeserInnen ihrer Zuschrift und auch mich befangen macht, auszuhalten, um Klarheit zu gewinnen. Ambivalenz auszuhalten ist aber nicht jedermanns Sache, ein Leser

schreibt: „Ansichten, die daran zweifeln, den ‚Uralten und Siechen die Lebensspanne etwas zu verlängern', entsprechen einer Gott sei Dank längst vergangenen Zeit (unwertes Leben) und dürften wohl nie mehr von einem vernünftigen Menschen in Betracht gezogen werden".
Hat die Dame von unwertem Leben gesprochen, hat sie gemeint, das Leben der Versterbenden sei „unwert" gewesen oder sei jetzt „unwert"? Ich kann es wirklich nicht beurteilen. Was ich allerdings weiß, ist, dass wir ÖsterreicherInnen und Deutsche, deren Familien das Dritte Reich erlebt haben, immer noch von dessen vergangenem Wahnsinn beschädigt sind. Meint der folgende Leserbrief, dass die provokante Dame etwas Vernünftiges beigetragen habe, wenn er sagt: „Gerade die, die wegen ihres Alters aufgrund des Panikgetrommels am meisten Angst haben könnten, überzeugen durch sachliche Überlegungen"? Ich mahne mich zur Vorsicht: Während es in einer geleiteten analytisch-therapeutischen Gruppe nur gut ist, krause Einstellungen und innere Abgründe bewusst zu machen, kann es in der Öffentlichkeit, vor einer verängstigen, aufgeheizten Menschenmenge, eine Lunte zünden, die zur Explosion führt …
„Offenbar hat die Leserbriefschreiberin nicht bedacht, wie qualvoll und einsam diese Menschen sterben müssen, ohne eine Hand, die sie hält und ein Gesicht, in das sie blicken können". So schreibt eine weitere Leserin und formuliert eine tiefe – und berechtigte – menschliche Furcht: Allein zu sein, ausgestoßen sein Leben abzuschließen, einsam zu sterben. Aber hat das die unverblümte Dame in ihrer Wortmeldung gemeint? Will sie „Uralte und Siech" ohne menschliche Nähe, ohne Begleitung irgendwohin abschieben? Die Ängste in diesem Leserforum – stellvertretend für die Ängste in der Gesellschaft, für die Ängste auch in mir – sind groß.
Mittwoch, 1. April: Die Statistik zeigt, dass unter den ersten Coronatoten in Österreich weniger als 5% unter 60 Jahre alt waren, der Schnitt liegt bei 80 Jahren.
Freitag, 3. April: Der heutige Leitartikel richtet sich erzieherisch auch an Senioren: „Wenn geschätzte ältere Mitbürger einwerfen, man habe schließlich schon die Nachkriegszeit überlebt, gewährleistet das aber keine Immunität gegen Corona. […]. Eine Gemeinschaft gewährt dem Einzelnen Schutz, gerät er in Bedrängnis. Jetzt wäre eine gute Zeit für jeden Einzelnen, seinen Beitrag zum Schutz der Gemeinschaft zu leisten durch das Meiden der Gemeinschaft" (Weniger 03.04.20). Schweden, das Land, in dem man individuelle Verantwortung vor Verordnungen setzt, kommt wieder vor: „In einer Reihe von Altersheimen in Stockholm ist es zu einer massiven Ausbreitung des Coronavirus gekommen. Hunderte Menschen seien infiziert, 50 bereits gestorben" (redaktioneller Teil, KLZ 03.04.20). „Es werden mehr Menschen krank werden, mehr werden sich von ihren Angehörigen verabschieden müssen", sagt der schwedische Premier lakonisch (Tagesspiegel, www.tagesspiegel.de 03.04.20).

Samstag, 4. April: Das Titelblatt der Kleinen Zeitung überrascht (mich) mit einem Bild des Kanzlers mit Schutzmaske und dem Titel: „Wie der Exit gelingen könnte“. Exit? Exitus, Tod? Eine Unbedachtheit der Redaktion oder eine Fehlleistung, die die Bemühungen der Regierung instinktiv in Frage stellt?
Nicht in dieser Zeitung, aber in anderen Medien wird nämlich die ‚evidence basis‘ und die ‚expert basis‘ der Regierung mittlerweile offen in Frage gestellt (Matzenberger 2020, Pichlbauer 2020), sie wird sich beraten lassen die verordneten Maßnahmen neu zu bewerten.

Diskussion

Ich denke wieder an die Geschichte mit dem Pilger. Dann mache ich einen Anlauf, für diesen Artikel eine kritische Diskussion zu schreiben – die Repräsentativität oder mangelnde Repräsentativität der Quellenlage, die Auswahl der Items (Leserbriefe) durch nur eine Person anstelle eines Forscherteams, deren Reflexion und Interpretation wieder nur durch eine Person statt durch Inter-Rating, die zuweilen suggestive Vernetzung des so Gefundenen mit Items aus anderen, teilweise zufällig wirkenden Quellen sowie mit persönlichen Erlebnissen, die Verstricktheit des Autors in die Materie überhaupt, die Anonymisierung seiner Klientenbeispiele, etc. könnte man trefflich darstellen (Endler & Bachlehner 2014). Man sollte den Stand der Forschung zu den einzelnen Aspekten des Papiers sorgfältig rezipieren und zu den eigenen Befunden in Bezug setzen. Auch die Literaturliste sollte nicht nur rudimentär sein. Ich muss dies alles für einen späteren Zeitpunkt zurückstellen. Auch weitere Themen müssen zurückgestellt werden: Der Zynismus, mit dem Pflegekräfte „aus dem Osten“ politisch behandelt werden, wenn man sich ihrer sicher zu sein meint (Gigler, KLZ 04.04.20) und die Frage, ob sich dabei jemand an die Nazi-Ideologie erinnert; unsere Nicht-Betroffenheit von allem, was sich am Rande oder gar außerhalb der Corona-Blase abspielt und die Frage, ob unsere derzeitige Nabelschau auch die Funktion hat, den Kopf in den Sand zu stecken angesichts dessen, was noch vor Wochen unübersehbar bedrohlich schien (Nahostkrise, Klimafrage, …).
Es ist Palmsonntag, Beginn der Karwoche, und als Schlussfolgerung dieses Artikels fällt mir ein Gedicht ein: „Herbstwind, der Blätter / von den Bäumen holt / früher als sonst dieses Jahr / aber Herbstwind ist Herbstwind“. In einer Woche ist Ostern, die Buchen werden grün, die Kirschen blühen …

Anmerkung

Das Thema dieses Artikels wurde auch in belletristischer Form bearbeitet (Finden und loslassen, Endler 2021) wobei dort das gesamte Jahr 2020 berücksichtigt wurde.

DDr. Peter Christian Endler
Gesundheitswissenschaftler und Gruppenpsychoanalytiker (ÖAGG), Leiter Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz / Schloss Seggau.
Kontakt: college@inter-uni.net

Literatur

Beiglböck, H. (2020). **Gemeinsame Erfahrung der Verletzlichkeit.** Kleine Zeitung, 26.03.2020

Der Standard – Redaktion (2020). **Zitiert nach der Printversion: 28.3.2020**

Endler, P.C., Bachlehner S. (2014). **Betreuende Angehörige von Demenzpatienten. Entwicklung einer psychotherapeutisch analytischen Gruppe.** Gruppenanalyse 2, S. 167-189.

Endler, P.C., Ploner H. (2014). **„(Wozu) brauchen Sie die Betreuungssituation?" Angehörige von Demenzpatienten in einer analytischen Psychotherapiegruppe.** Psychotherapie Forum 17, S. 160–168.

Endler, P.C. (2015). **Hilfe auf jedem Weg? Von der Herausforderung des Therapeuten durch die Suizidplanung eines Klienten mit Demenzdiagnose.** Psychotherapie Forum 20(4), S. 145-153.

Endler, P.C. (2018). **Der reflektierte tiefenpsychologische Fallbericht. Ein Lesebuch zu Angehörigenarbeit,** Demenzbegleitung, Selbsterfahrung und Achtsamkeit. Wien: facultas.

Endler, P.C. (2021). **Finden und loslassen – Betreuende Angehörige, Demenzkranke und ein Therapeut im Gespräch.** Ein Lesebuch zur Selbsterfahrung. 2., erweiterte Auflage. Wien: facultas.

Gigler, C. (2020). **PflegerInnen bleiben übrig.** Kleine Zeitung, 04.04.2020

Kleine Zeitung (2020). **Zitiert nach der Printversion: 21.3.2020, 25.03.2020, 26.3.2020, 29.03.2020, 30.03.2020, 31.03.2020, 03.04.2020**

Matzenberger, M. (2020). **Wissen, dass wir nichts wissen.** Der Standard, 04./05.04.2020

Patterer, H. (2020). **Die Alten wegsperren und die Geschäfte aufsperren? Eine Debatte auf brüchigem Boden.** Kleine Zeitung, 29.03.2020

Pichlbauer, E.G. (2020). **Warum wir viele Zahlen brauchen.** Der Standard, 04./05.04.20

PR online, **www.PRonline.de** 26.03.20

Tagesspiegel (2020.) **www.tagesspiegel.de** Abg. 03.04.20

Weniger, C. (2020). **Es ist hart, aber trotzdem …** Kleine Zeitung, 03.04.2020

Zeit im Bild 1 (2020). **www.orf.at** 26.03.2020

Neue Mitglieder im ÖAGG

Aksakalli Sevim Mag. (FH), *St. Pölten*
Andre Eva MA, *Wien*
Auernhammer Anita MA, *Wien*
Benyahia Bruno Said BA, *Graz*
Bereis Katharina BA, *Wien*
Blach Gabriele Mag.[a], *Wien*
Blazej Bianca MA, *Graz*
Blihall Philipp, *Wien*
Brandstätter Zsuzsanna, *Wien*
Brandstetter Clemens BA, *Linz*
Brunner Christoph, *Graz*
Darok Anne-Marie Mag.[a], *Wien*
de Jong Christine MSc, *Wien*
Dengel Dieter, *Graz*
Draxler Sabine, *Graz*
Dujlovic Tanja MSc, *Linz*
Echsel Sabine Mag.[a], *Gänserndorf*
Egner Elisabeth MSc, *St. Stefan ob Stainz*
Ehart-Nouri Elisabeth MSc, *Wien*
Ehmer Susanne Dr.[in], *Wien*
Engl Katharina Mag.[a], *Wien*
Ettl Florian Mag., *Perchtoldsdorf*
Falk Klaus, *St. Stefan im Rosental*
Fellner Claudia BA, *Graz*
Fischlmayr Anna BA, MA, *Wien*
Flatschart Elmar Dr. MMag., *Wien*
Fohringer Flora BEd, *Seyring*
Forster Stefanie Mag.[a], *Wien*
Gadsden Clarissa Delphine Mag.[a], *Wien*
Geymayer Angelika Dr.[in] MA, *Graz*
Grömmer Pia, *Wien*
Hablesreiter Jürgen BA, *Amstetten*
Harg Martina, *Wien*
Hauke Claudia DSP, *Neusiedl am See*
Heim Marion MMag.[a], *Göstling/Ybbs*
Herdina Peter, *Wien*
Hermann Ursula Dr.[in] Mag.[a] MSc, *Wien*
Hieslmayr Christine MMag.[a] MSc, *Kirchberg*
Hoffmann Sarah MSc, *Linz*
Hofmann Denise, *Leiben*
Hrastnig Ines Mag.[a] BA, *Wien*
Huber Stefanie, *Wien*
Huber Veronika MSc, *Tamsweg*
Jellinek Jacqueline BA, *Leobersdorf*
Kaminski Kamil Mag. BA, *Bruck an der Mur*
Keber Leopold, *Graz*
Keclik Andreas Mag., *Wien*
Kern Verena MA, *Graz*
Khom Julia Mag.[a], *Graz*
Kindler Katrin, *Graz*
Klamminger Laura BA, *Graz*
Knopf Wolfgang Dr., *Wien*
Knotzer Christa, *Wien*
Köbrunner Diana, *Wien*
Kothbauer Sophie BA, *Wien*
Kousek Barbara Mag.[a], *Mondsee*
Kowald Anne-Claire MSc, *Bad Vöslau*
Kraushofer Kristin Mag.[a] (FH), *Wien*
Krenn Heike, *Graz*
Kreuzer Katharina, *Wien*
Kunz Caroline Dr.[in] med., *Wien*
Lackner Ines, *Wien*
Lamprecht Joanna Mag.[a], *Wien*
Lanzdorf Ralf MA MTD, *Ebenau*
Lastin Sabrina MSc, *Villach*
Lehofer Anna BSc, *Wien*
Leiner Judith, *Wien*
Liebergesell Mathias BA, *Graz*
Linke Lydia MA., *Wien*
List Sara Helene MSc, *Wien*
Löbl Jan Raffael Ing., *Wien*
Lutz Michaela Mag.[a], *Tulln*
Matt-Wurm Bettina Mag.[a], *Wien*
Matuschka-Gablenz Agnes MSc, *Wien*

Mavrofrydis Flora, *Wien*
Mitterlehner Vera Dr.in, *Linz*
Nagl-Pölzer Eva Mag.a, *Sittendorf*
Oswald Kathrin, *Graz*
Pennauer Josef Dr., *Wien*
Peter Karoline Dr.in, *Wien*
Pettermann Hans Mag. Dr., *Wien*
Pichler Barbara BEd, *Salzburg*
Pichler Stephanie MMag.a., *Gmunden*
Pierer Antonia BSc BSc, *Wien*
Pittner Sandra, *Wien*
Plaikner Waltraud, *Innsbruck-Hötting*
Pleschberger Ingrid MA, *Wien*
Pribil Tanja Mag.a, *Baumkirchen*
Pscheidl Monika Constanze BA, *Fehring*
Ramsauer Petra Mag.a, *Wien*
Ranner-Staudinger Petra Dr.in, *Leonding*
Rauwolf Ulrike Mag.a, *Wien*
Reder Jürgen Mag., *Altaussee*
Riel-Brandstetter Birgit Mag.a MSc, *Wien*
Rimpfl Miriam BA, *Wien*
Rudolf Andreas, *Wien*
Schabhüttl Julia MA, *Wien*
Schein Lisa Mag.a, *Köflach*
Schenter Florian, *Wien*
Scheucher Kathrin Mag.a MA,
Markt Hartmannsdorf
Schmidt Marie-Isabelle BA, *Wien*
Schrotter Carmen, *Eggersdorf bei Graz*
Schwab Sophia BSc, *Wallsee*
Schwarz Clarissa BSc, *Wien*
Schwediauer Anna MSc, *St. Pantaleon-Erla*
Schweiger Magdalena BSc, *Mariazell*
Schweinberger Magdalena BA, *Wien*
Sixthofer Erwin Ing. MSc, *Wien*
Slauf Katja Mag.a, *Wien*
Slavik Petra BA, *Pinkafeld*
Sodomka Christian DI, *Guntramsdorf*
Speyer Lydia Gabriela BA, MSc,
Salzburg-Aigen
Stalzer Ines MA, *Seiersberg-Pirka*
Stampf Peter, *Wien*
Steinkellner Margit, *Perg*
Stelzer Katharina Mag.a MA, *Hart-Purgstall*
Stix Wolfram Dr., *Wien*
Streitberger Thomas Andreas, *Lenzing*
Süss Stefan Mag. MSc, *Regau*
Tanzmeister Sandra BA MSc, *Graz*
Tatschl Siegfried DSA Mag. (FH),
Engelmannsbrunn
Taxacher Eva Mag.a MA, *Graz*
Topf Reinhard Dr., *Wien*
Trummer Alina BA, *Gratwein*
Unterberger Silvia Mag.a, *Wien*
Valina Thomas Mag. (FH), *Wien*
Velickovic Nina Mag.a, *Mödling*
Versnak Ayla, *Wien*
Vilgut Roman Mag. MA, *Graz*
Vogl Oliver MSc, *Wien*
Walenta Barbara Mag.a (FH) MA, *Wien*
Weber Christina BA, *Wien*
Wieser Laura, *Wien*
Windisch Barbara Mag.a MBA, *Klosterneuburg*
Winkelbauer Maximilian MSc, *Graz*
Winkler Stefanie Luise BSc, *Wien*
Wohlfarter Eva Maria MA, MA, *Wien*
Wolfsberger Juliana MSc, *Wien*
Wolschlager Peter MSc, MBA, *Hinterstoder*
Wurm Christa Mag.a, *Gleisdorf*
Yannilos-Staszek Christina Dr.in med. univ., *Wien*
Zimmermann Petra BA MA, *Steyr*
Zimmermann Walter, *Ernstbrunn*

ÖAGG | Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik

ÖAGG-Akademie Psychotherapeutisches Propädeutikum

WIEN – GRAZ – LINZ

1080 Wien, Lenaugasse 3
Tel.: 01/405 39 95, Fax: DW 20
E-Mail: propaedeutikum@oeagg.at
Homepage: www.oeagg.at/propaedeutikum

Laufender Einstieg möglich!

BEZAHLTE ANZEIGE

Praxisräume mit günstiger Verkehrsanbindung in gut eingeführter Praxis zu vermieten!

Zwei Räume sind in einer Praxis im Hochparterre in Dornbach, 1170 Wien zu vermieten. Aufzug ist vorhanden! Die Praxis besteht aus zwei Räumen, Vorraum, Waschraum und WC, (Kühlschrank und Kaffeemaschine sind vorhanden)!
Der Raum ist ca. 20 m² groß und wird ab 1.3.2021 zur alleinigen Benutzung um 550 € im Monat oder an mindestens zwei Tagen zu 320 € im Monat vermietet!
Ein zweiter Raum mit 33 m² wäre am Montag um 190 € im Monat zu vermieten.
Die Praxis ist modern und freundlich eingerichtet, WLAN ist vorhanden! Erreichbar mit den Straßenbahnlinien: 10, 43, 2, oder nur fünf Minuten von der Vorortlinie S45 entfernt! Die Praxis eignet sich für PsychotherapeutInnen, SupervisorInnen, MediatorInnen, LogopädInnen, Shiatsu etc. Fotos können Sie unter **www.maria-winterleitner.at** ansehen.

Fachsektion Integrative Gestalttherapie im ÖAGG ÖAGG | IG

Genauere Infos unter: **http://gestalttherapie.at/ausbildung.html**

Neue Ausbildungsgruppe Ö49 in Graz ab April 2021
Neue Ausbildungsgruppe Ö50 in Innsbruck ab Mai 2021

Zoom Info Veranstaltungen
Siehe http://www.gestalttherapie.at/

Auswahlseminare

Wien	18.-20.06.21
Wien	01.-03.10.21

Fort- und Weiterbildungen
Genauere Infos Termine und Infos unter:
http://gestalttherapie.at/ausbildung_weiterbildung.html

Gestalttherapeutische Sexualtherapie, Workshopreihe a 20 AE.

Zeit:	30.04.-02.05.2021 Sexualität als Körperthema
	17.- 19.09.2021 Sexualität als Beziehungsthema
Ort:	Wien, Therapiezentrum Hyrtlgasse, Hyrtlgasse12/1; 1160 Wien
Leitung:	Mag.[a] Dr.[in] Ingeborg Netzer, MSc, Martin Geiger, MSc

Fortbildung Paardynamik für Paartherapie und Einzeltherapie

ARBEIT AM HINTERGRUND 2021/22

„Du bist wie Deine Mutter, wie dein Vater, wie der Opa …“

Zeit:	Fr 22. 10. 16.00-20.00 & Sa 23. 10. 2021 9.30-17.00 (12 AE)
Ort:	Praxis Salomon, Kirchengasse 43/9, 1070 Wien
	Sollte es in Präsenz nicht gehen, wäre es via Zoom.
Leitung:	Mag.[a] Barbara Stadler; **www.barbarastadler.com**

ÖAGG | IG

ARBEIT AM VORDERGRUND 2022

Vom Paarproblem zur vertieften Liebe „Du bist nicht so, wie ich Dich will …“

Zeit: Fr 08.04.2021 von 16.00 - 20.00 Uhr & Sa 09.04. 2022 von 9.00 - 18.00 Uhr (12 AE)

Ort: Praxis Salomon, Kirchengasse 43/9, 1070 Wien
Aus aktueller Sicht – voraussichtlich online via Zoom

Leitung: Mag.[a] Barbara Stadler www.barbarastadler.com

Weiterbildungslehrgang Integrative Gestalttherapie mit Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und ihrem Umfeld

Start: 26. - 28. 03. 2021 in Wien – verschoben

Genauere Infos und weitere Termine unter: http://gestalttherapie.at/skj.html

Selbstbestimmung, Zugehörigkeit und gemeinsames Wachstum

Gestalttherapeutische Gruppenarbeit und Leitung von Gruppen

3-teilige Fortbildung für PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen i.A.u.S.

Leitung: Dr.[in] Ulla Diltsch und DI Dr. Günther Kuhn-Ditzelmüller

Zielgruppe: an integrativ-gestalttherapeutischer Gruppenarbeit interessierte PsychotherapeutInnen sowie PsychotherapeutInnen i.A.u.S. aller Fachrichtungen

Gruppengröße: 12 - 24 TeilnehmerInnen

Dauer: 3 Seminare zu jeweils 20 Einheiten á 45 Minuten, gesamt 60 Einheiten

Ort: Landhotel Yspertal; A-3683 Yspertal

Termine: jeweils Freitag 16.00 bis Sonntag 13.00 Uhr
(1) 22. bis 24. Oktober 2021: „Lernfeld Gruppe – Erfahrung, Reflexion, Prozessanalyse“
(2) 11. bis 13. März 2022: „Gruppenleitung – Werkzeuge“
(3) 14. bis 16. Oktober 2022: „Üben – Supervision – Methoden“

Gruppensupervision

Die Gruppe erweitert die Supervision um die Dimension der wechselseitigen Resonanz und des kollegialen Erfahrungsaustausches. Sie kann so zur wesentlichen Stütze für die tägliche psychotherapeutische Arbeit und Rückhalt für schwierige Situationen werden.

Methode und Techniken:	Integrative Gestalttherapie mit dem Schwerpunkt auf relationale und feldorientierte Zugänge, Austausch/Sharing in der Gruppe, szenische Techniken/Rollenspiel
Leitung:	Dr. Günther Kuhn-Ditzelmüller, Psychotherapeut – Integrative Gestalttherapie
Ort:	Praxis07; Bernardgasse 26/2; 1070 Wien;
Termine/Zeit:	alle vier- bis sechs Wochen ab Freitag, 15. Oktober 2021; 9.30 - 12.00h jeweils 2,5 Stunden entsprechend drei Arbeitseinheiten á 45 min plus 15 min Pause
Orientierungs-treffen:	Montag, 27. September 2021; 18:30 bis 20:00 Uhr
Zielgruppe:	3 bis 6 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten; 3 bis 6 Teilnehmer*innen
Kosten:	€ 50,– plus 20% USt pro Treffen (brutto € 60,-)
	Anmeldung, Kontakt und Info: Telefon: +43 (0) 650 3500425;
Mail:	g.ditzelmueller@praxis07.at ;
Web:	www.gestalt.wien

Fortlaufende Psychotherapeutische Gruppe

Erst in der Hinwendung zum DU gewinnt das ICH seinen Bestand (Martin Buber)

Die Gruppe bietet einen geschützten Rahmen, in dem sich die Beziehungen und Kontaktmuster, so wie wir sie im Leben pflegen, abbilden können. Indem wir den Prozess in achtsamer und wertschätzender Atmosphäre betrachten, wird dies für uns sichtbar und bewusst, auch die Konsequenzen werden klar. Wir lernen uns kennen, wie wir in Beziehung sind und können entscheiden, ob wir weiterhin so handeln wollen oder nicht. Alte Muster aus der eigenen Familienkultur und eingefahrene Drehbücher können so neu betrachtet, Ressourcen und Potentiale entfaltet werden.

Leitung:	Mag. Uwe Schlegel
Ort:	praxis04, Faulmanngasse 6/15, 1040 Wien
Zeit:	jeden Dienstag, 18:30 – 20 Uhr, außer in den Schulferien, Einstieg jederzeit möglich
Methode:	Integrative Gestalttherapie, Atem- und Körperarbeit, Kreative Medien, Rollenspiel, Bewegung und Tanz
Kosten:	€ 35,– pro Abend, ein Gruppenwochenende verpflichtend (€ 250,– plus Unterkunft und Verpflegung), Krankenkassenplätze oder -zuschuss möglich
Zielgruppe:	Menschen, die mit ihren Beziehungen zu anderen unzufrieden sind oder sogar darunter leiden und die Bereitschaft haben, näher hin zu schauen.

Teilnahmebedingung sind ein kostenloses Vorgespräch und regelmäßige Teilnahme.
Kontakt: www.uwe-schlegel.at, Tel.: 0699/123 19 184, uwe.schlegel@utanet.at

INFORMATIONSABENDE zum Fachspezifikum Integrative Therapie

Wir laden Sie herzlich zu unseren Informationsabenden zum Fachspezifikum Integrative Therapie ein. Wir möchten Ihnen die Rahmenbedingungen der Ausbildung zum/zur Integrativen Therapeut*in vorstellen, Ihnen Auskunft über den Zeit-und Kostenaufwand geben und beantworten gerne all Ihre Fragen.

Zeit:	28.5.2021, 18:00 - 21:00 Uhr
Leitung:	Christine de Jong, MSc
Ort:	Praxis Dr. Clemens Hanika, Währingerstraße 20, 1. Stock rechts, Tür 9, 1090 Wien
Zeit:	25.6. 2021, 18 Uhr, 18:00 - 20:00 Uhr
Leitung:	Mag.ª Brigitte Wibmer
Ort:	Praxis für Integrative Therapie; Hunoldstr. 12/Nord, 6020 Innsbruck
Kosten:	freier Eintritt
Anmeldung:	für alle Veranstaltungen bitte per E-Mail an Fr. Fogl: integrativetherapie@oeagg.at

Voraussichtlicher Lehrgangsstart: Wien –Herbst 2021; Innsbruck – Frühjahr 2022

Einführungsseminar in die integrative Therapie

Eintägiges Selbsterfahrungsseminar für alle an der IT Interessierten anrechenbar als Selbsterfahrung (10UE) fürs Propädeutikum

Termine: 5. Juni 2021; 9:00 bis 18:00 Uhr

Leitung: Christine de Jong, MSc, (www,dejong.at), Mag. Stefan Süss, MSc (www.stefansuess.at) und Hund Luke

Ort: Wien (genaue Angabe folgt)

Kosten: € 190,–

Anmeldung: Christine de Jong 0676-412 96 12 oder office@dejong.at; Stefan Süss 0650 420 62 06 oder praxis@stefansuess.at

Ziel: Wir möchten Sie zu einem Eintauchen in die Integrative Therapie mit vielen persönlichen Erfahrungen sowie dem theoretischen Hintergrund einladen und dabei die Integrative Welt und Haltung spürbar machen. Neben den gängigen Interventionstechniken wird es auch einen kurzen Exkurs in die tiergestützte Therapie geben. Luke ist ein Hund, der auch von AllergikerInnen gut vertragen wird.

ÖAGG | PD

UNIVERSITÄTSLEHRGANG PSYCHOTHERAPIE: FACHSPEZIFIKUM PSYCHODRAMA

Die Psychodrama-Ausbildung befähigt zur Ausübung von **Einzel-, Paar- und Gruppentherapie** sowie zur **Arbeit mit Familien**

Geplanter Beginn der nächsten Lehrgänge:

Salzburg	Wien/Salzburg	Graz/Klagenfurt/Salzburg
Oktober 2021	Oktober 2021	März 2022

Abschluss: Master of Science (MSc), 8 Semester berufsbegleitend
Bewerbungen: psychodrama@oeagg.at

www.psychodrama-austria.at/fachspezifikum

in Kooperation mit PARIS LODRON UNIVERSITÄT SALZBURG

Einführungsseminar in integrative Therapie

In diesem ressourcenorientierten Selbsterfahrungswochenende bietet sich die Gelegenheit:

- die Integrative Therapie mit ihren theoretischen Hintergründen und praktischen Methoden kennen zu lernen,
- gemeinsam in der und über die Gruppe die eigene Kreativität zu entdecken, zu fördern und ls Ressource wahrzunehmen und
- sich auf einen Prozess der gemeinsamen Erfahrung in der Gruppe in einem geschützten Rahmen, ohne Leistungsanspruch, einzulassen.

Zielgruppe:	alle an Selbsterfahrung in Integrativer Therapie Interessierte Propädeutikumskandidat*innen (anrechenbar für die Selbsterfahrung–20 UE) Fachausbildungskandidat*innen Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie
Leitung:	Mag.ª Irene Apfalter, MSc, Mag. Gerd Mantl, MSc
Zeit:	2.07. - 4.7.2021 Beginn am Freitag, 16:00h, Ende am Sonntag, 12:30h
Anmeldefrist:	18.6.2021
Ort:	Praxis für Psychotherapie, Donaustr. 113/2, 2344 Maria Enzersdorf
Info/Anmeldung:	Mag. Gerd Mantl, MSc, Tel.: 0677 630 99 242 psychotherapie.mantl@gmail.com
Seminarkosten:	(20 UE): 380,– €

ÖÄK-Psy-Diplom-Lehrgänge – ÖAGG-Weiterbildungscurricula für Ärztinnen und Ärzte

Die Psy-Diplome der Österreichischen Ärztekammer repräsentieren den aktuellen europäischen Standard der psychosozialen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Lehr- und Ausbildungsinhalte für Mediziner*innen. Ärzt*innen können berufsbegleitend, in modularer Weiterbildung die ÖÄK-Diplome Psychosoziale Medizin (Psy1), Psychosomatische Medizin (Psy2) und Psychotherapeutische Medizin (Psy3) erwerben. Mit der Absolvierung aller drei Psy-Diplome gewinnen Mediziner*innen die Kompetenz ärztlicher Psychotherapie. Diese Curricula vermitteln konsistent Theorie, Methodik, Gruppen- wie Einzelselbsterfahrung und Balint-Gruppenarbeit praxisorientiert entlang der Metatheorie der Integrativen Therapie. Der ärztlichen Weiterbildungspflicht entsprechend werden DFP-Punkte der ÖÄK auf sinnvolle Weise erworben.

Zielgruppe sind in die Ärzteliste eingetragene Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen aller Sonderfächer, auch im Ausbildungsstatus, die einer praktischen ärztlichen Tätigkeit nachgehen.

Start des nächsten Psy1-Lehrganges mit April 2021

Ziel ist die Kompetenz der Anwendung der „narrative based medicine“ ergänzend zu der „evidence based medicine“, die Verfeinerung der ärztlichen Gesprächsführung und das Erreichen einer bio-psycho-sozio-ökologischen ärztlichen Grundhaltung.

Lehrgangsleitung: Dr. Norbert Wißgott, MSc

Start des nächsten Psy2-Lehrganges mit November 2021

Ziel ist es, die Kompetenz zur ärztlich-psychosomatischen Tätigkeit zu erwerben, sowie die Leitung von psychosomatischer Einzel- und Gruppentherapie und einer Entspannungstechnik für die Anwendung mit Patient*innen zu erlernen.

Voraussetzung ist ein abgeschlossener Psy1- Lehrgang.

Lehrgangsleitung: Dr.in Claudia Brechtelsbauer, MSc

Start des nächsten Psy3-Lehrganges mit Mai 2021

Ziel ist der Erwerb der psychotherapeutischen Kompetenz im Rahmen der ärztlichen, fachspezifischen Tätigkeit auf Basis des Ärztegesetzes. Im Hauptfach Integrative Therapie wird ein methodenintegrierendes Psychotherapieverfahren vermittelt.

Voraussetzung ist ein abgeschlossener Psy2- Lehrgang.

Lehrgangsleitung: Dr.in Maria-Theresia Rohrhofer

Lehrgangsanmeldung: psy-diplome@oeagg.at

Information: www.psydiplome.info

Lust auf Gruppe_2021 – Gruppendynamische Selbsterfahrung

Das Wechselspiel der eigenen Persönlichkeit mit einzelnen Menschen in der Gruppe und der Gruppe als Ganzes steht im Mittelpunkt dieses Seminars. Gruppen und deren Mitglieder lösen vielfältige Gefühle, Impulse und Reaktionen aus, die Auseinandersetzung mit diesen ist ein Ziel dieses Seminars. Beziehungsstukturen können benannt, erlebt und reflektiert werden und somit Erweiterungsschritte im sozialen Verhalten gesetzt werden.

Ort:	Bildungshaus Schloss Retzhof in der Südsteiermark
Zeit:	22.-25. September 2021
Leitung:	Susanna Schenk und Heinz Baumann
Methode:	Gruppendynamik und dynamische Gruppenpsychotherapie, Basisgruppe
Kosten:	€ 680,– zzgl 20% Ust (ustfrei im Rahmen der Psychotherapieausbildung) exkl. Unterbringung (Vollpension ca. € 60,–)
Anrechenbar:	GD: 4.2.2, GT: 4.1.1, DG 4.2.2.1 und als Selbsterfahrungsseminar für diverse Aus- und Weiterbildungen
Info/Anmeldung:	heinz.baumann@gmx.at; 0699 17 57 71 37

Gruppendynamik Special 2021 **Gruppendynamik**Mühldorf

Ungewissheit 9. – 11.7. 2021

Experimentelle T-Gruppe

- Zwischen Anpassung und Widerstand das Durcheinander leben
- Orientierung an phantasierten und realen Ängsten suchen
- Im Abwägen zwischen Nähe und Rückzug Zugehörigkeiten neu verhandeln
- In Auseinandersetzung mit Solidarität und Kreativität neue Normalitäten erschaffen

Für an Selbsterfahrung, Reflexion und Entwicklung Interessierte
Methode: Experimentelle T-Gruppe 20 AE
Seminarbeitrag: € 420,–
Anmeldeschluss: 16.6.2021
Info/Anmeldung: semorg@gruppendynamik-muehldorf.com

Lernen mit und in Gruppen 22. – 26.10. 2021

Prozesse in Gruppen analysieren und wirkungsvoll intervenieren

- Dynamiken erkennen und theoretisch zuordnen
- Interventionen planen, durchführen, überprüfen
- Kompetenzentwicklung durch Funktionswechsel
- Prozessbezogenes Arbeiten üben

Für Personen, die in und mit Gruppen, Teams arbeiten
Methode: Gruppendynamisches Skill-Training 40 AE
Seminarbeitrag: € 640,–
Anmeldeschluss: 30.9.2021
Info/Anmeldung: semorg@gruppendynamik-muehldorf.com

www.gruppendynamik-muehldorf.com

Psychodrama Selbsterfahrung mit Märchen und Mythen

Regina Bulian MSc
Psychodrama Psychotherapeutin
Lehrbeauftrage der Fachsektion Psychodrama
ÖAGG/Donau Universität Krems

Beginn: Freitag 11. Juni 2021, 17 Uhr
Ende: Sonntag 13. Juni 2021, 12.30 Uhr

Ein lustvolles und spannendes Wochenende mit der psychodramatischen Inszenierung von Märchen und Mythen.
Im Eintauchen und Spielen von Rollen verschiedener Lieblingsmärchen oder faszinierender griechischen Mythen erleben wir einen Spannungsbogen zwischen Phantasien, Wünschen, Emotionen, Grundsatzthemen des Lebens in der Bildsprache der Geschichten und der eigenen Realität. Diese Rollen und Erfahrungen im Spiel mit der Gruppe werden dann in einer Rollenfeedback- und Sharing-Runde besprochen und im Zusammenhang mit der eigenen Lebensgeschichte reflektiert.

Nach einer Anwärmung mit einer soziometrischen Geschichtenauswahl können sich die TeilnehmerInnen nach Lust und Laune verkleiden, um gut in die Rollen hineinzufinden. Im Spiel geht es nicht um texttreue Wiedergabe, sondern um einen eigenen kreativ-spontanen Umgang mit der Rolle und der Handlungsanleitung.
Eine Selbsterfahrung passiert durch die viele neuen Begegnungen und Erfahrungen in der erweiterten Spielrealität mit den anderen in der Gruppe und gleichzeitig werden eigene, vertraute Verhaltensweisen erlebbar, spürbar, sichtbar und reflektierbar.

Ort: Praxis Eins, Dreihackengasse 1, 8020 Graz
Arbeitszeiten: Fr 17 – 21 Uhr, Sa 9 – 19 Uhr, So 9 – 12.30 Uhr
Kosten: € 340,– (Ust.-befreit)
Anmeldung: per Email: bulian.reg ina@gmail.com
Tel: 0699 11975670

Psychodrama Gruppenangebote

Psychotherapie

THERAPIEGRUPPE für Menschen mit PSYCHOSOMATISCHEN ERKRANKUNGEN und chronischen SCHMERZEN

Donnerstag, wöchentlich, 18.00 – 19.30 Uhr (ab Oktober 2021), Kosten: € 45,–

Aus- und Fortbildung 1:

SYMBOLISIERUNGSFÄHIGKEIT

Philosophischer Hintergrund und Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit
Alters- und störungsspezifische Variationen und Einschränkungen
Techniken und Arrangements zur Förderung der Symbolisierungsfähigkeit
12.-14.11.2021 (20 UE à 45 Minuten), Kosten: € 280,– (Fortbildung)

Aus- und Fortbildung 2:

JEDES WAHRE ZWEITE MAL IST DIE BEFREIUNG VOM ERSTEN (J.L. Moreno)

Historische Verankerung und gegenwärtiges Verständnis eines psychodramatischen Paradigmas
Illusionäre und perfekte Ziele als Beiträge zum Leid und die Katharsis des psychodramatischen Spiels
Modifikationen in Bezug auf grundlegende Störungslagen (Defizit, Konflikt, Trauma)
08.-09.01.2022 (17 UE à 45 Minuten), Kosten: € 240,– (Fortbildung)

Information und Anmeldung:

Mag. Thomas Sageder, MSc, MPOS
Psychologe und Psychotherapeut (Psychodrama)
Lehrtherapeut für Psychodrama im ÖAGG
1160 Wien, Paltaufgasse 21/102
thomas.sageder@aon.at
+43 699 190 867 63

Bertha von Suttner
Privatuniversität St. Pölten

Warum Psychotherapiewissenschaft?

Eine forschungsbasierte Psychotherapiewissenschaft stellt die Voraussetzung zur Verbesserung des Versorgungsangebots für Patient*innen dar. Sie stärkt zudem die Position der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen im Gesundheitswesen und im interdisziplinären Austausch.

Für Psychotherapeut*innen bietet die Bertha von Suttner Universität die Möglichkeit der persönlichen Weiterentwicklung und Qualifizierung speziell im Bereich der Psychotherapiewissenschaft.

Ein Studium

- ist eine wesentliche Voraussetzung für die Tätigkeit als Lehrtherapeut*in
- eröffnet zusätzliche Berufsfelder in der Forschung
- bedeutet eine Kompetenzerweiterung für die Teilnahme am berufspolitischen Diskurs und an der Akademisierung der Psychotherapie

Befristete
Upgrade
Möglichkeit für Psychotherapeut*innen
Erhebliche Ersparnis durch Anrechnung Ihrer Vorbildung![1]

Kostenbeispiel[1]

	Bachelor Psychosoziale Interventionen	Master Psychotherapie
Studiengebühr	€ 30.900	€ 25.200
Kosten-Ersparnis[1]	€ -21.900	€ -13.200
vergünstigte Studiengebühren	**€ 9.000**	**€ 12.000**

Gerne beraten wir Sie persönlich. Vereinbaren Sie einen Termin für ein individuelles Beratungsgespräch. studienservice@suttneruni.at, 02742 313 228-800

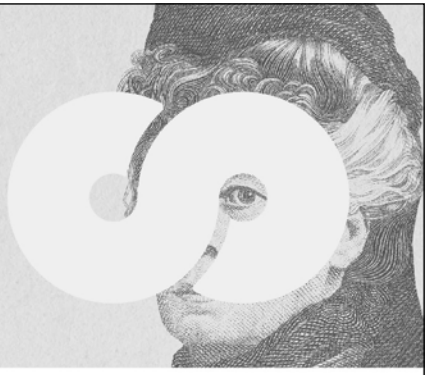
Detailierte Informationen und Zugangsvoraussetzungen:

www.suttneruni.at/angebot

1 Kosten-Ersparnis durch Anrechnung des bereits absolvierten Propädeutikums und des Fachspezifikums. Gilt, wenn Sie bereits als Psychotherapeut*in eingetragen sind, oder der Start des Fachspezifikums vor 1.1.2019 erfolgt ist. Änderungen vorbehalten. Die Kosten des Fachspezifikums sind in dem Fall nicht in den Studiengebühren enthalten.

Berufsbegleitende Bachelor- und Masterstudiengänge an der Bertha von Suttner Privatuniversität stellen den Menschen in den Mittelpunkt:

- **Psychotherapie**
- **Soziales**
- **Inklusion**
- **Wirtschaft**



Psychotherapie Studium

Die Bertha von Suttner Privatuniversität bietet mit dem Bachelorstudiengang Psychosoziale Interventionen (180 ECTS, 6 Semester) und dem Masterstudiengang Psychotherapie (120 ECTS, 4 Semester) ein Vollstudium zur Ausbildung als Psychotherapeut*in und Psychotherapiewissenschaftler*in. Das Curriculum umfasst die gesetzlich vorgeschriebenen Ausbildungsteile wie die Inhalte des Propädeutikums und Teile des Fachspezifikums bei einer kooperierenden Ausbildungseinrichtung. Erweitert werden diese um Module der Psychotherapiewissenschaft.

Vorteile eines Studiums an der Bertha von Suttner Privatuniversität:

- **Anrechnung der Ausbildung beim ÖAGG**
- **Abschluss mit Bachelor of Arts bzw. Master of Arts**
- **Berechtigung zum Doktorat**

www.suttneruni.at

Quereinstieg ins 4. Semester mit Propädeutikum

Verkürztes Psychotherapie-studium inklusive Fachspezifikum (bei einem Kooperationspartner) inklusive Abschluss mit Bachelor of Arts.

Online-Infotermine

Lernen Sie die Bertha von Suttner Privatuniversität und ihre berufsbegleitenden Studienangebote kennen.
www.suttneruni.at/events

Träger:

ÖAGG

st.pölten

Holotropes Atmen, transpersonale Psychologie und integrative Psychotherapie

Dieses Seminar ist für Menschen gedacht, die gerne die Möglichkeiten ihres Bewusstseins nützen möchten, um seelische Wunden zu heilen, brachliegende Potenziale zu entfalten und spirituelle Einsichten zu gewinnen. Mit Hilfe von veränderten Bewusstseinszuständen, hervorgerufen durch beschleunigtes Atmen (holotropes Atmen nach Stanislav Grof), evokative Musik und prozessuale Körperarbeit, können auf einer tieferen Ebene innere Konflikte bearbeitet und einengende Lebensmuster aufgelöst werden. Dabei werden bedeutsame lebensgeschichtliche Erlebnisse, sogar bis hin zu peri- und pränatalen Einflüssen, heilsam integriert. Es können aber auch archetypische, spirituelle und mystische Erfahrungsebenen der Seele zugänglich werden, die über die gewohnten Raum- und Zeitgrenzen hinausgehen. Dadurch können Lebensprozesse tiefer verstanden, intuitive Fähigkeiten gefördert und das Vertrauen in die innere Weisheit gestärkt werden. Unterstützt durch persönlichen Erfahrungsaustausch in der Gruppe und in Kleingruppen, regelmäßige Meditationen und kontemplative Übungen werden die Erfahrungen weiter aufgearbeitet, integriert und vertieft, sodass die Erlebnisse in einem sinnvollen Bezug zum Alltag verstanden und umgesetzt werden können.

Leitung: Dr. Sylvester Walch
Zeit: 15.5.-19.5.2021 16.6.-20.6.2021; 29.10.-2.11.2021; 16.-20.3.2022
(bei Anmeldung bitte Terminwunsch bekannt geben)
Ort: Seminarhaus »Holzöstersee« (Franking – Raum Salzburg)
Kosten: € 680,–
Info: Dr. Sylvester Walch, Bachstraße 3, D-87561 Oberstdorf
Info/Anmeldung: Telefon: +49 83 22 66 11 Fax: +49 83 22 66 01
E-Mail: sylvester@walchnet.de **Website:** www.walchnet.de
Einführungsliteratur: Dimensionen der menschlichen Seele. 6. Aufl., 452 S.
Weiterführende Literatur: Vom Ego zum Selbst. 4. Aufl. 325 S.
Neuerscheinung: Die ganze Fülle deines Lebens. 260 S.
3-teilige Seminarreihe: Körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie. Start einer neuen Gruppe: Frühjahr 2021 (1. Termin: 24.2.–28.2.2021).
Neues Seminar: Vertikales Atmen. 11.4.-15.42021
3-teilige Seminarreihe: Körperorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie.
Start einer neuen Gruppe: Herbst 2021 (1. Termin: 9.10.-13.10.2021).
Weiterbildungscurriculum: Holotropes Atmen und Transpersonale Psychotherapie.
Start einer neuen Gruppe: Frühjahr 2022 (1.Termin: 25.-29.5.2022).
Seminarreihe – STW: Seelische Integration, transpersonale Transformation und spiritueller Weg. Start einer neuen Gruppe: Frühjahr 2023.
Nähere Informationen für alle Veranstaltungen, Interviews, Vorträge: www.walchnet.de

Der neue Brückenschlag zwischen PSYCHOTHERAPIE und SPIRITUALITÄT

„Die ganze Fülle deines Lebens" von Erfolgsautor Dr. Sylvester Walch begleitet Sie aktiv auf Ihrer Reise in ein zufriedenes und glückliches Leben. Es zeigt Ihnen mit vielen Impulsen und Übungen, wie Sie emotionale Blockaden lösen und zu einem ganzheitlichen Bewusstsein gelangen.

www.walchnet.de

Dr. Sylvester Walch · Neuerscheinung · 270 Seiten
geb. mit Schutzumschlag · ISBN: 978-3-903072
Preis: 19,99 € · (D) 20,60 € · (A) sFr 26,90

fischer & gann

Betreuende Angehörige, Demenzkranke und ein Psychotherapeut im Gespräch.

Geschichten zur Selbsterfahrung

Dieses belletristisch verfasste Sachbuch bietet hilfreiche Geschichten zur (Selbst-) Erfahrung im Umgang mit betreuenden und pflegenden Angehörigen sowie mit Altgewordenen und Demenzkranken. Ziel ist es, diese zu unterstützen, eine belastende Lebensphase als Chance für die eigene Entwicklung zu nutzen.

Der Autor, Dr. Dr. P. C. Endler, ist Hochschullehrer für Gesundheitswissenschaften, Einzelpsychotherapeut und Gruppenanalytiker im gerontopsychiatrischen Setting.
Facultas Verlag 2021, ISBN 978-3-7089-2103-7

Bibliotheksöffnungszeiten

Die Öffnungszeiten der ÖAGG-Bibliothek von Mai bis Juni 2021:

Mittwoch von 17.30 - 20.00 Uhr: 5. Mai, 2. Juni

Freitag von 15.00 - 19.00 Uhr: 23. April, 21. Mai, 18. Juni

Redaktionsschluss & Erscheinungstermine für die nächsten Ausgaben

Ausgabe	Redaktionsschluss	Erscheint
Feedback 3&4/21 Ausbildungsforschung	3.9.2021 Fachbeiträge 25.8.2021	Oktober 2021
Feedback 1&2/22 Gruppenprozessforschung	28.2.2022 Fachbeiträge 7.2.2022	April 2022

Notizen

Notizen

ÖAGG

Österreichischer Arbeitskreis
für Gruppentherapie und Gruppendynamik

Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik ÖAGG, Lenaugasse 3, 1080 Wien
Österreichische Post AG | Zulassungsnummer: MZ 02Z032586 M
Laufende Nummer: 367 | ZVR: 662792666 | ISSN 2226-9002

Medieninhaber: ÖAGG
Lenaugasse 3, A -1080 Wien
Tel. +43 /1/405 39 93 | Fax +43 /1/405 39 93-20
Email: office@oeagg.at | Internet: www.oeagg.at

Herausgeber:
Mag.a Karin Zajec , Dr.inClaudia Höfner
Redaktion: feedback@oeagg.at
Produktion: flyeralarm | Auflage: 2250