



kammerbrief 01|2019



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN

AUS DER PRAXIS

01 | 2019

1

Herausforderungen und Grenzen für PsychotherapeutInnen im Kontakt mit rechtsextremen PatientInnen

Dipl.-Psych. Charlotte Rosenbach und Dr. phil. Dipl.-Psych. Anne Trösken

Gleich zu Beginn beziehen sich die berufsethischen Richtlinien für PsychologInnen der DGPS unter Punkt 1.3 auf die Menschenwürde gemäß der UNO-Menschenrechtscharta: „(...) haben alle Menschen als einzigartige Personen – unabhängig von Merkmalen wie z. B. Geschlecht, Alter, Sprache, Religion, nationaler und sozialer Herkunft, Rasse, körperlicher Behinderung oder sexueller Identität – das Recht auf ein Leben in Menschenwürde (...) sowie die **Pflicht zur Achtung der Menschenrechte und Menschenwürde anderer Menschen.**“ (Hervorhebung durch die Autorinnen, dgps 2016). Hier zeigt sich ein dialektisch aufzu-

fassendes Problem: Wie gehen wir in der Psychotherapie damit um, wenn unsere PatientInnen nicht bereit sind, anderen Menschen basale Menschenrechte zuzugestehen und deren Würde zu wahren? Wie gehen wir damit um, wenn sich PatientInnen als rechtsextremistisch (1) zu erkennen geben? Ist eine psychotherapeutische Behandlung „ohne Ansehen der Person“ – etwa im Sinne des in der Medizin gedachten hippokratischen Eides – möglich?

Viele PsychotherapeutInnen kommen in ihrer praktischen Arbeit mit Menschen in Kontakt, die rechtsextremes Gedankengut

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



leider hat der Rechtspopulismus und –extremismus in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Auch PsychotherapeutInnen haben die ge-

gesellschaftliche Verantwortung, dieser gefährlichen Entwicklung entgegenzutreten. Was machen wir aber, wenn PatientInnen mit rechtem Gedankengut in unsere Praxen bzw. Einrichtungen kommen? Dieser Frage gehen Ch. Rosenbach und A. Trösken in ihrem anregenden Artikel nach. Über die neue Versorgungsinitiative PSY-Care für ältere pflegebedürftige Menschen mit Depression schließt eine wichtige Versorgungslücke, informiert E.-M. Kessler. In der Reihe: „Berufsbilder für PsychotherapeutInnen“ wird C. Povel, leitender Psychologe der Kinder- und Jugendpsychiatrie interviewt. D. Adam-Lauterbach berichtet von einem Workshop der psychoanalytischen Institute zur geplanten Ausbildungsreform. Im Kulturteil rezensiert B. Heimerl den spannenden Roman „Ida“, über die berühmte „Dora“, deren Analyse Freud in „Bruchstücke einer Hysterie-Analyse“ beschreibt. In einem Leserbrief setzt sich K. Vlk mit der Kammerveranstaltung zum umstrittenen Gutachten des WBP zur Humanistischen Psychotherapie auseinander.

Viel Spaß beim Lesen!
Manfred Thielen
für das Redaktionsteam



Fortsetzung Seite 1

äußern. Bei der Suche nach Erfahrungsberichten oder Empfehlungen für den Umgang mit entsprechenden Situationen wurde deutlich, dass hierzu kaum Literatur vorliegt. Bedarf scheint es jedoch zu geben. So teilte uns **Dr. Bernd Wagner, Kriminalist, von der Beratungsstelle „Exit“ zu seiner Arbeit mit Szene-Aussteigern** mit: „In der Karriere von Radikalen kann es durch gezielten Einfluss oder in einem ‚spontanen‘ Prozess zu einer Störung im inneren und äußeren ‚Radikalitätshaushalt‘ kommen. Das zeigt sich in Zweifeln, wachsender innerer Anomie, depressiven Episoden und ihren Chronifizierungen bis zu scheinbar diffusen Aggressionen, einem Erleben von Verzweiflung und Erlösungshoffnung. Anzutreffen sind Traumatisierungen durch Gewalt, in seltenen Fällen auch krankheitswertige Psychosen.“

Nehmen wir diesen Therapieauftrag wahr, werden uns wie alle PatientInnen auch diejenigen mit rechtsextremem Gedankengut Therapieaufträge geben, wie z. B. Ängste/ Depressionen zu bewältigen, Suchtverhalten abzubauen oder zwischenmenschliche Probleme zu lösen. Die Ziele können gekoppelt sein an „politische“ Ziele (z. B. „mir kann es erst wieder gut gehen, wenn die Kopftücher hier wieder verschwinden“). Im Einzelfall kann es sinnvoll sein, diese Annahmen zu hinterfragen („Was bedeutet es dann jetzt für Ihr Wohlbefinden, wenn weiterhin Menschen unterschiedlicher kultureller und ethnischer Herkunft mit Ihnen gemeinsam leben?“), vor allem dann, wenn es um die Funktionalität der Annahmen geht. Wichtig dabei ist es jedoch, dass PatientIn und TherapeutIn die Therapieziele im Fokus behalten und diese nicht in inhaltlichen politischen Diskussionen verlieren. Im ungünstigsten Fall kann die Therapie zur Bühne für die Inszenierung rechtsextremen Denkens werden.

In der Auseinandersetzung mit rechtsextremen PatientInnen ist es unverzichtbar, eine eigene Haltung zu den fremdenfeindlichen Äußerungen der Person und eine Strategie

für den Umgang mit diesen zu entwickeln. Es gilt für sich selbst zu klären, welche Äußerungen toleriert werden können, wann eine von Rechtsextremismus geprägte Sprache die Arbeit an vereinbarten Therapiezielen verhindert.

Es sollten Regeln der verwendeten Sprache (z. B. rassistische Ausdrücke) transparent vermittelt und auch Konsequenzen bei Nichtbeachtung vereinbart werden. Hierbei ist es aus unserer Perspektive wichtig, eigene Grenzen, wenn nicht auch die eigene Haltung zu vermitteln („Ich habe in dieser Sache eine andere Einstellung als Sie; gerne würde ich mich mit Ihnen auf bestimmte Regeln in der Sprache/Kommunikation einigen, so dass wir gut miteinander auskommen können“). Sollte es tatsächlich zu einer wiederholten Nichtbeachtung der vereinbarten Regeln kommen, kann die Therapie auch beendet werden. („Ich kann Ihnen unter diesen Umständen nicht gut helfen. Ich würde Ihnen empfehlen, sich bei z.B. einer Beratungsstelle oder einer medizinischen Behandlung zu melden“).

Die Zielsetzungen der PatientInnen müssen aus unserer Sicht immer in ihrer Funktion in der Lebenswirklichkeit der Person gesehen werden. Hier besteht für PsychotherapeutInnen die Pflicht, die konkreten Ziele auf ihre Erfolgswahrscheinlichkeit hin zu bewerten: kann ein Suchtproblem verändert werden, wenn ein/e PatientIn weiterhin in einem konsumierenden Umfeld agiert? Kann ein stabiles Selbstwertgefühl erreicht werden, wenn die Selbstwertregulation über Externalisierung geschieht („Als Deutscher bin ich besser als Menschen anderer Herkunft.“)? Ist der/die PatientIn nicht in der Lage, Ziele jenseits dessen zu entwickeln, fehlt die notwendige Veränderungsmotivation und es muss eine realistische Abschätzung des möglichen Therapieerfolges transparent erfolgen.

In einem Mehrpersonensetting (etwa einer (teil-)stationären Therapie) ergeben sich

auch Fragen bzgl. der Gruppendynamik mit anderen PatientInnen. Wie z. B. reagiert man als zuständige/r TherapeutIn auf einschüchterndes oder verächtliches Verhalten? V. a. auch, wenn dieses nicht offen in einem Therapiekontext, sondern außerhalb dessen (in der Pause, in der Freizeit) gezeigt wird? Die Aufgabe ist hier, die eingeschüchterten oder entwürdigten PatientInnen zu schützen. Hierzu ist es notwendig, klare Grenzen zu markieren und diese allen beteiligten Personen transparent zu vermitteln, die potentiellen Aggressoren eng zu führen, die Verantwortung für jegliches Verhalten (auch non- und paraverbal) und dessen Konsequenzen klar zu benennen. Die von Einschüchterung oder Verächtlichmachung betroffenen PatientInnen müssen klar und offensiv ermuntert werden, sich zu äußern, damit sie unterstützt werden können. Das behandelnde Team sollte sich gemeinsam auf einheitliche und klare Regeln einigen, welche dann den PatientInnen vermittelt werden können. Es sollte deutlich werden, dass die Mehrheit für ein gewaltfreies Miteinander (in Sprache und Handlung) steht und alle dazu eingeladen sind, sich dieser Mehrheit anzuschließen.

Diese Offenheit, immer wieder Angebote zu machen an Menschen, die rechtsextremes Gedankengut teilen oder in der rechtsextremen Szene verwurzelt sind, ist eine wichtige Aufgabe von PsychotherapeutInnen. Doch diese Angebote sind immer verbunden mit Forderungen an die PatientInnen (z. B. sich mit den Konsequenzen rechtsextremen Denkens und Handelns auseinanderzusetzen).

Es gibt Grenzen, an denen Psychotherapie nicht sinnvoll ist und beendet werden sollte. Diese Grenze auszuloten, muss im Einzelfall – mit Unterstützung von Intervention und Supervision – geschehen. Doch wir möchten unsere KollegInnen ermutigen, rechtsextremen PatientInnen ein Angebot zu machen, Forderungen zu stellen sowie eigene Grenzen wahrzunehmen und zu ziehen.

„Unsere Zukunft gemeinsam gestalten“ Workshop der Berliner Psychoanalytischen Institute zur geplanten Reform des PTG

Dr. phil. Dipl.-Psych. Dorothee Adam-Lauterbach

Fortsetzung Seite 2

Denn aus unserer Sicht ist Psychotherapie ohne Ansehen der Person – auch der eigenen Person und Selbstachtung als TherapeutIn – nicht möglich.

Nicht zuletzt sollte auf rechtliche Pflichten und Möglichkeiten hingewiesen werden. So müssen wir als PsychotherapeutInnen die Offenbarungspflicht (§ 139 StGB) bei der Ankündigung von fremdenfeindlichen Straftaten achten. Des Weiteren haben wir immer die Möglichkeit der Offenbarungsbefugnis (§ 34 StGB). Sollte also der dringende Verdacht vorliegen, dass die rechts-extremen Handlungen der/des Patienten/In eine Gefahr für Andere darstellen, können wir selbst in Abhängigkeit des wahrgenommenen Schweregrads erwägen, in wieweit wir dies preisgeben müssen.

Wir würden uns wünschen, mit diesen ersten Gedanken einen weiterführenden Diskurs unter KollegInnen anzuregen, so dass mittelfristig bislang fehlende gemeinsame Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können. ♣

(1) Hier soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass unterschiedliche Positionierungen im demokratisch-verorteten Meinungsspektrum nicht gemeint sind.



Dipl.-Psych. Charlotte Rosenbach und Dr. phil. Dipl.-Psych. Anne Trösken (v.l.n.r.)

Am 1. September 2018 fand der 2. Tag der Berliner Psychoanalytischen Institute in der IPU statt. Ging es bei der ersten Veranstaltung der AG Direktausbildung, Psychoanalyse und Hochschule, um die Frage nach Kooperation der Institute in Anbetracht der anstehenden Reform des PTG, so stand nun eine Konkretisierung im Vordergrund. Michael Krenz (PTK Berlin) befasste sich in seinem Eingangsreferat mit den möglichen Auswirkungen und Konsequenzen der Reform des PTG für die Institute. Prof. Dr. Michael Buchholz (IPU) referierte über Realisierungsmöglichkeiten von psychotherapeutischen Forschungsvorhaben. Nach diesem Input gab es die Möglichkeit einer vertiefenden Reflexion und Erarbeitung. Eine AG entwickelte die Idee eines gemeinsamen Berliner PTG Instituts und den Erhalt der anderen Institute als Mitgliederinstitute.

Als positiv wurde herausgehoben, dass die noch stärkere Professionalisierung der Weiterbildung für die Institute auch Ressourcen freisetzen könne, was mehr inhaltliche Arbeit ermögliche. Die AG Forschung stellte vor dem Hintergrund der mangelnden Präsenz der Psychoanalyse an den Universitäten, die Frage, wie Forschung an den Instituten eingebracht und befördert werden könne. Dazu wurden verschiedene Vorschläge diskutiert, die zu der Idee einer Gründung eines „Forschungsnetzwerk der Berliner Psychoanalytischen Institute“ führte.

Eine andere AG befasste sich mit den Kooperationsmöglichkeiten der Ambulanzen. Der Zwang zur Wirtschaftlichkeit führte auch hier zu der Idee von z. B. gemeinsam benutzten Ambulanzzräumen oder einer Poliklinik. Inhaltliche, grundsätzliche psychoanalytische Themen und Haltungen, sollten in Zukunft gemeinsam gegenüber der PTK vertreten und mit gestaltet werden. In der AG der KandidatInnen kam es aber auch zu einer eher kritisch akzentuierten Auseinandersetzung über die Begrenzungen

und Konkurrenzen verstärkter Kooperation. Schließlich wurde in der AG „Mitglieder“ die Frage der Auswirkungen der Professionalisierung im Sinne eines zukünftigen Unternehmenscharakters auf die Institutsmitglieder reflektiert und in der AG „Vorstände“ zeigte sich aber eben auch, dass an allen Instituten vergleichbare strukturelle Schwierigkeiten, wie z. B. die Besetzung von Vorständen und Ämtern bestehen.



Dr. phil. Dipl.-Psych. Dorothee Adam-Lauterbach

Als Fazit kann festgehalten werden, dass trotz der Ängste um die Zukunft der Psychoanalyse, Kooperationen und gemeinsame Strukturen Chancen und Entlastung bieten können.

Der Erhalt der Institute als „Heimat“ war wichtigstes Anliegen der TeilnehmerInnen. Erfreulicherweise entstand in allen Gruppen der Wunsch nach Fortsetzung dieses kooperativen Dialogs. ♣

PSY-CARE - PsychotherapeutInnen unterstützen ältere pflegebedürftige Menschen mit Depression in Berlin

Prof. Dr. habil. Eva-Marie Kessler

Pflegebedürftig zu sein ist nicht nur eine körperliche und finanzielle, sondern auch eine große emotionale Herausforderung für die Betroffenen. Fast jede/r dritte bis vierte Pflegebedürftige ist von einer depressiven Erkrankung betroffen. Die neue Versorgungsinitiative PSY-CARE* in Berlin möchte den/die Betroffenen und ihren Angehörigen Hilfe bieten. Dabei erhalten Pflegebedürftige mit Depression Unterstützung durch eine bisher in dem Bereich nicht vertretene Berufsgruppe – nämlich PsychotherapeutInnen mit spezieller gerontologischer Qualifikation.

Nach aktuellen Analysen leben allein in Berlin circa 113.000 Pflegebedürftige, die überwiegende Mehrheit älter als 60 Jahre. Bis zum Jahr 2030 wird diese Zahl auf 162.000 Personen ansteigen. Mehr als 75 Prozent der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause gepflegt. Der deutliche Zusammenhang zwischen Depression und beeinträchtigter Lebensqualität bei pflegebedürftigen älteren Menschen macht es zu einer wichtigen gesundheitspolitischen Aufgabe, Depressionen zu erkennen und angemessen zu behandeln.

Große Versorgungsdefizite bei Pflegebedürftigen mit Depression

Haus- und NervenärztInnen kommt eine wichtige Funktion in der Behandlung der PatientInnengruppe bei. Allerdings mangelt es nicht selten an Zeit für die aufwändige Betreuung der PatientInnen, Hausbesuche und die sehr wichtigen, aber umfangreichen Koordinations- und Kooperationsaufgaben etwa mit Pflegekräften, Physio- und ErgotherapeutInnen. PsychotherapeutInnen wiederum sind noch nicht in den Köpfen als relevante AkteurInnen in der Versorgung dieser PatientInnengruppe verankert. „Das lohnt sich doch nicht mehr!“ ist eine häufige Annahme von Behandelnden und Pflegenden. Entsprechend werden ältere Menschen mit Depression häufig nur pharmakologisch behandelt, obwohl gerade bei gebrechlichen älteren Menschen die Ne-



benwirkungen von Antidepressiva erheblich sein können. Auch ältere Menschen selbst trauen sich eine Psychotherapie häufig nicht mehr zu oder denken „Das steht mir nicht mehr zu“.

Psychotherapie wirkt auch im hohen und sehr hohen Alter

Dabei ist die Wirksamkeit von Psychotherapie bei älteren PatientInnen mit Depression in Meta-Analysen gut belegt worden. Bisher wenig Wirksamkeitsnachweise liegen für multimorbide, sehr alte und pflegebedürftige PatientInnen vor. Allerdings zeichnet sich auf der Basis weniger Pilotstudien aus dem Ausland auch hier eine positive Tendenz ab. Trotz des steigenden Bedarfs sowie entsprechender Leitlinienempfehlungen durch Fachgesellschaften befinden sich allerdings weniger als fünf Prozent der älteren Menschen mit Depression in Deutschland in psychotherapeutischer Behandlung. Bei Pflegebedürftigen kann man sogar von einer ‚Nicht-Versorgung‘ statt einer Unterversorgung sprechen. Dabei kann eine Psychotherapie pflegebedürftige PatientInnen dabei unterstützen, das Leben wieder besser bewältigen und Dinge zuversichtlicher anpacken zu können

Das Projekt PSY-CARE für Pflegebedürftige mit Depression

Die MSB Medical School Berlin - Hochschule für Medizin und Gesundheit will mit dem Projekt PSY-CARE unter der Initiatorin und Projektleitung von Prof. Dr. habil. Eva-Marie

Kessler, Professorin für Gerontopsychologie, diese Versorgungslücke schließen. Pflegebedürftigen Menschen über 60 mit Depression wird in dem Modellprojekt in Berlin und angrenzenden Regionen Brandenburgs der Zugang zu psychologischer Therapie und Beratung gebahnt. Insbesondere wird untersucht, ob eine ambulante Kurzzeit-Verhaltenstherapie im Behandlungsteam mit HausärztInnen und Pflegenden bei zu Hause lebenden Pflegebedürftigen mit Depression wirkt. Im Erfolgsfall soll das Projekt auch auf andere Regionen in Deutschland ausgeweitet werden.

Eine Beteiligung psychodynamischer TherapeutInnen wäre perspektivisch wünschenswert. Das Projektteam konnte bereits durch die Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt) zahlreiche gerontologisch qualifizierte Psychologische und Ärztliche PsychotherapeutInnen für die Mitarbeit gewinnen. ♣

Anmeldung und Teilnahme

Psychologische und Ärztliche PsychotherapeutInnen, die Erfahrung in der Behandlung älterer Menschen haben und sich an der Versorgungsinitiative PSY-CARE beteiligen möchten, können sich dazu unter www.psy-care.de oder telefonisch unter 030 / 766 8375 838 informieren und anmelden. Die Teilnahme an einer kostenlosen CME zertifizierten Schulung ist möglich. Die Anmeldung von Pflegebedürftigen mit Depression ist ab Januar 2019 möglich.

Kontakt

MSB Medical School Berlin
Calandrellistr. 1-9 | 12247 Berlin
Prof. Dr. habil. Eva Marie Kessler
Tel: 030 / 7668375- 832 |
eva-marie.kessler@medicalschooll-berlin.de
www.medicalschooll-berlin.de

* PSY-CARE wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. Die wissenschaftliche Evaluation erfolgt durch die Charité Universitätsmedizin Charité – Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (IMSR).

Buchrezension „Ida“ - von Katharina Adler

Dr. Bernd Heimerl

Ida ist ein Roman der 38-jährigen Katharina Adler, Urenkelin von Ida Bauer, jener jungen Frau, welche als „der Fall Dora“ in die Geschichte der Psychoanalyse eingegangen ist und die Freud in seinem berühmten Text „Bruchstück einer Hysterie-Analyse“ von 1905 beschreibt. Ende 1900, 18-jährig, kommt Ida aufgrund ihrer hartnäckigen Hustenanfälle und Heiserkeit, die stets zu Stimmverlust und depressiven Beschwerden führen, in die Psychoanalyse zu Freud: „Nicht der Herbst, der Hanns hatte ihr die Stimme mit einem einzigen Blick aus dem Hals gerissen.“ In dieser Zeit übernahm sie die Pflege des an Syphilis erkrankten Vaters: „Aber der Gatte war so leichtsinnig gewesen, sich etwas vor der Heirat einzufangen.“

Zuvor konsultierte sie, stets durch ihren Vater initiiert mehrere Ärzte ohne Erfolg: „Der Doktor lehnte sich zurück. Deshalb empfehle er eine psychische Kur. Die Tochter müsse hierfür sechsmal die Woche für eine Stunde zu ihm kommen, sagte er, an den Papa gewandt. Für die Dauer eines Jahres. Er beginne mit einer Probebehandlung von vierzehn Tagen.“ Ida wurde bereits mit 16 Jahren erstmals Freud vorgestellt, der zuvor ihren Vater erfolgreich analysiert hatte. Die erste kontinuierlich psychoanalytische Kur dauerte lediglich drei Monate bis Ida die Behandlung bei dem Herrn Doktor abrupt abbrach: „Das war keine Kur! Sie würde nun selbst zeigen, was wirklich Heilung brächte: Bildung, Kunstbetrachtung.“ Ida blieb der frühzeitigen Beendigung gegenüber jedoch ambivalent: „Aber das hätte sie allenfalls dem Doktor Freud verraten.“

Der Roman beginnt 1941 mit der Ankunft Idas in New York City und der Erinnerung an Wien beim Genuss der „chinesischen Maultascherl.“ Sie erreicht Amerika nach einer strapaziösen Flucht vor den Nationalsozialisten, wo ihr Sohn Kurt mit Familie bereits lebt und arbeitet. Die Leserschaft wird sogleich in einen familiären Konflikt geschleudert und es wird deut-

lich: Ida ist eine bemerkenswerte, unbequeme und eigenwillige Frau. Ihre Geschichte erstreckt sich von 1892 bis zu ihrem Tod 1945, wobei sich die Erzählung einer zeitlichen Chronologie und einer einheitlichen Erzählperspektive widersetzt und dadurch eher einer psychischen Realität und einer assoziativen Gedankenkette entspricht. Diese zeitliche Verschiebung entspricht dem Sprechen auf der Couch, dem Diwan. Entsprechend trägt das mit über siebenzig Seiten umfangreichste Kapitel des Romans die Überschrift Diwan: „Im nächsten Zimmer standen ein Untersuchungsdiwan und ein Sessel. Es roch säuerlich nach kaltem Rauch.“

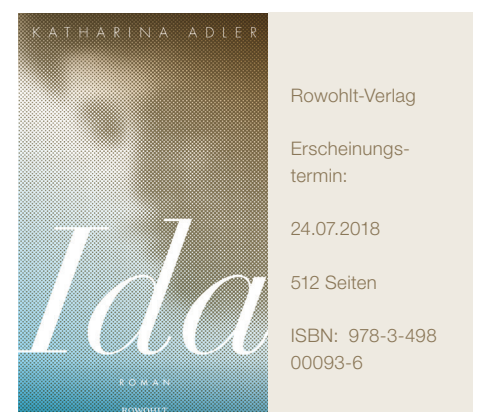
Dieses Kapitel ist auf unterschiedliche Weise äußerst lesenswert, denn hier stellt sich die Frage: War Freud wirklich so? Zum einen diese Verunsicherung zwischen Realität und Fiktion – kongenial die Verbindung zu Idas Verunsicherung zwischen Einbildung und Realität ihrer Wahrnehmung der Familie und ihrer inneren Welt – durchzieht den Roman. Und zum anderen das gemeinsame lustvolle Spiel des Körperlichen zwischen Ida und dem Herrn Doktor: Freuds freudiges oder genervtes Schlagen auf das hintere Kopfteil des Diwans; das Spiel Freuds mit seiner Taschenuhr, „er ließ sie an der Silberkette um den Zeigefinger schnellen“; das Zischen eines angerissenen Zündholzes vor dem Anzünden seiner Zigarre; das Knacken seines Kiefers; Freuds hüpfender Schritt die Stiegen überspringend oder seine offensichtliche Ungeduld. Und die Offenbarung, dass er oft „seine Person als Beispiel“ oder was „er selbst einmal geträumt hatte“ einbrachte und „Der Herr Doktor erklärte seine Theorien oft mehrmals und sehr ausführlich.“

Jedoch auch die innere Verfasstheit und das anale Gerangel zwischen Freud und Ida machen dieses Kapitel gelungen: „Ich halte den Mund. Nur sehen, nichts sagen. Wie eh und je.“ oder „Nicht mehr Körper sein, nurmehr Kopf, dachte Ida.“

Es macht Lust, dieser gemeinsamen körperlichen und zutiefst menschlichen Begegnung zwischen den beiden beizuwohnen. „Wessen Lippen schwiegen, der schwätze mit den Fingerspitzen; aus allen Poren dringte ihm der Verrat.“ Dies galt wohl für beide: Ida und Freud.

Ida ist ein fiktionaler 512 Seiten langer Familienroman mit einem geschichtlichen Hintergrund, ein Zeitdokument, Medizingeschichte, die Fallvorstellung einer psychosomatischen Erkrankung und eine bemerkenswerte Antwort einer Analysandin auf die Psychoanalyse - auch als Katamnese zu lesen.

Ida ist Jüdin, Sozialdemokratin, starke Raucherin, Frauenrechtlerin, passionierte Bridgespielerin, exzellente Beobachterin ihrer Innen- und Außenwelt, Psychosomatikerin und ... Daher ist der Roman vielfältig zu lesen: Die Kapitel sind zum Teil politisch und gesellschaftskritisch als auch den Alltag um die Jahrhundertwende beschreibend, (sexuell aufgeladene) Familiendynamiken offenlegend und vor allem die Lebensgeschichte einer Frau am Übergang der Moderne - innerlich als auch äußerlich - darstellend. 



Aus der Reihe „Berufsbilder für PsychotherapeutInnen“: Leitender Psychologe an einem Krankenhaus

Dipl.-Psych. Moriah Christina Hülse-Matia (PP) & Dipl.-Soz.-Päd. Willy-Gerd Müller-Rehberg (KJP)



Dipl.-Psych. Clemens Povel

Interview mit Dipl. Psych. Clemens Povel, Leitender Psychologe der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Vivantes Klinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik – Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter (geführt von Moriah Hülse-Matia, Ausschuss Versorgung der PTK Berlin)

In den letzten Jahren erweiterten die PP und KJPP ihre Handlungsbereiche und erschlossen neue Anstellungs- und Arbeitsmöglichkeiten. In einer Interviewreihe wollen wir Tätigkeitsfelder der Berliner PP und KJPP vorstellen, damit insbesondere Neuprobierende Arbeitsmöglichkeiten entdecken. Bereits im letzten PTJ haben wir über die Tätigkeit in einer EFB informiert. Diesmal werden wir von der Arbeit als Leitender Psychologe/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in einer Klinik berichten.

Herr Povel, Sie sind leitender Psychologe der Vivantes Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik – Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen des Kindes und Jugendalters und bilden neben der Cheffärztin Frau Dr. Izat und dem leitenden Oberarzt Hr. Hellenschmidt das Leitungsgremium für die vier Standorte Neukölln, Friedrichshain, Klinikum am Urban und TK Wuhlheide. Was genau ist Ihre Funktion als leitender Psychologe?

C.P.: Als leitender Psychologe vertrete ich die Berufsgruppe – die PsychologInnen/ Kinder und Jugendlichenpsychotherapeu-

tinInnen und Psychologische PsychotherapeutInnen – als ein Teil eines multiprofessionellen Teams in der Klinikleitung und bin personalverantwortlich für diese 32 MitarbeiterInnen, die nicht alle Vollzeit arbeiten. Hinzu kommen 16 PiA. Im Leitungsteam managen wir unsere Klinik an den vier Standorten und sichern die hohe Qualität der PatientInnenversorgung durch unsere MitarbeiterInnen. Als Leiter der Ambulanzen, wo wir die PatientInnen diagnostisch und therapeutisch auf stationäre Behandlungen vorbereiten und ggf. ambulant weiter behandeln, visitiere und supervidiere ich. Es gehört zu meinen Aufgaben, Kontakt zu den niedergelassenen KollegInnen zu halten und Übergänge aus dem ambulanten in den stationären Bereich zu gestalten.

Was heißt für Sie Multiprofessionalität im Team?

C.P.: Im Team der Vivantes KJPP arbeiten neben den PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, FachtherapeutInnen (Logo-, Ergo-, Physio-, Kunst- und MusiktherapeutInnen) LehrerInnen und die MilieuthérapeutInnen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst. Insgesamt arbeiten über 150 KollegInnen zusammen! In den regelmäßigen Visiten, Fallbesprechungen und Supervisionen werden die PatientInnen besprochen und die Behandlung abgestimmt. Das gemeinsame Störungsmodell ist biopsychosozial und alle Professionen werden mit ihren Kompetenzen in der Behandlung gebraucht.

Psychotherapie verstehen wir integrativ, wir brauchen PsychotherapeutInnen aus verschiedenen Therapieschulen, die bereit sind, verfahrensübergreifend zu denken und zu handeln.

In einer aktuellen Stellenausschreibung ist als Aufgabe benannt „Aufbau und Mitarbeit an Schwerpunktambulanzen und Stations-

konzepten“. Was bedeutet das konkret?

C.P.: Die Vivantes KJPP ist eine der größten Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie Deutschlands, wir sind in Berlin die Versorgungsklinik für ca. 300.000 Kinder- und Jugendliche. Durch die Größe des Kollegiums und die hohe Fallzahl ist es möglich, neben der Regelversorgung auch Schwerpunkte bei der Behandlung zu bilden, z. B. bei der Diagnostik und Behandlung von PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen, Bindungsstörungen, DBT-A, Geflüchteten etc. Wir fördern unsere MitarbeiterInnen in ihren Kompetenzen in den Schwerpunkten, um so unsere Expertise zu gestalten, mit dem Ziel, die Versorgung besonders für Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Störungen und „Systemsprengern“ auf hohem Niveau zu sichern.

Stellen veröffentlichen wir auf dem Stellenportal von Vivantes: <https://www.vivantes-karriere.de/>. Immer besteht die Möglichkeit für Initiativbewerbungen über unsere Homepage.

Können Sie kurz schildern, wie Ihr beruflicher Werdegang war bis Sie leitender Psychologe wurden?

C.P.: Nach einem FSJ in Brasilien habe ich an der FU Berlin Psychologie studiert. Danach habe ich eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der DGVT absolviert und parallel im SPZ im Klinikum Neukölln gearbeitet. Später war ich im Vivantes MVZ in der Praxis für Kinder und Jugendpsychotherapie als Leitender Psychologe im SPZ tätig und als Dozent und Supervisor bei verschiedenen Ausbildungsinstituten. Seit 2014 bin ich Leitender Psychologe in der Vivantes KJPP.

Was ist das Besondere/das Reizvolle für Sie daran, hier zu arbeiten?

C.P.: Die Tätigkeit in einer großen Akutklinik ist sehr dynamisch. Es macht Freude hier im Team Prozesse zu gestalten und daran mitzuwirken, dass Kinder- und Jugendliche mit psychischen Störungen gut behandelt

Leserbrief über die Veranstaltung am 12.04.2018 zum Gutachten des WBP zum Antrag der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie

Dipl.-Psych. Klaus Vlk

Fortsetzung Seite 6

werden und die Übergänge in andere Versorgungssysteme (ambulante Therapien, Jugendhilfe, Schule etc.) patientenorientiert gestaltet sind. Als Klinik spielen wir eine wichtige Rolle in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen und FachärztInnen, wo-
rauf ich gerne mitwirke.

Und was sind aus Ihrer Sicht die Vorteile einer Anstellung?

C.P.: Die Tätigkeit in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet die Möglichkeit, für approbierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen/ Psychologische PsychotherapeutInnen, in einem anregenden multidisziplinären Team PatientInnen mit komplexen Störungsbildern behandeln zu können. Regelmäßige Supervision und Intervention gehören zur Qualitätssicherung, aber auch zur persönlichen Entlastung und Erhaltung von psychischer Gesundheit und Entwicklung, berufsbiografisch lassen sich so störungsbezogen aber auch bezogen auf Therapieverfahren Schwerpunkte aufbauen.

Haben Sie vielen Dank!

Leserbrief über die Veranstaltung am 12.04.2018 zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) zum Antrag der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT)

In den Darstellungen der PodiumsteilnehmerInnen auf o.g. Veranstaltung wurden auch die Mitglieder des WBP vorgestellt: Ein ärztlicher Vertreter war schon vor Jahren ein entschiedener Gegner jeder Veränderung des Sozialrechts. Damals bestand noch eine deutlich vorhandene TeilnehmerInnenschaft, die sich an der sogenannten TK-Regelung beteiligte, in der ausdrücklich eine integrative, methodenübergreifende Psychotherapie gefordert war. Dieser Fachkollege äußerte schon damals eine generelle Ablehnung gegenüber

den humanistischen Verfahren und stellte deren wissenschaftliche Fundierung im Bereich der Krankenbehandlung in Frage. Warum sollte er in 20 Jahren seine Position verändert haben? Die AntragstellerInnen nahmen vor Jahren an, dass es um den Nachweis einer wissenschaftlichen Fundierung gehen würde. Deshalb wurde in Datenbanken und Archiven gesucht und es wurde eine große Summe von Forschungsbeiträgen eingereicht. Im Methodenpapier vom 20.09.2010 legen die Forscher des WBP fest, dass es nur um psychisch Erkrankte mit einer eindeutigen ICD-10 Diagnose gehen könne und eine Kontrollgruppe besteht. Somit wurde ein Teil der wissenschaftlichen Studien aussortiert, sog. naturalistische Studien. Es wurden weiterhin Studien aussortiert, die ohne Vergleichsgruppen durchgeführt wurden oder wo andere Nachweise einer belegten überlegenen Wirksamkeit fehlten. Es wurden weitergehend 18 Arbeitsbereiche entwickelt und Forderungen erhoben, dass die Studien in mehreren Bereichen positive Nachweise zeigen müssten. Diese Einnengung und Zuordnungspraxis, die erst Jahre nach der Antragstellung erfolgte, beschert der Gesprächspsychotherapie heute, dass sie den Siegel „wissenschaftlich nicht fundiert“ erhält und damit vom WBP nun abgelehnt wird. In der Diskussion auf dem Podium wurde deutlich, dass diese erneute Prüfung der Gesprächspsychotherapie den Antragstellern in der sechsjährigen Bearbeitungszeit nicht mitgeteilt wurde, sondern der Antrag insgesamt bearbeitet und dann negativ beschieden wurde. Mir fiel auf, dass eine Studie der Universitätsklinik Essen, Leiter Dr. Finke, abgelehnt wurde, weil in der Studie der DSM 3R-Schlüssel verwandt wurde. Der Berliner Kollege Fydrich betonte hierbei: 1987 wurde schon der DSM4-Schlüssel verwandt. Nicht aufgeklärt ist dabei, dass zu Beginn der Studie dieser Schlüssel noch nicht vorhanden war. Leider lässt sich dies vom geneigten Leser/der geneigten Leserin nicht nachprüfen, da diese Studie im Studienbewertungspapier

vom 11.09.2017 nicht aufgenommen ist. Vom Podium wurde geäußert, dass es zur gegebenen Zeit einen Forschungsantrag bei der DFG gegeben habe, der diesen neueren Anforderungen und Forschungsstandards hätte genügen können. Er wurde abgelehnt. Dass dieser Umstand noch einmal von besonders negativer Bedeutung sein könnte, wurde erst jetzt deutlich. Einen Beitrag möchte ich noch besonders kritisieren, weil er recht leicht als ungeschickter Befriedungsversuch entschlüsselt werden kann. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer wies darin darauf hin, dass die Finanzierung der Psychotherapie im Bereich der Heilkunde doch, bei aller internen Kritik, ganz gut abgesichert sei. Das war nicht das Thema der Veranstaltung. Peinlich daran ist, dass der Berliner ärztliche Kollege, der sich schon vor Jahren so kritisch über die Gesprächspsychotherapie und andere Verfahren äußerte, dies als Begründung für fachlich einzuhaltende Methodik und ein Beibehalten der zwei, respektive drei Verfahren im Kassenrecht ansah.

Manche mögen über das Ergebnis sehr erfreut sein, andere wird es gleichgültig lassen und einige werden, auch nach so vielen Jahren, empört sein. Ich komme zu dem Fazit, dass hiermit eine neue Problemlage zwischen einem nomothetischen und einem idiografischen Wissenschaftsverständnis mal wieder zugunsten einer nomothetischen und traitorientierten Forschungsrichtung entschieden wurde. Psychotherapie braucht aber beide Vorgehensweisen. Der Psychoanalytiker neben mir kommentierte die Praxis des WBPs mit: „Das ist Machtausübung.“ Ja, das ist es und es ist auch Wissenschaftspolitik, die hier stattfindet. Und sie führt zu dem, was im Bereich der Wirtschaft als ‚Marktbereinigung‘ verstanden wird. Unter diesem Gesichtspunkt muss diese Entscheidung auch Auswirkungen auf die zukünftigen Planungen der Psychotherapieausbildung haben. Und dies war wohl beabsichtigt.

Mit freundlichen Grüßen Klaus Vlk

Informationen aus der Geschäftsstelle

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

Ehrenamtliche RichterInnen an den Berufsgerichten neu gewählt

Im Herbst 2018 haben die Wahlen der ehrenamtlichen RichterInnen an den Berliner Berufsgerichten stattgefunden. Für die Kammer für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Berlin und den Senat für Heilberufe am Oberverwaltungsgericht Berlin wurden jeweils sechs Kammermitglieder als ehrenamtliche RichterInnen und deren StellvertreterInnen für die **Amtsperiode 2018 bis 2023** gewählt. Gemeinsam mit BerufsrichterInnen werden die ehrenamtlichen RichterInnen in berufsrechtlichen Verfahren im Rahmen mündlicher Verhandlungen an den Berufsgerichten tätig.

Die Psychotherapeutenkammer Berlin gratuliert den gewählten ehrenamtlichen RichterInnen und dankt ihnen für ihr Engagement in diesem Ehrenamt!

Kammer für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Berlin:

Özgür Cengiz, Sabine Deitschun, Tina Pomrehn, Christine Baden, Imke Dierks, Daniela Stelter

Senat für Heilberufe am Oberverwaltungsgericht Berlin:

Thomas Abel, Inge Brombacher, Dr. Irmgard Dettbarn, Ilona Laase, Dr. Hans Predic, Angela Rosarius

VERANSTALTUNGSRÜCKBLICK

- 30.01.2019
Fortbildungsrichtlinie zur Sachverständigentätigkeit: Umsetzung durch die PTK Berlin
- 13.02.2019
Neuapprobierentag
- 23.02.2019
Fachtag Ausschuss KJP: Die Lebenssituation von Kindern in Regenbogenfamilien und queeren Familien
- 16.03.2019
12. Landespsychotherapeutentag: Grenzerfahrungen in der Psychotherapie
- 30./31.03.2019
Versorgung komplex traumatisierter geflüchteter Kinder und Jugendlicher

Unsere Veranstaltungsdokumentationen finden Sie stets unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Kostenlose Beratung: „Seele und Zähne“:

Jetzt unentgeltlich neuen Flyer zur Auslage in Ihrer Praxis bestellen!

In der Berliner PatientInnenberatungsstelle „Seele und Zähne“ im Zahnärztehaus in der Georg-Wilhelm-Str.16, Berlin-Halensee, arbeiten eine Zahnärztin und eine Psychotherapeutin zusammen, um mit gemeinsamer Fachkompetenz herauszufinden, ob die Ursache von Zahnproblemen Ihrer PatientInnen somatischer oder seelischer Natur ist. Wenn vermutet wird, dass Zahnbeschwerden von psychosozialen Faktoren beeinflusst werden oder die Zahnprobleme zu psychischen Beeinträchtigungen führen, können sowohl Zahnärztin als auch Psychotherapeutin dorthin überweisen.



Kostenlose Bestellung unter: info@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Termin vereinbaren unter: Tel: 030/89 00 4-0

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
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de
ISSN 2195-5522

Autorenrichtlinien: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/publikationen/kammerbriefe

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft Gesellschaft für Kommunikation mbH, Berlin

Quellennachweis: S. 1-8 PTK Berlin