



# kammerbrief 03|2018



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN

RECHTLICHES

03 | 2018

1

## Informationen zur Datenschutzgrundverordnung (§§ 13/14 DSGVO)

Claudia Dittberner und Antje Buckow

Zum 25.05.2018 ist die europaweit geltende Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) in Kraft getreten. Vieles greift geltendes Recht zur Datensicherheit auf, manches ist neu. Flankiert wird sie durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), das Landesdatenschutzgesetz Berlin (BlnDSG) sowie das Berliner Kammergesetz (BerlKG). Daher hat die Kammer in mehreren Veranstaltungen über die Auswirkungen auf die berufliche Praxis informiert. Im Themenordner Onlinetherapie und Datenschutz auf unserer Homepage finden Sie die Dokumentationen derselben.

Hervorgehoben sei an dieser Stelle:

Nach Art. 90 DSGVO i.V.m. § 29 Abs. 3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) hat die Datenschutzaufsichtsbehörde bei BerufsgeheimnisträgerInnen (vgl. § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB) kein Recht auf Zugang zu den Praxisräumen und keine Zugriffsbefugnis auf PatientInnenakten. Bei Datenpannen sind die Meldepflichten gegenüber der Datenschutzaufsichtsbehörde und den Betroffenen (PatientInnen) nach Art. 33 und 34 DSGVO zu beachten!

Zudem muss die Kammer ihre Mitglieder über Grundlage, Art und Umfang der gespeicherten Daten informieren. Unter <http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/datenschutz.html> sind daher folgende Informationen eingestellt worden: Die „Datenschutzerklärung der Psychotherapeutenkammer Berlin“ und „Informationen zur Datenverarbeitung für Kammermitglieder und andere betroffene Personen“.

Die Informationen werden laufend aktualisiert. Wir empfehlen daher, die Dokumente von Zeit zu Zeit erneut zu lesen.

Die Kammer erhebt die personenbezogenen Daten Ihrer Mitglieder nach den gesetzlichen Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 lit. e, Art. 9 Abs. 2 lit. f und g DSGVO, § 4 und § 5a BerlKG, § 2 und 14 BlnDSG). Zu diesen Daten gehören u.a. Angaben zur Person und Qualifikation, zu Anschrift und Kontaktdaten und zu berufsausübungsrelevanten Punkten (bspw. Berufshaftpflichtversicherung). Eine Übermittlung an Dritte kann auf gesetzlicher Grundlage erfolgen (§ 14 BerlKG). Die Daten werden solange aufbewahrt, wie dies für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kammer erforderlich oder gesetzlich vorgegeben ist.

Für Fragen und Wahrnehmung der Datenschutzrechte (Auskunft/Art. 15 DSGVO), Berichtigung/Art. 16 DSGVO, Löschung/Art. 17 DSGVO, Einschränkung/Art. 18 DSGVO, Widerspruch/Art. 21 DSGVO) steht sowohl die verantwortliche Kammer (Kontakt: Geschäftsstelle) als auch ihr Datenschutzbeauftragter zur Verfügung (E-Mail: [datenschutzbeauftragter@psychotherapeutenkammer-berlin.de](mailto:datenschutzbeauftragter@psychotherapeutenkammer-berlin.de)).

Datenschutzrechtliche Aufsichtsbehörde ist die Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit:

Friedrichstr. 219, 10969 Berlin, E-Mail: [mailbox@datenschutz-berlin.de](mailto:mailbox@datenschutz-berlin.de)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



die Vertraulichkeit der uns PsychotherapeutInnen anvertrauten personenbezogenen Daten unserer PatientInnen und KlientInnen war schon immer

ein sehr hohes Gut. Ohne Vertraulichkeit ist Psychotherapie nicht möglich. Auch wenn die Datenschutzverordnung der EU nicht mit Blick auf unsere Berufsgruppe, sondern zur Regulierung der Geschäftspolitik großer Internetkonzerne erlassen wurde, müssen wir uns intensiv damit befassen. Darauf weist die Justiziarin der Kammer, Claudia Dittberner, hin. Weitere Informationen finden Sie im Themenordner: [Online-Therapie und Datenschutz auf unserer Homepage](#).

In diesem Heft unterstützen wir zudem den Appell des Notdienstes für Suchtmittelgefährdete und -abhängige, verstärkt substituierte PatientInnen in Behandlung zu nehmen und lassen erfahrene BehandlerInnen verschiedener Verfahren zu Wort kommen. Anna-Lena Bröcker informiert in ihrem Beitrag über einen Behandlungsansatz für psychotisch erkrankte PatientInnen, - die ebenfalls nur schwer in psychotherapeutische Behandlung zu vermitteln sind. Auch mit diesem Beitrag hoffen wir, die Versorgung dieser PatientInnen zu verbessern.

Es grüßen Sie kollegial Christoph Stößlein und das Redaktionsteam

## „Normal“ geht anders!“ Zur psychotherapeutischen Vernachlässigung von SubstitutionspatientInnen in Berlin

Antje Matthiesen und Bernd Westermann

Es ist inzwischen fünf Jahre her, dass die PTK Berlin ein „10-Punkte-Programm zur psychotherapeutischen Versorgung in Berlin“ veröffentlichte. Im Punkt 3 werden u. a. „Drogen- und Suchterkrankte“ als „unterversorgte Patientengruppe“ explizit benannt. „Stärkung der Patientenrechte“ und „stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten“ werden ebenso hervorgehoben wie unter Punkt 4 der „Ausbau der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich der Psychotherapie“. Im Rahmen erster IV-Verträge sollte zunehmend versucht werden, auch PsychotherapeutInnen und psychotherapeutische Interventionen im Kontext psychiatrischer, sozialpädagogischer und pflegerischer Versorgung einzubinden. Das alles klingt aus Sicht der Drogen- und Suchthilfe geradezu wundervoll. Allerdings hat diese zunächst erfreuliche Programmatik bislang leider nach wie vor sehr wenig mit der tatsächlichen Versorgungssituation zu tun. Im Gegenteil wurde dieses bereits seit 25 Jahren bestehende, gravierende Versorgungsdefizit nicht behoben, sondern fortgeschrieben.

### Die aktuelle Ausgangslage in Berlin: Vernachlässigung von SubstitutionspatientInnen – Unkenntnis und/oder Stigmatisierung?

In drei Spezial-Einrichtungen unter dem Label „Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe (A.I.D.)“ sowie in Kooperation mit diversen Schwerpunktpraxen arbeitet der Notdienst mit dieser Klientel, die nach wie vor weitläufig als „schwerstabhängig“, „therapie-resistent“, „nicht wartezimmerfähig“, „nicht verabredungsfähig“, „nicht ins Setting passend“ und „nicht vermittlungsfähig“ gilt. Es handelt sich um schwer mehrfacherkrankte, fehlsozialisierte, nicht selten durch „herausforderndes Verhalten“ auffällige Menschen. Schwerwiegende komorbide psychische Störungen sind in dieser PatientInnengruppe eher die Regel als die Ausnahme. Bleiben sie unbehandelt, läuft auch die Substitution letztlich „ins Leere“.

Über zwei Jahrzehnte laufende Bemühungen, einzelne niedergelassene PsychotherapeutInnen direkt oder z. B. über die Ausbildungsinstitute anzusprechen und wenigstens für „Therapie-Versuche“ zu gewinnen, führen jedoch nur sehr selten zum Ziel. Dabei basiert die Ablehnung dieser PatientInnengruppe in der Regel nicht auf unangenehmen Erfahrungen! Aus Sicht der PsychotherapeutInnen stellt sie ein wirtschaftliches Risiko dar und gilt aufgrund ihrer Medikation für sie als nicht therapierbar. Was die Behandlung psychischer Grund- und Begleiterkrankungen betrifft, geschieht daher nach wie vor deutlich zu wenig! Dadurch können Stabilität und Lebensqualität der PatientInnen massiv gefährdet sein.

In Berlin gibt es ca. 8.000 - 10.000 opiatabhängige Menschen, von denen sich 5.500 in einer kassenfinanzierten Substitutionsbehandlung befinden. 40 bis 45 % davon werden parallel bei freien Trägern der Drogen- und Suchthilfe in verschiedenen Settings psychosozial betreut (finanziert als Maßnahme der Eingliederungshilfe gemäß SGB IX / XII). Durch diese unter günstigen Voraussetzungen gut miteinander abgestimmten Leistungen von niedergelassenen MedizinerInnen und SozialpädagogInnen können in sehr vielen Fällen eine nachhaltige basale Stabilisierung und ein großer Teil der Behandlungsziele erreicht werden, wie u. a. die wissenschaftliche Untersuchung des Langzeitverlaufs von Substitutionsbehandlungen nachweist. Die abgestimmte mit der medizinischen Versorgung laufende intensive psychosoziale Betreuung stellt im Hinblick auf Antritt und Durchhalten einer Psychotherapie einen stark begünstigenden Faktor dar. Unterstützung in Sachen Verbindlichkeit und Alltagsbewältigung ist engmaschig gewährleistet, das ist geradezu luxuriös!

Für Berlin gehen wir nach unserer langjährigen Erfahrung davon aus, dass wenigstens 10 bis 15 % der SubstitutionspatientInnen von einer Psychotherapie profitieren könnten, diese jedoch nicht erhalten!

### Aufruf zur Überwindung von Vorurteilen: Stimmen von SubstitutionspatientInnen behandelnden PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen

Angelika Koshal, eine Bonner Kollegin, führt bereits seit 1993 ambulante Psychotherapie mit substituierten Drogenabhängigen durch, mit Trauma-Schwerpunkt. Dabei arbeitet sie mit einem vielfältigen Methodenspektrum. Sie ist Mitglied der Fachkommission Sucht der Psychotherapeutenkammer NRW und veröffentlicht ihre umfassenden Erfahrungen, um damit für die Arbeit mit SubstitutionspatientInnen zu werben, so auch in diesem Jahr wieder bei den Suchttherapietagen in Hamburg. <https://www.ptk-nrw.de/de/mitglieder/publikationen/ptk-newsletter/archiv/ptk-newsletter-sucht/chancen-der-psychotherapie-interview-mit-angelika-koshal.html>

Matthias Brokmeier, in Kreuzberg niedergelassener Psychiater und Neurologe, hebt sich mit seiner langjährigen Erfahrung ab von der Berliner Psychiatrie-Szene, die - den PsychotherapeutInnen vergleichbar – möglichst auf Abstand zu Substituierten bleibt. Er meint:

„Grundsätzlich benötigen fast alle Suchtkranken, auch Substituierte, Psychotherapie im Sinne einer Unterstützung beim gesünderen Umgang mit erlittenen seelischen Verletzungen. Schwere Traumata, zu denen es gerade bei dieser Klientel oft bereits in Kindheit und Jugend kam, führen zu komplexen Leidenszuständen sowie zu Verhaltensstörungen, die auch die Mitwelt massiv belasten können. Halbwegs stabilisierte äußere Verhältnisse sind allerdings Voraussetzung dafür, dass Psychotherapie bei Suchtkranken denk- und machbar ist. Die nicht selten zu hörende Idee „Ich muss erst gesundertherapiert werden, um arbeiten zu können“ etabliert einen Teufelskreis. Seitens der TherapeutInnen ist neben unendlicher Geduld, die Bereitschaft gefragt, „kleine Brötchen zu backen“ und sich furchtlos fürchterliche Geschichten erzählen zu las-



sen. Es muss ausgehalten werden, dass diese PatientInnen eine Therapie womöglich nur kurze Zeit durchhalten.“

Dr. med. Katrin Körtner, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ist Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Jüdischen Krankenhauses Berlin. Sie vereint seit vielen Jahren auf hohem Niveau Sucht- und Trauma-Expertise und wirkt in diversen Fortbildungen, über den stationären Rahmen hinaus. Ihr Statement ist mit einem Appell verbunden:

„Viele substituierte PatientInnen, die zum Entzug von Alkohol, Heroin oder anderen Drogen in die Klinik kommen, sind erstaunt, wenn wir nach früheren und aktuellen Traumatisierungen und nach Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung fragen. Sie kennen diese Fragen nicht, sie wissen sehr wenig über geeignete psychotherapeutische Behandlungsmethoden, zeigen sich skeptisch oder ängstlich, trauen sich eine Psychotherapie nicht zu, geben an, erst das Substitut ausschleichen zu müssen und fragen eher nach Medikamenten. Letztlich geben diese psychisch oft schwer erkrankten PatientInnen nur den allzu einseitigen Blick des Versorgungssystems auf ihre Sucht wider. Wenn die Betroffenen zu Therapie und Selbstwirksamkeit ermutigt werden sollen, müssen auch die in der Gesundheitsversorgung Mitwirkenden, v. a. ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen umdenken!“

Dr. med. Thomas Peschel, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter von „Patrida“- Berliner Ambulanz für diamorphingestützte Behandlung - meint:

„Opiatabhängige PatientInnen leiden oftmals unter schwerwiegenden psychischen Störungen, die der Abhängigkeitserkrankung häufig vorausgehen. Hierzu zählen bspw. Persönlichkeitsstörungen und sogenannte Entwicklungstraumatisierungen. Darüber hinaus ist die Erkrankung hoch

stigmatisiert. Diese zugrunde liegenden schwerwiegenden psychischen Störungen bedürfen neben der pharmakologischen Behandlung einer adaptierten Psychotherapie, welche die PatientInnen im Regelfall nicht erhalten. Neben den üblichen Vorurteilen der Unzuverlässigkeit und mangelnden „Wartezimmerfähigkeit“ existieren immer noch psychotherapeutische Dogmen, welche eine Behandlung „unter Medikation“ ausschließen. Diesbezüglich können wir von zeitgemäßen Ansätzen in der Psychiatrie lernen: auch hier galt beispielsweise lange die Grundüberzeugung, dass psychotische Störungen generell nicht mit Psychotherapie zu behandeln seien. Mittlerweile sieht hier eine leitliniengerechte Behandlung die Kombination von Psychopharmaka und Psychotherapie vor, wie auch bei affektiven Störungsbildern bereits üblich. Mit entsprechend adaptierten Verfahren können dann oftmals im Behandlungsverlauf die Psychopharmaka reduziert oder ganz abgesetzt werden. Eine an das Störungsbild angepasste psychotherapeutische Vorgehensweise bei opiatabhängigen PatientInnen ist nach eigener Erfahrung äußerst hilfreich und zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation und Resozialisierung dieser psychisch schwer kranken und psychotherapeutisch unterversorgten PatientInnenengruppe.“

Prof. Dr. phil. Andreas Hamburger von der Internationalen Psychoanalytischen Universität (IPU) Berlin wurde gefragt, wie es zu erklären sein könnte, dass PsychotherapeutInnen den professionellen Kontakt zu Suchtkranken konsequent vermeiden:

„Eigene Therapie- und Supervisionserfahrung sowie die vorhandene psychoanalytische Fachliteratur zeigen, dass Suchtkranke oft starke Gegenübertragungen auslösen, die zwischen Selbstüberschätzung mit Rettungsphantasien, Enttäuschung und Ablehnung changieren. In der klassischen Psychoanalyse galten sie früher auch wegen ihrer Bündnisschwäche als kaum be-

handelbar. Seither hat sich aber viel getan; modifizierte psychodynamische Therapieverfahren wurden auch für andere als behandlungsresistent geltende Störungen, wie etwa schwere Persönlichkeitsstörungen, mit großem Erfolg entwickelt. Seit den 1970er-Jahren wurde in wichtigen Arbeiten die Psychodynamik der Abhängigkeit beschrieben, beispielsweise in Zusammenhang mit der Identitätsbildung, auch in gesellschaftlicher Dimension. Zudem wurden Vorschläge für einen hilfreichen Umgang mit solchen stark gespaltenen Gegenübertragungsreaktionen entwickelt. Hierzu lesenswert ist der Text von Marion Sonnenmoser aus dem Jahr 2013: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/39747/Psychoanalyse-bei-Suchtpatienten-Rechtzeitig-entgegensteuern> -

### Erfolgsmodell: Aufklärung, Integrierte Versorgung und Entstigmatisierung

Was ist zu tun mit dieser unbefriedigenden, menschliches Leid verlängernden und auf längere Sicht nicht wenig Geld kostenden Situation? Für die Zielgruppe und das Arbeitsfeld Suchthilfe zu werben, ist das Anliegen dieses Artikels. Dabei kann die Berliner Psychotherapeutenkammer eine bedeutsame Rolle spielen. Ein Weg führt sicher über Modell-Projekte der integrierten Versorgung. Frau Koshal zu einer Fortbildungsveranstaltung einzuladen, wäre ein schneller und unkomplizierter erster Schritt! Doch letztlich gilt es, eigene Vorurteile bzgl. der Behandlung dieser PatientInnenengruppe zu überwinden und sich zuzutrauen, einen wesentlichen Beitrag als Psychotherapeutin zur erfolgreichen Behandlung leisten zu können. Nur wenn alle Professionen an einem Strang ziehen, kann die Versorgung effektiv und nachhaltig gelingen!

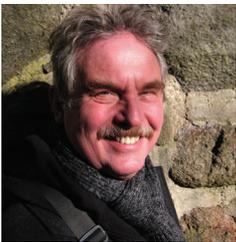
„Wer sich aufmacht, in der eigenen Praxis Erfahrungen mit SubstitutionspatientInnen zu sammeln, darf seitens des Notdienstes mit großer Unterstützung rechnen!“

Fortsetzung Seite 3



Antje Matthiesen

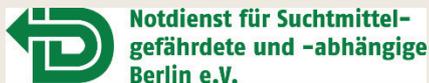
Fachbereichsleitung für psychosoziale Betreuung, verantwortlich auch für Arbeit und Beschäftigung sowie für Frauen-Projekte im Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V.



Bernd Westermann

Projektentwicklung und Fortbildung im Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V.

## KONTAKT



**Notdienst für Suchtmittel-  
gefährdete und -abhängige  
Berlin e.V.**

Geschäftsstelle:  
Genthiner Straße 48 | 10785 Berlin.  
T: 030 233 240 100  
F: 030 233 240 101  
<http://www.notdienstberlin.de>

Antje Matthiesen  
[amatthiesen@notdienstberlin.de](mailto:amatthiesen@notdienstberlin.de)

Bernd Westermann  
[bwestermann@notdienstberlin.de](mailto:bwestermann@notdienstberlin.de)

## Richtlinien und S3 Behandlung von SuchtpatientInnen und insbesondere SubstitutionspatientInnen

Anne Trösken

In einem gemeinsamen Positionspapier stellten die Bundespsychotherapeutenkammer und der Fachverband Sucht (2008) die aktuelle berufsrechtliche Situation der psychotherapeutischen Behandlung von PatientInnen mit Abhängigkeitsstörungen dar ([http://www.sucht.de/tl\\_files/pdf/Positionspapier\\_BPtK.pdf](http://www.sucht.de/tl_files/pdf/Positionspapier_BPtK.pdf)). Seither hat sich die berufsrechtliche Basis für die Behandlung verändert, die tatsächliche Situation in Bezug auf die Behandlung jedoch nicht.

### Zu den aktuellen Richtlinien

Unter §26 (2) werden die Voraussetzungen zur 1. Behandlung von PatientInnen mit Abhängigkeitsstörungen und 2. Zur Behandlung von substituierten opioidabhängigen PatientInnen formuliert. Grundsätzlich gilt hierbei die Bedingung der Abstinenz – und im Fall substituierten PatientInnen der Abstinenz von Beikonsum. Der Nachweis der Abstinenz muss durch eine/n unabhängige/n Arzt/Ärztin ausgestellt und in der Akte dokumentiert werden.

In der Praxis wird seit vielen Jahren auch das Ziel des kontrollierten Konsums – auch bei illegalen Substanzen – vertreten (vgl. Schippers & Cramer, 2002); die aktuellen AWMF Leitlinien zur Behandlung von alkoholbezogenen oder tabakbezogenen Störungen von 2016 sehen das Therapieziel „kontrollierter Konsum“ vor. **⚡**

(<http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien>)

## Wie kann die ambulante

### Kommentar aus psychodynamischer Sicht

von Roland Voigtel

Sucht, auch schwere Sucht, wird immer noch von vielen psychodynamisch arbeitenden PsychotherapeutInnen als eine Art Willens- oder Disziplinschwäche angesehen, die sich über die „eigentliche“ Erkrankung, etwa eine Borderline-Störung, eine Depression oder ein multiples Trauma legt und die vor der Aufnahme der „eigentlichen“ Psychotherapie beseitigt werden soll. Daher legen die Psychotherapie-Richtlinien auch heute noch nahe, dass zuerst mittels Entgiftung und Entwöhnung Abstinenz erzielt werden muss, bevor die psychodynamische Therapie greifen kann. Diese Komplikation hält viele KollegInnen ab, mit Süchtigen ambulante Therapie zu beginnen. M. E. ist aber der Drogengebrauch ein die Krankheit Sucht wesentlich konstituierendes Symptom, nichts „Draufgesetztes“. Abstinenz zu verlangen, bevor die „eigentliche“ Therapie losgehen kann, ist so, als verlange man von einem Zwangskranken, seine Zwänge erst mal loszuwerden, bevor man ihn in Therapie nimmt. Man spaltet das Symptom künstlich von der Krankheit ab und drängt den/die PatientenIn dahin, mit einer zusätzlichen Anstrengung seine/ihre gewachsene süchtige Abwehr noch einmal (per zwanghafter Kontrolle) abzuwehren und damit unkenntlich zu machen. Das verstößt gegen den fachlichen Standard einer psychodynamischen Behandlung, die Krankheit als solche erscheinen zu lassen, um sie verstehen zu können.

Die Substitution liefert von daher gesehen durchaus angemessene Bedingungen für eine psychodynamische

## Psychotherapie süchtiger Menschen gelingen?



sche Therapie: Methadon ist ein um seine Rauschwirkung quasi gekürztes Opiat. Es dämpft die unerträglichen Basis-Gefühle des Süchtigen und lässt ihn alltagstauglich werden – vergleichbar der Wirkung von Antidepressiva auf eine/n schwer depressiv Verstimmte/n. Das Sucht-Symptom wird verändert, aber nicht beseitigt. Mit diesem durch den/ die begleitende/n SuchtmedizinerIn dosierbaren Mittel und die stabilisierende Betreuung des /der Abhängigen wird es möglich, sich in der Psychotherapie den schweren Hilflosigkeits-, Scham- und Selbsthass-Gefühlen vorsichtig zu nähern, die den Kern der Sucht ausmachen. Es ist tatsächlich so, wie die KollegInnen in ihrem Aufruf schreiben, dass die Substitutions-Behandlung „ins Leere läuft“, wenn sie nicht genutzt wird, um die frühkindlich erlittenen Traumata, emotionalen Misshandlungen und Vernachlässigungen aufzudecken, die zu den unaushaltbaren Gefühlen geführt haben, die nach Betäubung und Überdeckung verlangen. Die innerpsychischen Zusammenhänge zu verstehen erlöst die Abhängigen zunächst einmal von der Vorstellung, geborene VersagerInnen zu sein und ermöglicht ihnen in der Folge, eine Fähigkeit zur Trauer (über die nicht erhaltene elterliche Zuwendung), zu Frustrationstoleranz und zur affektiven Selbstberuhigung zu entwickeln, welche die Basis für ein autonomeres Leben bildet und den Drogengebrauch tendenziell überflüssig macht.

Die psychodynamische Therapie mit diesen PatientInnen ist schwierig. Insbesondere ihre gelegentliche Unzuverlässigkeit, der Abfall der Motivation, das Vermeiden „schwieriger Themen“, und die anfängliche Un-

fähigkeit, sich auf ein emotionales Arbeitsbündnis einzulassen, sind für TherapeutInnen schwer auszuhalten. Eine qualifizierte Supervision (einzeln oder in der Gruppe) gibt Rückhalt und hilft, die richtige Mischung aus Nähe und Distanz für eine lange Therapie zu finden und die erlebten Frustrationen in Erkenntnisgewinn zu wenden.

Dr. phil. Roland Voigtel, als Psychoanalytiker und tiefenpsychologischer Therapeut in Berlin-Schöneberg niedergelassen; Mitglied der Leitung des Schwerpunktes Tiefenpsychologie der Berliner Akademie für Psychotherapie (BAP); langjährige therapeutische Arbeit mit Süchtigen; Supervision von Einzelnen und Teams aus dem Bereich der Suchttherapie und -beratung; davor wiss. Leiter eines Modellprojektes des Berliner Senats zur Suchtprävention an Schulen; Veröffentlichungen zur Psychoanalyse von Abhängigkeitserkrankungen (u. a. Gießen 2015: „Sucht“). ♣

### Kommentar aus verhaltenstherapeutischer Sicht

von Anne Trösken, Psychologische Psychotherapeutin, Mitglied der Redaktion

Die ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung von PatientInnen mit einer Abhängigkeitsstörung verschiedenster Substanzen ist prinzipiell gut etabliert; insbesondere Strategien der dialektisch-behavioralen Therapie wurden für die Behandlung von Abhängigkeitsstörungen adaptiert (Lüdecke & Scarpinato-Hirt, 2015). Unterschieden werden hier Behandlungen mit dem Ziel der Aufrechterhaltung von Abstinenz oder mit dem Ziel kontrollierten Konsums einer Substanz bei gleichzeitiger

Abstinenz von anderen Substanzen. Letzteres entspricht der Situation von SubstitutionspatientInnen. D.h. die Anforderung an die PatientInnen – auch als Basis dafür, emotional belastende Erfahrungen zu bearbeiten und neue Erlebens- und Verhaltensweisen aufzubauen – ist eine zeitlich stabile Substitution der Opiate und Abstinenz von Beikonsum. Falls TherapeutInnen dies auch in der Behandlung selbst sicherstellen wollen, können Urintests preiswert frei erhältlich erworben und mit sehr geringem Aufwand in der Praxis selbst durchgeführt werden. Von zentraler Wichtigkeit für den Erfolg der Therapien ist die berufsübergreifende Zusammenarbeit des HelferInnenteams. Dies stellt eine der zentralen Hürden für die Aufnahme von Behandlungen dar; da die zeitlichen Ressourcen hierfür in der Regel fehlen. Berufspolitisch zu fordern sind hier bessere Möglichkeiten zur Abrechnung von Leistungen, die über die eigentliche Sitzung hinausgehen. In der Behandlung von Traumafolgestörungen sind verschiedene Verfahren entwickelt worden, die auch den Bedingungen von Menschen entgegenkommen, die in instabilen Lebenssituationen sind. So kann die Cognitive Processing Therapy (dt: König, Resick, Karl & Rosner, 2012) hochfrequent zeitlich begrenzt durchgeführt werden; die Narrative Expositionstherapie (NET, Schauer, Elbert & Neuner, 2017) ist zeitlich ebenfalls stark begrenzt und zielt auf die Integration belastender Erfahrungen und positiver Lebenserfahrungen ab. Auch hier gibt es im Rahmen der dialektisch-behavioralen Therapie Konzepte zur Integration der Behandlung von Traumafolgestörungen (Steil, Dyer & Priebe, 2017). Die Nicht-Behandlung von SubstitutionspatientInnen ist daher als nicht zeit-

Fortsetzung Seite 5

gemäß zu betrachten; allerdings sollten behandelnde TherapeutInnen mit der Therapie komplexer Störungsbilder vertraut sein und Routinen zur multiprofessionellen Zusammenarbeit etabliert haben. **⚡**

### Kommentar aus Sicht eines Psychoanalytikers

von Norbert Radde

Aufgrund meiner Berufserfahrung in den verschiedenen Formen und Einrichtungen der Suchthilfe und der damit verbundenen Kooperationen behandle ich viele PatientInnen mit einer „Psychischen und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“, auch PatientInnen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden. In der Regel weisen diese PatientInnen schwere Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen auf, die in der Folge zur Ausbildung von Persönlichkeitsstörungen und letztendlich zur Abhängigkeitserkrankung geführt haben. Diese PatientInnen können sehr von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, aber insbesondere auch von einer z. T. langjährigen niederfrequenten mit psychoanalytisch-interaktionellen Elementen modifizierten analytischen Therapie profitieren. Das Verständnis der Bindungs- und Beziehungstraumatisierung hilft, eine stabile therapeutische Beziehung aufzubauen, und aus meiner Erfahrung liegt die Unverbindlichkeit und Unzuverlässigkeit dieser PatientInnengruppe dann durchaus im Rahmen der Normalverteilung. Ich kann allerdings den Standpunkt nicht teilen, dass diese PatientInnengruppe nur aufgrund von Vorbehalten der niedergelassenen PsychotherapeutInnen psychotherapeutisch unterversorgt ist. In meiner

Praxis kommen trotz ausgesprochener Bereitschaft zur Behandlung nur sehr wenige Nachfragen substituierter PatientInnen an. Grund dafür ist m. E. die mangelnde Kooperation der unterschiedlichen Systeme.

Dipl.-Psych. Norbert Radde, niedergelassener Psychotherapeut (PA / TP, Einzel- und Gruppentherapie), Ausbilder bei der GVS in der Weiterbildung zur Suchttherapeutin/ zum Suchttherapeuten psychoanalytisch (PA), langjährige Berufserfahrung in der Leitung von Einrichtungen der komplementären Versorgung Suchtkranker in Berlin und Leitung von Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke im ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Setting. **⚡**

### Kommentar aus systemischer Sicht

von Dipl.-Psych. Sebastian Baumann

Die KollegInnen legen mit viel Engagement den Finger in eine seit langem bestehende Wunde. Ich möchte das Thema unter der Perspektive des Verteilungsaspekts von kassenfinanzierter Psychotherapie und unter dem Aspekt eines möglichst hilfreichen psychotherapeutischen Angebots betrachten:

Ich finde es nicht ehrenrührig, wenn sich KollegInnen für andere PatientInnengruppen entscheiden. Das ist ihr Recht auf einem Markt indem die Nachfrage das Angebot übersteigt. Wer aber mit unterversorgten PatientInnengruppen arbeitet, sollte Anreize erhalten, etwa, indem die Kostenerstattung für diese PatientInnengruppe wieder geöffnet wird oder ausgefallene Sitzungen bezahlt werden. Inhaltlich sind wir es gewohnt, Stö-

rungen als individuelle Krankheiten zu konzipieren und zu behandeln. Je komplexer die Störungen sind, desto deutlicher wird, dass es weitere Menschen braucht, die in der Behandlung mitwirken. Nicht umsonst haben Familieninterventionen bei Menschen mit Psychoseerfahrung in die Leitlinien Einzug gehalten. Aus den Niederlanden und Finnland kommen seit Jahren erprobte Ansätze, bei denen in der Psychotherapie an einem Unterstützungsnetzwerk gearbeitet wird.

„Es ist überraschend, wie viele Menschen es auf dem Lebensweg von Substituierten gibt, die sich für eine Unterstützung aktivieren lassen. Mit einem solchen Netzwerk im Rücken lässt es sich leichter auf Erlebnisse schauen, vor denen man aus gutem Grund am liebsten fliehen würde.“

Eine Best-Practice-Fortbildungsreihe zum Thema, am besten mit aktuellem Videomaterial, könnte PsychotherapeutInnen dabei unterstützen, sich die Arbeit mit dieser PatientInnengruppe zuzutrauen. Gepaart mit Anreizsystemen wäre dies ein vielversprechender Schritt, um der Gruppe der opiatabhängigen Substituierten und ihren Bezugspersonen endlich auch in der Breite ein fachlich hochwertiges Angebot machen zu können.

Dipl.-Psych. Sebastian Baumann, Systemischer Therapeut (SG/DGSF), Lehrtherapeut, Klinische Hypnose (M.E.G.), Systemischer Supervisor (SG), freie Praxis in Berlin-Mitte

## Psychodynamische Psychosenpsychotherapie

Anna-Lena Bröcker, Psychologin (M.Sc.)

### Psychotisches Dilemma

Spätestens seit Änderung der Psychotherapie-richtlinien gilt die Psychotherapie bei der Behandlung von Psychosen in allen Phasen der Erkrankung als indiziert. In diesem Beitrag soll anhand eines Fallbeispiels die für die psychodynamische Psychosenpsychotherapie zentrale theoretische Annahme des psychotischen Identitäts- oder Nähe-Distanz-Dilemmas [1] verdeutlicht sowie kurz auf das therapeutische Vorgehen eingegangen werden. Wir hoffen hiermit auch, Interesse zu wecken sowie zur Behandlung dieser PatientInnenengruppe zu ermutigen.

Der 24-jährige Herr A. war seit jeher eng verwoben mit seiner Mutter, verstärkt durch einen zunächst gewalttätigen, später abwesenden Vater. Die depressive Erkrankung seiner Mutter zwang ihn zusätzlich in die Parentifizierung. Es ist von einem frühen Mangel auszugehen, einem unzureichenden Erleben von Spiegelung, Containing und intentionaler Urheberschaft. Als er es zuletzt erstmals wagt, den symbiotischen Zustand durch vorübergehenden Kontaktabbruch zu durchbrechen, verstirbt die Mutter durch einen mutmaßlichen Suizid.

Die Tragik des zu illustrierenden Dilemmas wird an dieser Stelle vollkommen: Ein endgültiger Verlust des Objekts im Versuch der Ich-Werdung. Es gelingt ihm, sich über einige Zeit mithilfe diverser Ressourcen zu stabilisieren, bis er seine Freundin kennenlernt. In diese projiziert er nun all seine (un-repräsentierbaren) Nähewünsche, die seine psychische Struktur überfordern.

In seiner Verliebtheit droht er sich im Gegenüber zu verlieren und die Ich-Grenzen können nicht mehr aufrecht erhalten werden. Sie begrenzt ihn notwendigerweise und trennt sich schließlich. Er entwickelt einen Liebeswahn, gewissermaßen als Ausweg, um einerseits die so wichtige, ersehnte Nähe aufrechtzuerhalten und sich andererseits vor dem gefährlichen, ihn auflösenden Teil der Nähe zu schützen.



Der hier beschriebene dilemmatische Zustand unterscheidet sich vom neurotischen Konflikt dahingehend, dass er nicht repräsentierbar und somit nicht kompromisshaft lösbar ist. Es ist ein existenzielles Spannungsfeld, entweder im Kontakt zum Anderen den Selbstverlust und eine Auflösung des Ichs zu riskieren oder aber im autistischen Rückzug, im Versuch der Aufrechterhaltung der eigenen Identität, ohne lebensnotwendiges Gegenüber zu sein.

### Therapeutisches Vorgehen und Haltung

Das therapeutische Vorgehen wird, wie von Lempa, von Haebler und Montag [2] beschrieben, in Synergie historischer Psychosekzepte, modifiziert. Einsichtsorientierte, deutend-konfrontative Techniken stehen zunächst im Hintergrund. So geht es primär um eine Arbeit an der Beziehungsgestaltung und Konfiguration des interpersonellen Feldes, mit dem Ziel, das innere Dilemma abzumildern. Der/ Die TherapeutIn steht als haltendes Gegenüber zur Verfügung, ist bereit, in einer Hilfs-Ich-Funktion Gedanken und Gefühle für den/der Patienten/In zu repräsentieren und dosiert im stellvertretenden Gefühlsausdruck zurückzuspielen. Es kann hilfreich sein, zunächst das klassische Setting zu verlassen, um den Druck zu verringern, sowie reale interpersonelle Begegnungsmomente **im Hier und Jetzt** zu fördern.

Hierzu zählen besonders jene Momente, in denen konstruktive Nähe bzw. konstruktive Distanz erlebt werden kann. **Implizit** bedeutet das immer auch, durch Reduzierung der hierbei entstehenden existentiellen Angst, die Stärkung von Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeiten zu ermöglichen.

Hiermit einher geht eine therapeutische Haltung, die auf rigide Ziele verzichtet, bereit ist, eine Position des „Nicht-Wissens“ einzunehmen und gemeinsame Erkundungen der individuellen Erlebnisweise zuzulassen („moving along“), ohne vorschnell zu schlussfolgern. Im Rahmen der Selbstfürsorge sicher zentral ist die Inter- bzw. Supervision, die vorübergehend notwendige Verwicklungen lösen und ein wichtiges triangulierendes Moment darstellen kann. Erst in einem zweiten Schritt geht es um eine Reflexion und Integration des in der Psychose Erlebten ins Lebensnarrativ. Die Aufeinanderfolge dieser Phasen ist idealtypisch. In der Praxis ist eine hohe Flexibilität gefragt, im Tempo des/der Patienten/In zwischen beiden Phasen zu alternieren. Die hier skizzierte Therapieform ist Gegenstand einer randomisiert-kontrollierten Studie (MPP-S Studie), die seit 2015 in Kooperation der International Psychoanalytic University und der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus durchgeführt wird. Ziel ist es, die psychodynamische Psychosenpsychotherapie im Wissenschaftsdialog zu stärken und die psychotherapeutische Versorgungssituation für PsychosepatientInnen nachhaltig zu verbessern. Weitere Informationen finden Sie im Internet [3]. 



Anna-Lena Bröcker

**Kontakt**  
 Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus/ Große Hamburger Str. 5-11/ 10115 Berlin/ anna-lena.broecker@charite.de

### Literatur:

- [1] Mentzos S (2009) Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.  
 [2] Lempa, G., von Haebler, D., Montag, C. (2016). Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenien – Ein Manual. Gießen: Psychosozial-Verlag.  
 [3] www.psychiatrie-psychotherapie.charite.de >Forschung>Schizophrenie>AG Psychosenpsychotherapie/ www.ipu-berlin.de >Ambulanz>Aktuelle Forschungsprojekte

## Veranstaltungen der Psychotherapeutenkammer

Daniela Allalouf, M.A., Referentin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, PTK Berlin

### VERANSTALTUNGSRÜCKBLICK

- 05.07.2018  
PiA-Veranstaltung
- 26.06./25.09.2018  
Delegiertenversammlungen
- 05.09.2018  
Datenschutz und Schweigepflicht
- 19.09.2018  
„SoldatInnen und BundespolizistInnen - Dienst, Einsatz und Belastungen“
- 21./22./23. September 2018  
Curriculum: Behandlung psychisch-reaktiver Traumafolgen bei traumatisierten Geflüchteten und Folteropfern
- 28.09.2018  
Projektvorstellung mit Ausstellungseröffnung: „Lost in Integration“

### VERANSTALTUNGSVORSCHAU

- 18.10.2018  
Forum  
„Von der Praxis für die Praxis“:  
Verordnung von Soziotherapie
- 20./21.10.2018  
Versorgung geflüchteter Kinder und Jugendlicher
- 08.11.2018  
Forum  
„Von der Praxis für die Praxis“:  
Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen

### In Planung:

- VA zur Sachverständigentätigkeit
- VA zur Kostenerstattung
- Fortbildung: Seele und Zähne
- Pressekonferenz: Versorgung in Berlin
- Jobsharing, Anstellung und Entlassungsassistenz
- Veranstaltung zu PT mit Kindern aus „neuen“ Familienformen

Veranstaltungsdokumentationen unter [www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

### WICHTIGE HINWEISE

#### Bereich Fort- und Weiterbildung

#### Fortbildungszertifikate

Im nächsten Jahr werden für viele Mitglieder die Fortbildungszertifikate für die KV fällig. Bitte denken Sie daran, Ihre Punktekonto rechtzeitig aufzufüllen.

#### Sachverständigentätigkeit

„Die Antragsformulare und Merkblätter zur Anerkennung einer Zusatzqualifikation „Sachverständige/r“ finden Sie auf der Homepage unter der Rubrik Fortbildung.“



VA Datenschutz und Schweigepflicht, PTK Berlin

## Impressum

### Redaktion:

Dorothee Hillenbrand (V.i.S.d.P.), Dr. Dorothee Adam-Lauterbach, Peter Ebel, Antje Neumann, Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen, Anne Tröskén

### Realisation/Lektorat/ Layout:

Referat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:  
Daniela Allalouf, M.A.

### Geschäftsstelle:

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin  
Tel. 030 887140-0, Fax -40

[info@psychotherapeutenkammer-berlin.de](mailto:info@psychotherapeutenkammer-berlin.de)

[www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

ISSN 2195-5522

Autorenrichtlinien: [www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/publikationen/kammerbriefe](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/publikationen/kammerbriefe)

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft Gesellschaft für Kommunikation mbH, Berlin

Quellennachweis: Seiten 1-8 PTK Berlin