



# kammerbrief 04|2020



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN

AUS DER PRAXIS

04 | 2020

1

## Videotherapie - Erweiterung und Eingrenzung psychotherapeutischer Behandlungen?

Erfahrungen aus der Perspektive unterschiedlicher Psychotherapieverfahren

Aus einem informellen Austausch über die Erfahrungen bei der Durchführung von Videotherapien als Möglichkeit, während der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie mit PatientInnen weiter arbeiten zu können, entstand in der Redaktion die Idee, die jeweils verfahrensspezifischen Blickwinkel darzustellen. In den folgenden Texten stellen die Redaktionsmitglieder, die alle ambulant arbeiten, dar, wie sie das Setting, die Beziehungsgestaltung, die notwendigen Überlegungen zur Auswahl der PatientInnen für diese Form der Behandlung wählten und welches Fazit jede/r zieht.

In den Texten ist zu lesen, dass manches möglich war (Interventionen, vertraute Techniken und Methoden auch im „screen-to-screen“), manches intensiver erlebt wurde, manches nicht umsetzbar war, dass auch unerwartete, überraschende Reaktionen erlebt wurden.

Die Beziehungsgestaltung wird z.T. als passend und unbeeinflusst von der Videosituation erlebt und von allen PsychotherapeutInnen wird übereinstimmend das Fehlen der sinnlichen Qualitäten, des energetischen Feldes, des Übergangsraums als großes Defizit benannt. Auch der veränderte Ort der Sitzungen - der „Besuch“ im Wohnzimmer - als neue Erfahrung geht in die Wertungen ein.

Eine anregende und vergleichende Lektüre wünscht Ihnen die Redaktion.

### Videotherapie: Wie geht es uns ambulanten VerhaltenstherapeutInnen damit?

Bedingt durch die Corona-Pandemie ergab sich für viele ambulante TherapeutInnen zum ersten Mal die Notwendigkeit, Therapiesitzungen per Video anzubieten. Nach nur einem halben Jahr Übungszeit sind die meisten von uns – und auch viele unserer PatientInnen – firm und geübt im Handling. Die Vor- und Nachteile der zertifizierten Anbieter sind diskutiert und technische Schwierigkeiten – Routergeschwindigkeit, Netzstabilität – gemeistert (welch ein Gewinn für die eigene Selbstwirksamkeit!). Unsere Erfahrungen der inhaltlichen Prozesse waren und sind divers: manche Prozesse scheinen fast unverändert weiterzulaufen, manche Prozesse flachen ab, manche nehmen erstaunlicherweise Tempo auf. Die Antworten auf die Frage, warum dies so unterschiedlich ist, bleiben vorerst individuellen Beobachtungen und Interpretationen vorbehalten (quantitative Studien laufen). Unser vorläufiges Fazit ist: „besser als gedacht“, viele Interventionen lassen sich gut umsetzen oder bedürfen nur geringfügiger Anpassungen (z.B. imaginative Verfahren, Expositionen – hier kann der „Therapeut in der Tasche“ sogar neue Möglichkeiten schaffen), manche lassen sich jedoch vermutlich nicht adaptieren („2-Stuhl-Übungen“, Lebenslinien erstellen...).

Und die Beziehungsgestaltung? Wenn die erste Irritation darüber, dass wir keinen Au-

Liebe LeserInnen,



Sprechstunden via Internet und Videotelefonie gehören mittlerweile zum Alltag von PsychotherapeutInnen. Die Redaktion berichtet über Erfahrungen

mit der Behandlung und zeigt Ihnen die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Mitgliederbefragung. Corona stellt zudem auch traumatisierte Geflüchtete vor neue Herausforderungen, Therapieangebote in Anspruch zu nehmen: Maria Prochazkova und Nicola Klambt berichten von ihrer Arbeit im „Zentrum ÜBERLEBEN“ und wie hier mit den Vorbereitungen und der Sicherstellung von Hygieneregeln umgegangen wird.

Jakob Florack und Hannah Puntigam stellen das DBT-A-Netzwerk vor und schildern Behandlungsmöglichkeiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mithilfe der Dialektisch-Behavioralen Therapie.

Außerdem präsentieren wir Ihnen in diesem Kammerbrief einen Ausschnitt des Interviews mit Frau Holz, die bereits über zehn Jahre für die Leitung des Berliner Kriesendienstes verantwortlich ist.

Wir freuen und auf Ihre Rückmeldungen und wünschen beste Gesundheit! Antje Neumann und das Redaktionsteam

Fortsetzung Seite 1

genkontakt herstellen können, überwunden ist, ist ein guter Kontakt mit vielen PatientInnen möglich, auch wenn viele Qualitäten des Face-to-Face-Kontaktes verloren gehen. Nicht bei allen zertifizierten Anbietern kann der Blick auf die eigene Person in einem kleinen Bild vermieden werden – dies bleibt für uns ein Störfaktor.

Herausfordernd kann es sein, eine genügend sichere Umgebung für die Therapie-sitzung zu schaffen. Im Homeoffice können nachbarliche Störgeräusche auftreten. PatientInnen selbst haben eventuell unzureichendes Gespür für sichere Grenzen. Hier ist es notwendig, gute und tragfähige Absprachen zu treffen. Und eine bisher nicht ausreichend beantwortete Frage bleibt: was verändert sich dadurch, dass wir zu unseren PatientInnen nach Hause kommen? Manche tragen uns quasi durch ihre Wohnung, Haustiere werden vorgestellt, mal taucht ein Kind oder PartnerIn auf. Es gibt uns andere Eindrücke, manche Situationen sind komisch, manche unangenehm – was macht das für die therapeutische Beziehung?

Unser Fazit: insbesondere für PatientInnen, die zu Risikogruppen gehören, ist es eine gute Möglichkeit, die Therapie fortzusetzen. Insgesamt sehen wir die Videotherapie auch über die Pandemie hinaus als eine gute dauerhafte Ergänzung zur face-to-face Therapie.

ANTJE NEUMANN UND DR. ANNE TRÖSKEN,  
VERHALTENSTHERAPIE

### Ich vermisse den Übergangsraum...

Zwei Aspekte haben mich besonders an und mit der Videotherapie affiziert: erstens das Fehlen des vertrauten Moments des sinnlichen Übergangsraum, der mit dem Beginn und Ende einer Sitzung als Szene erscheint und zweitens der unheimliche Moment durch die Videotechnik selbst. An einem Vormittag hatte ich 4 Videositzungen

nacheinander und mich überkam ein mir im analytischen Kontext nicht sehr vertrautes Gefühl der Einsamkeit im Raum, eines Allein-Seins und des Zurückgelassen-Seins, des Unwohl-Seins in meinem Praxisraum. Es war ein Gefühl, wie von jemandem den man liebt, getrennt und alleine in der Wohnung mit all den vertrauten Dingen zu sein, die einem fremd erscheinen, da sie sich nur in Verbindung mit diesem Anderen vertraut anfühlen. Wie ein gemeinsamer Urlaub mit einem geliebten Menschen, an dem der Andere früher abreist. Dieses Gefühl in einem analytisch-beruflichen Kontext war für mich unheimlich.

Ich habe die scheinbar unscheinbaren Momente vermisst: das Aufstehen und den Abdruck des Körpers der/des PatientIn nach dem Aufstehen von der Couch, den Geruch der Stunde, die Bewegungen des Beginns und vor allem des Abschieds. Die Trennung nach dem Beendigungssatz und das in den Übergangsraum getragene Gefühl aus der Sitzung. Und die Geräusche im Flur, den Toilettengang mancher PatientInnen, die Geräusche an der Garderobe. Ich habe meinen kleinen Ärger vermisst, wenn ein/e PatientIn zu früh läutet, zu lange im Praxisraum verweilt, sich zu lange auf der Toilette oder im Hausflur aufhält.

Mir wurde schlagartig bewusst: Ich vermisse diesen Übergangsraum... Die Videostunde wird mit einem Klick beendet.

Aber: wie erlebe ich die Videotechnik? Sie hat für mich ein Moment der Wiederholung des Gleichartigen: Anmelden, Passwort, technische Unterbrechungen, Knopf drücken, Sitzung beendet. Sigmund Freud schreibt diese Wiederholungen dem Unheimlichen zu. Das Unheimliche ist ängstigend und verstörend, fremd und doch sehr vertraut. Der Videotechnik als technische Apparatur haftet ein wenig Magie und Zauberei an, auch einen Aspekt des Unheimlichen wie Freud beschreibt. Die Videotechnik wird zu einer besonderen Art der

psychoanalytischen Behandlungstechnik.

Ich persönlich vermisse diesen Übergangsraum ungemein...

DR. BERND HEIMERL, PSYCHOANALYSE  
(DGPT/DPG/IPA) UND TIEFENPSYCHOLOGISCH  
FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE

### Videotherapie aus Sicht eines Körperpsychotherapeuten

Ich hatte zunächst sowohl aus berufspolitischen als auch aus psychotherapeutischen Gründen eine starke Ablehnung gegenüber Online-Therapieprogrammen und auch gegen Videositzungen. Als Körperpsychotherapeut konnte ich mir nicht vorstellen, dass eine körperorientierte Vorgehensweise per Video überhaupt möglich sein könnte. Doch war ich überrascht, dass eine relativ spürbare Präsenz und eine emotionale Dichtheit im Kontakt hergestellt werden konnte. Auch die Körpersprache der PatientInnen war zu sehen und ihre Sprachmodulation zu hören.

Von daher habe ich bei den Videositzungen verstärkt auf die Körpersprache fokussiert. Z.B. habe ich eine Patientin gefragt, was ihre Hände, die beim Reden sehr unruhig gestikulierten, ausdrücken wollten. Ich habe ihr vorgeschlagen, mit der Vertiefung ihrer Atmung, ihre Aufmerksamkeit bewusst in ihre Hände zu schicken, sich mit ihren Händen zu identifizieren und in Ich-Form zu sprechen. Ihre Hände sagten: „Wir sind so unruhig, weil wir ärgerlich sind.“ Ich fragte: „Auf wen oder was seid ihr denn ärgerlich?“ Die „Hände“ sagten: „Auf meinen Partner, da er uns, vor allem unserem Körper, zu wenig Zuwendung gibt. Er ist zu viel mit seiner Arbeit beschäftigt und Erotik und Sexualität kommen zu kurz.“ Der Patientin war das Ausmaß ihres Ärgers, der sich zur Wut gesteigert hatte, vor dieser Sequenz mit ihren Händen nicht bewusst. Für sie war dies ein „Aha-Erlebnis“. Mit anderen PatientInnen habe ich auch Atemarbeit, Erdungsübun-

gen, Reinszenierungen und andere körperorientierte Interventionen angewendet, die in der Regel eine positive Resonanz bei ihnen auslösten.

Zusammenfassend kann ich sagen, dass Videositzungen eine hilfreiche Möglichkeit sind, die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten und den Prozess fortzuführen. Dies war für fast alle meine PatientInnen deutlich positiver als eine Therapiepause. Es konnten körperpsychotherapeutische Interventionen angewandt werden, bei denen auch emotional tiefe Erfahrungen gemacht wurden.

Doch kann eine Videotherapie Sitzung eine Live-Sitzung nicht ersetzen. Möglichkeiten von Interventionen, die die PatientInnen emotional berühren oder ihnen auch zum Containment verhelfen, haben live eine höhere emotionale Qualität und Dichtheit. Auch die psycho-physische Wechselwirkung, die ein energetisches Feld zwischen TherapeutIn und PatientInnen entstehen lässt, ist live deutlich intensiver und spürbarer. Direkte Berührungen, eine wichtige und effektive Technik in der KPT, unter strenger Einhaltung der Abstinenzregel, kann nur im direkten Kontakt angewandt werden. Videotherapie ist effektiver als zunächst angenommen, kann aber eine Live-Sitzung letztlich nicht ersetzen.

DR. MANFRED THIELEN, PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT UND DELEGIERTER DER PTK BERLIN



### Kontextwechsel

Die Screen-to-Screen-Therapien wurden unter Covid-19-Bedingungen zum Zeitpunkt des Lockdown als Alternative zur Fortsetzung von Face-to-Face-Therapien im systemischen Mehrpersonensetting gewählt. Zuvor hatten die Familien jeweils 3-4 Sitzungen in der Praxis unseres Instituts wahrgenommen. Für den Kontextwechsel wurden Regeln und Möglichkeiten geklärt, wie die Sicherstellung der Privatsphäre der Familie, die Deaktivierung von Mobiltelefonen und das äußere Erscheinen für den Bildschirm so vereinbart, als ob es ein Termin in der Praxis wäre. Als Ort wählten die Familien ein Wohn- oder Arbeitszimmer, als Psychotherapeut war ich im Praxisraum an der bereits bekannten Position zu sehen.

Die Momente vor Beginn einer Face-to-Face-Therapie vermisse ich: Das Geräusch der Türklingel, die Bewegungen. Wer nimmt wo Platz? Bei wem liegt der Familienhund?

Das Anregen innerer und äußerer Kontexte mit systemischen Fragetechniken, Reframing und Kommentaren erscheint vergleichbar effektiv. Innere Bilder von Beziehungen im Raum zu skulpturieren oder aufzustellen wirkt eher reduziert möglich, kann stattdessen am ehesten beschrieben werden. Die Arbeit mit Figuren, Zeichnungen, Handpuppen und dem Zauberstab war in Gesprächssequenzen mit Kindern bedingt möglich.

Die Fokussierung des Auftrags wirkte in diesem Kontext oft vertiefender.

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wurde weiterhin als passend, unbeeinflusst von der Videosituation erlebt. Die Wahrnehmung von Stimmungen und nonverbalen Zeichen habe ich als begrenzt wahrgenommen und Bild-, Tondeaktivierungen störten manchmal die Kommunikationen. Das Sinnliche, das „Feld“ von Therapeut und KlientInnen wird als „anders“ beschrieben.

Mit Blick auf die Forschungen zur Telepsychotherapie des kanadischen Wissenschaftlers Stéphane Bouchard bin ich weiterhin am Thema interessiert. Und nur mal angenommen, das menschliche Gehirn könnte befragt werden: Wie würde es ein „anders“ im Kontext von Videotherapie und Neuroplastizität beschreiben? Wer würde was hören?

PETER EBEL, SYSTEMISCHER THERAPEUT (SG), LEHRTHERAPEUT FÜR SYSTEMISCHE THERAPIE (SG), LEHRENDER SUPERVISOR (SG, DGSF), KINDER- UND JUGENDLICHEN-PSYCHOTHERAPEUT

### Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Jugendlichen

Als ich während der Hochphase der Pandemie meinen jugendlichen PatientInnen vorschlug, die therapeutische Zusammenarbeit über Video fortzusetzen, stimmten diejenigen, die dafür die technischen Voraussetzungen und vor allem eine ausreichend geschützte Privatsphäre hatten, schnell und bedenkenlos zu. Das Medium der Videotelefonie war aus dem Kontakt mit Gleichaltrigen längst vertraut und wurde kaum auf seine Sicherheit hin hinterfragt. Dennoch trat zumindest in Einzelfällen heftiges Misstrauen auf, das psychodynamisch als Folge von Übertragung und Gegenübertragung gesehen werden kann.

Ein Beispiel: als während einer Videostunde ein unklares und irritierendes Geräusch im Hintergrund in meiner Praxis auftrat, unterbrach die Jugendliche den Gesprächsfluss und schrie mich empört an: „Was machen Sie da?!“ Bei der Reflektion ihrer heftigen Emotion stellte sich heraus, dass diese jugendliche sexuell missbräuchliche Erfahrungen mit Videotelefonie gemacht hatte, die vorher nie zur Sprache gekommen waren. Durch die Videosprechstunde mit mir wurden diese getriggert, konnten thematisiert und bearbeitet werden.

## Mitgliederbefragung zur videogestützten Therapie

Brigitte Kemper-Bürger, Geschäftsführerin PTK Berlin und Karin Jeschke, Wissenschaftliche Referentin PTK Berlin

Fortsetzung Seite 3

Aber das bisher offensichtlich verdrängte Misstrauen gegenüber diesem scheinbar so geläufigen und pragmatischen Medium war plötzlich spürbar.

Um die Gefahr eines dissoziativen Zustandes zu vermeiden, hatte ich Videotherapie nur PatientInnen vorgeschlagen, mit denen ich schon länger zusammenarbeitete und die ich gut einschätzen konnte.

Auch ich fand es manchmal unheimlich, wenn ich nur den Kopf meines Gegenübers im Bildschirm sehen konnte. Ich fragte mich, was Jugendliche parallel zum Videogespräch machten; schließlich weiß ich ja, dass Jugendliche ganz normal medial Multitasking (z.B. chatten) betreiben. Ist mein Misstrauen real begründet, eine Gegenübertragung oder eine eigene Übertragung auf die PatientInnen? Diese Frage war für mich im bei der Videotherapie schwerer zu klären als bei Präsenztherapien.

Aber das offene Thematisieren und Reflektieren dieser Irritationen hat einen Teil der plötzlich entstandenen unheimlichen Atmosphäre genommen und zu produktiven Gesprächen und wichtigen Themen geführt. Dennoch bin ich erleichtert, dass nun fast alle Therapiestunden wieder in Präsenz stattfinden; für beide Seiten bedeutet dies mehr Sicherheit, „gefühl“ und objektiv. **■**

CHRISTOPH STÖBLEIN, NIEDERGELASSENER KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT (TP, AP)

### UMFRAGE

Die detaillierte Auswertung der Mitgliederbefragung, die durch die Kommission Öffentlichkeitsarbeit der Kammer entwickelt und durchgeführt wurde, finden Sie hier:

<https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/nachrichten/ergebnisse-unserer-umfrage-zu-den-erfahrungen-unserer-mitglieder-mit-video>

Anfang Mai 2020 wurden alle Mitglieder der PTK Berlin mit der Bitte angeschrieben, aus ihrem Arbeitsalltag während der Corona Pandemie zu berichten. Insbesondere die Erfahrungen mit den videogestützten Behandlungsstunden sind als Grundlage für die zukünftige Berufspolitik rund um digitale Anwendungen äußerst relevant. Zahlreiche Mitglieder haben sehr ausführlich geantwortet und die Ergebnisse spiegeln ein differenziertes Bild wider:

- Eine Mehrzahl der Antworten wünscht sich, dass die Option, Videoformate therapeutisch zu nutzen, auch nach der Pandemie erhalten bleibt.

- Als Chancen werden insbesondere die Überbrückung von räumlicher Abwesenheit aufgrund von Pandemiebedingungen, längeren Auslandsaufenthalten u.a., die Erreichbarkeit von Menschen mit Einschränkungen (Bettlägerige, Schichtarbeitende, Alleinerziehende mit langen Anfahrtswegen u.a.) und der Einsatz bei Psychoedukation u.a. kognitiven Elementen in der Therapie gesehen.

- Als Grenzen werden u.a. die technische Störanfälligkeit und die räumlichen Bedingungen der Beteiligten, die oft fehlende emotionale Tiefe der Begegnungen, die Begrenzung auf geeignete Störungsbilder, die Notwendigkeit des persönlichen Kontakts bei Diagnostik und Notfallsituationen und die noch nicht ausreichend bekannten möglichen Nebenwirkungen genannt.

- Bei Kindern und Jugendlichen wurden unterschiedliche Erfahrungen berichtet. Während einige KJP argumentieren, dass für Kinder bis zu acht oder zehn Jahren die videogestützte Therapie eher nicht geeignet sei, sehen andere auch hier den Einsatz von kreativen Formaten als gute Möglichkeit.

- Die Bereitschaft der PatientInnen zur videogestützten Therapie variierte offensichtlich mit deren Alter, ihrem Hintergrund und

ihren Alltagserfahrungen mit Videoformaten.

- Einen Ersatz der Präsenztherapie durch Video- oder Telefonformate lehnen die meisten befragten PsychotherapeutInnen ab. Die zentrale Forderung müsse sein, dass die Berufsgruppe der PPs und KJPs eigenverantwortlich unter fachlichen Gesichtspunkten entscheidet, für wen Videotherapie ein passendes Angebot sein kann.

- Viele PPs und KJPs wünschen sich, dass telefonische therapeutische Formate genauso vergütet werden wie videogestützte Therapie.

Seit Oktober 2020 können PsychotherapeutInnen auch **digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)** verordnen. Bei DiGAs handelt es sich um Apps, die die Behandlung von psychischen Erkrankungen unterstützen können. Detaillierte Hinweise zu den DiGAs finden Sie hier:

[https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/10/bptk\\_praxisinfo\\_Digitale-Gesundheitsanwendungen.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/10/bptk_praxisinfo_Digitale-Gesundheitsanwendungen.pdf)

Eine Liste der bereits zugelassenen Apps: <https://diga.bfarm.de>

Die Erforschung und Bewertung der digitalen Anwendungen steht noch am Anfang, von daher stellen sich eine Reihe von grundsätzlichen Fragen bezüglich ihrer Anwendungsformen, Wirksamkeit, Nebenwirkungen u.a.

Die Psychotherapeutenkammer Berlin wird diese Fragen in ihren Gremien Anfang des Jahres 2021 im Rahmen eines Fachtages aufgreifen und die digitalen Therapieformate vor dem Hintergrund ihrer Auswirkungen insbesondere auf Qualität, Berufsordnung, Datenschutz und Patientensicherheit diskutieren. Wir werden über die Ergebnisse berichten und dann auch weitere Veranstaltungen dazu durchführen. **■**

## DBT-A Netzwerk in Berlin

Jakob Florack, Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikum im Friedrichshain und Dipl.-Psych. Hannah Puntigam, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) stellt für das Behandlungs- und Versorgungssystem derzeit eine der größten Herausforderungen dar. Sie ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte emotionale Instabilität und ist infolgedessen mit erheblichen Schwierigkeiten in der Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Störung führt zu starken persönlichen Leiden und ist meist mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Die Prävalenz der BPS im Alter von 16 Jahren 1,4% beträgt und steigt bis zum 22. Lebensjahr auf 3,2% an. Diese Zahlen aus der Adoleszenz sind vergleichbar mit Daten aus dem Erwachsenenalter. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting zeigt sich, dass das Vorkommen der BPS im ambulanten Bereich mit 11% und im stationären Bereich mit bis zu 50% mittlerweile eine verbreitete Erkrankung ist.

Die BPS im Jugendalter geht, wie im Erwachsenenalter, mit hohen Komorbiditäten aus den Bereichen affektive Störungen, Essstörungen, dissoziative Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen sowie Substanzmissbrauch und anderen Persönlichkeitsstörungen einher.

Die Erkrankung nimmt häufig ihren Beginn in der Jugend und stellt BehandlerInnen und betroffene Familien vor besondere Herausforderungen. Aufgrund der Symptomatik kommt es häufig zu wiederholten stationären Aufenthalten für Kriseninterventionen, die Gefahr der Hospitalisierung ist bei dieser PatientInnengruppe besonders hoch. Während bisher eine Zurückhaltung bestand, Persönlichkeitsstörungen bereits im Jugendalter zu diagnostizieren, wächst aktuell der Konsens, die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung frühzeitig zu stellen, um den betroffenen PatientInnen eine störungsspezifische und wirksame Therapie zu ermöglichen und um stationäre Aufenthalte zu verringern bzw. zu verkürzen.

Die **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)** wurde in den achtziger Jahren von Marsha M. Linehan als störungsspezifisches Konzept zur Behandlung von chronisch suizidalen PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt. Die Basis der DBT stellt die kognitive Verhaltenstherapie dar, die modifiziert und ergänzt wurde, um dem Störungsbild gerecht zu werden. Die DBT betont Akzeptanz und Validierung eines momentan auftretenden Verhaltens, die schwerpunktmäßige Behandlung von Verhaltensweisen, welche die Therapie gefährden, die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung und dialektische Prozesse.

Über eine dynamisch hierarchisierte Behandlungsstruktur versucht die DBT, das Vorgehen in der Behandlung sowohl für die PatientIn wie auch für die TherapeutIn transparent und berechenbarer zu gestalten. Die DBT zeichnet sich damit durch ihre klare Struktur, die hohe Anwendungspraktikabilität und die schulenübergreifende Haltung aus. In einem Skillstraining, das zusätzlich zur Einzeltherapie im Gruppensetting erfolgt, erlernen die PatientInnen spezifische Fertigkeiten zur besseren Kontrolle ihrer Anspannungszustände, zur Emotionsregulation und zur Verbesserung des Selbstwerts und der sozialen Fertigkeiten.

Die DBT hat sich im Rahmen mehrerer Studien bei der Behandlung von PatientInnen mit einer BPS als effektiv erwiesen. Mitte der neunziger Jahre fand die DBT auch im deutschsprachigen Raum Verbreitung. Mittlerweile arbeiten zahlreiche stationäre Einrichtungen aber auch niedergelassene TherapeutInnen erfolgreich mit dem Konzept der DBT. Für die Behandlung von Jugendlichen wurde die DBT-A auf der Grundlage der DBT angepasst und findet ebenfalls in stationären und ambulanten Settings eine sehr erfolgversprechende Anwendung. **■**



Jakob Florack



Hannah Puntigam

### HINWEIS ZUM DBT-A NETZWERK

Um die Versorgung betroffener jugendlicher PatientInnen in Berlin zu verbessern, versuchen wir derzeit, an diesem Therapieverfahren interessierte BehandlerInnen miteinander zu vernetzen. Dafür treffen wir uns bis drei bis viermal jährlich, tauschen Erfahrungen aus und stellen Überlegungen an, institutionsübergreifende Behandlungsangebote einzurichten, um unter anderem den Übergang von stationären, teilstationären in ambulante Settings zu verbessern und die jeweiligen BehandlerInnen miteinander zu vernetzen. Wir würden uns freuen, über diesen Weg, interessierte KollegInnen anzusprechen, um unser Netzwerk zu erweitern. Bei Interesse können Sie sich gerne per E-Mail an uns wenden:

Jakob.Florack@vivantes.de  
praxis@hannahpuntigam.de

## Therapie traumatisierter Geflüchteter in Zeiten von Corona

Maria Prochazkova, psychologische Psychotherapeutin und Nicola Klambt, psychologische Psychotherapeutin

In der ambulanten Abteilung für Erwachsene im Zentrum ÜBERLEBEN arbeiten wir im Team gemeinsam mit SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in der Versorgung meist mehrfach traumatisierter Geflüchteter. PatientInnen kommen in der Regel wöchentlich zur Psychotherapie, Gruppentherapie, psychiatrischen Behandlung, Sozialarbeit, Kreativ- oder Gartengruppe und nehmen an den regelmäßig stattfindenden Gruppenausflügen teil.

Als sich Ende Februar 2020 die Nachrichten überschlugen und sich Mitte März mit dem Lockdown das gesamte gesellschaftliche Leben radikal veränderte, begann für unsere PatientInnen eine schwere Zeit. Für das gesamte Zentrum ÜBERLEBEN wurde ein Hygienekonzept zum Schutz der PatientInnen und Mitarbeitenden entwickelt, das für alle Arbeitsabläufe Gültigkeit hatte. Für die ambulante Abteilung für Erwachsene bedeutet das zunächst, dass wir persönliche Kontakte zu PatientInnen nur in Notfällen ermöglichen, Termine im Haus komplett einschränkten und die therapeutische Arbeit per Telefon- und Videokonferenz durchführten.

Die Situation unserer PatientInnen war massiv beeinträchtigt. Sprachkurse waren abgesagt, Schulen und Kitas geschlossen und ganze Wohnheime unter Quarantäne gestellt worden. Aus Sorge um ihre Gesundheit verließen unsere PatientInnen für viele Wochen kaum ihre Unterkünfte oder Wohnungen. Die Aussetzung wichtiger Termine und Entscheidungen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) war für die Geflüchteten ein zusätzlicher Stressfaktor. Das Warten, das im Asylprozess schon für die meisten Menschen eine große Herausforderung ist, wurde weiter verlängert. Für einige kam in dieser Zeit auch der Familiennachzug zum Stillstand und die Betroffenen leben teilweise bis heute in großer Sorge um ihre Angehörigen, die noch in den Herkunftsländern oder in den überfüllten Flüchtlingscamps an den Eu-

ropäischen Außengrenzen leben müssen. Auch die pandemiebedingte Isolation in beengtem Wohnraum stellte eine Herausforderung dar. Viele unserer PatientInnen sind im Rahmen der oft massiven traumatischen Erlebnisse auch körperlich chronisch erkrankt und gehören somit zur Risikogruppe.

Aufgrund der hohen Belastungen im Rahmen des Lockdowns kam es bei einigen unserer PatientInnen zu einer Reaktualisierung der Traumainhalte, einige wurden dadurch beispielsweise an frühere Inhaftierungen erinnert. Für uns lag der therapeutische Fokus in dieser Zeit auf Tagesstrukturierung und Aktivierung, Diskriminationsübungen sowie auf der Bearbeitung diverser Ängste. Von traumafokussierten Methoden mussten wir in dieser Phase absehen. Die durch Corona bedingten Einschränkungen stellten auch unser Team vor etliche Herausforderungen: beispielsweise mussten wir in den wöchentlichen Sitzungen viel Zeit investieren, um Arbeitsabläufe umzuorganisieren, sodass für die regelmäßige Intervention weniger Zeit blieb. Auch im privaten Bereich wuchsen Anforderungen, da Schulen und Kitas geschlossen wurden und Freizeitressourcen nicht mehr verfügbar waren. Im Rahmen der Videotherapie stießen wir an digitale Grenzen, da die Internetverbindungen in den Wohnheimen sehr mangelhaft sind. So wurde klar, dass möglich schnell wieder persönliche Termine mit den PatientInnen stattfinden müssen.

Als die Temperaturen wärmer wurden, konnten wir nach Bedarf die therapeutischen Sitzungen nach draußen verlegen. Denn das Zentrum ÜBERLEBEN befindet sich auf einem großen Parkgrundstück mit eigenem Heilgarten, in dem zu therapeutischen Zwecken verschiedene Gruppen der Tagesklinik, der Ambulanz, des Frauenwohnverbundes und der Kinder- und Jugendabteilung stattfinden. Seit Mai ist nun ein reges Treiben auf dem Gelände um das Zentrum ÜBERLEBEN zu beobachten, wenn SozialarbeiterInnen, DolmetscherInnen,

TherapeutInnen, ÄrztInnen und PatientInnen mit Klappstühlen zu Therapie, Beratungen oder Teamsitzungen unterwegs sind und gelegentlich von Eichhörnchen und Füchsen besucht werden. Inzwischen verfügen wir über mehrere Pavillons, die für das therapeutische Gespräch mehr Schutz bieten und eine sichere Versorgung von RisikopatientInnen ermöglichen. Nach einer ersten Eingewöhnung in das neue therapeutische Setting wird auf diese Weise die traumafokussierte Arbeit fortgesetzt. So bietet der Garten viel Platz für Lebenslinien, kreative Achtsamkeitsübungen in Naturnähe und wir setzen wieder Expositionsbehandlungen und andere therapeutische Interventionen ein.

Gleichzeitig bereiten wir uns auf die Arbeit im Herbst und Winter. Masken sind nun in genügendem Ausmaß vorhanden und die Raumverteilung ist umgeplant. Auf diese Weise können wir die soziale, medizinische und psychotherapeutische Versorgung insbesondere auch von RisikopatientInnen gewährleisten.

### Zu unserer Einrichtung:

Im Zentrum ÜBERLEBEN suchen Männer, Frauen und Kinder aus rund fünfzig Ländern Hilfe. Schwerpunktländer sind Syrien, Irak, Afghanistan, Libyen, Eritrea, Somalia und die Türkei. Es sind Überlebende von Folter, Gewalt und Vertreibung, die häufig mehrfach traumatisiert sind. Unser Angebot für sie basiert auf den Säulen psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung, Rehabilitation und Integration. Alle Maßnahmen werden von SozialarbeiterInnen begleitet und basieren auf Sprachmittlung. Wir bieten neben der Behandlung auch berufsorientierende Qualifizierungen und Ausbildungen im Bereich Pflege und Erziehung an. Wir verstehen uns als psychosozialmedizinische Einrichtung und Menschenrechtsorganisation. 

## Interview mit der Leiterin des Berliner Krisendienstes

Willy Müller-Rehberg, Anke Hackenschmidt, Matthias Bujarski

*(Auszug, bitte besuchen Sie die Website der PTK für das vollständige Interview)*

Frau Holz, Sie sind seit mehr als zehn Jahren Leiterin des Berliner Krisendienstes, Region Mitte. Der Berliner Krisendienst ist ein kostenloses und wohnortnahes (an neun Standorten in Berlin) Hilfe- und Beratungsangebot für Menschen in akuten Krisen, sie bieten rund um die Uhr individuelle Beratung und therapeutisch orientierte Gespräche, zum Teil auch als mobile Einsätze an. Welches Klientel nutzt den Berliner Krisendienst?

Das Angebot des Krisendienst richtet sich nicht nur an betroffene KlientInnen, sondern auch Angehörige, professionelle Helfer, oder andere Beteiligte, die mit Menschen in Krisen zu tun haben. Unsere Klientel ist sehr heterogen bezogen auf die verschiedenen Bedarfe, Problemlagen und Symptomatiken. Häufig werden gravierende Krisen und Konflikte z. B. durch schwere Beziehungskonflikte, Verlusterlebnisse, Traumata, oder existenzielle soziale Probleme ausgelöst, was dann Depressionen, Ängste, Suizidgedanken oder andere Symptome zur Folge hat. Des Weiteren nutzen chronisch psychisch Kranke, Menschen mit geistiger Behinderung in akuten Krisen, Menschen mit Suchtproblemen in akuten Krisen, oder auch (meist Angehörige von) pflegebedürftige und demente Menschen den Krisendienst.

Wie gehen Sie in der alltäglichen Arbeit mit Menschen mit Psychosen um? Gibt es besondere therapeutische Ansätze?

Menschen mit akuter psychotischer Symptomatik werden eher über Dritte gemeldet, was häufig zu mobilen Einsätzen führt, zum großen Teil unter Hinzuziehung unserer Hintergrundärzte. Hier geht es meist um diagnostische Abklärung, ob akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt und die Person (notfalls auch gegen ihren Willen) in eine Klinik gebracht werden kann/muss. Aber wir werden auch direkt von Menschen mit Psychosen in der Akutphase kontaktiert.

Chronisch psychisch Kranke kontaktieren uns häufig telefonisch. In Ergänzung vor-

handener Hilfesysteme bieten wir hier meist kurze entlastende Gespräche, grenzen im Rahmen der Situationsklärung mit strukturierten Nachfragen auf einen Fokus ein, klären ab, ob aktuell akute, über Alltägliches hinausgehende Probleme vorliegen. Bei bestehender Einbindung in das Hilfesystem, werden in der Regel weitergehende Gespräche nicht angeboten, sondern die KlientInnen in das Hilfesystem zurückverwiesen.

Häufig stellen wir den Erstzugang ins Hilfesystem dar, bzw. erreichen Menschen in der Phase der Ersterkrankung. Unser Anliegen ist es generell, möglichst präventiv im Sinne einer Sekundärprävention wirksam zu sein. Wir unterstützen eine diagnostische Abklärung, ggf. Medikation, weisen auf jeweils adäquate Angebote (wie z. B. bei Ersterkrankungen Fritz im Urban, Soteria, FETZ o. ä. sowie PIAs, Psychiatrische Abteilungen, niedergelassene PsychiaterInnen usw.) hin, oder laden zu Folgegespräch(en) ein, um sicher zu gehen, ob eine geeignete Maßnahme auch angenommen und umgesetzt wird, um die Entwicklung im Verlauf besser einschätzen zu können und weiter Entlastung, Klärung und Stabilisierung zu erreichen.

Auch bei Menschen mit präpsychotischer Symptomatik kann frühzeitiges Handeln präventiv wirksam sein. Häufig werden auch psychoseähnliche Symptome geschildert, die sich dann aus dem Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen erklären lassen.

Wie verläuft die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, den PsychiaterInnen, den Rettungskräften, der Polizei, den MitarbeiterInnen der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung?

Die Besonderheit am Krisendienst ist, dass wir mit einem Großteil der an der psychosozialen Versorgung beteiligten Einrichtungen vernetzt sind. Durch die Einbindung von MitarbeiterInnen aus Einrichtungen, die bei uns als Honorarkräfte arbeiten, wird das Wissen

aus den Einrichtungen in den Krisendienst gebracht und umgekehrt. Wir haben uns seit unserem Bestehen in der Fachöffentlichkeit bekannt gemacht, so dass wir KlientInnen aus der psychosozialen und psychiatrischen Versorgungslandschaft vermittelt bekommen und zielgerichtet KlientInnen an passende/spezialisierte Einrichtungen vermitteln (Beratungsstellen, Spd's, KBSn, Wohneinrichtungen, psychiatrische- und Krisenstationen, Traumaambulanzen...)

BetreuerInnen aus Wohneinrichtungen nutzen den Krisendienst häufig bei der diagnostischen Abklärung und Unterstützung von Einweisungen. Niedergelassene PsychotherapeutInnen weisen sehr häufig auf den Krisendienst hin, wenn sie z. B. auch in ihren Ferienzeiten nicht akut übernehmen können. Manchmal auch, um sich in ihrer Suizidabklärung beraten zu lassen. Generell werden wir sehr häufig von KlientInnen in Anspruch genommen, die eine Therapie wünschen, aber keinen Therapieplatz zeitnah finden - trotz der Terminservicestelle, der Einrichtung der Sprechstunden und Akutbehandlung. Besonders bei KlientInnen mit Suizidgedanken ist es dann wichtig, schnell Gespräche anbieten zu können. Wir sind in vielen Gremien vertreten, seien es die PSAGen, Arbeitskreise beim Paritätär, oder Arbeitskreise, in denen es um die Versorgung von spezifischen Klientengruppen geht (wie z. B. Migranten, alte Menschen, geistig Behinderte usw.). Allein bei uns in Mitte findet mehr als in 1x pro Spätdienst ein Gespräch in einer anderen Sprache statt. Angesichts der Flüchtlingskrise haben wir u. a. einen eigenen Dolmetscherpool eingerichtet. [...] 

### WEITERLESEN

Das vollständige Interview finden Sie hier:

<https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/nachrichten/interview-mit-der-leiterin-des-berliner-krisendienstes>

## 2021 IST WAHLJAHR!

Im Sommer 2021 wählen die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Berlin ihre Delegierten für die Delegiertenversammlung der nunmehr sechsten Legislaturperiode. Möchten auch Sie berufspolitisch aktiv werden, können Sie sich einer bestehenden Liste anschließen oder einen eigenen Wahlvorschlag mit **mindestens fünf BewerberInnen** gründen. Alle Listen erhalten im Rahmen der Wahlinformation die Möglichkeit, sich mit einer Darstellung ihrer Ziele und Positionen den WählerInnen vorzustellen. Möchten Sie nicht selbst kandidieren, aber die Psychotherapeutenkammer Berlin bei der Wahl unterstützen? Dann werden Sie **ehrenamtliches Mitglied des Wahlausschusses!**

**Ihre Ansprechpartnerin für alle organisatorischen Fragen rund um die anstehende Wahl 2021:**

Antje Buckow, Referentin des Vorstandes

Telefon 887140 24

E-Mail [buckow@psychotherapeutenkammer-berlin.de](mailto:buckow@psychotherapeutenkammer-berlin.de)

Detaillierte Informationen zur anstehenden Wahl finden Sie ab Januar 2021 auf unserer Homepage

## HINWEIS ZU VERANSTALTUNGEN DER PTK BERLIN

Bitte informieren Sie sich regelmäßig auf unserer Homepage über von uns online angebotene Veranstaltungen. Aufgrund der COVID-19 Pandemie führen wir auf unabsehbare Zeit keine Präsenzveranstaltungen durch.

<https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/termine>

Einladungen zu unseren (Online-)Veranstaltungen gehen Ihnen, wie üblich, selbstverständlich zudem per Mail zu.

## VERANSTALTUNGSRÜCKSCHAU

- 05.10.2020

„Praxisauslastung – Überprüfung der Versorgungsaufträge: Konsequenzen und Möglichkeiten“

Bei dieser Veranstaltung, die als erste komplett online durchgeführt wurde, ging es um Möglichkeiten, als PsychotherapeutIn den Sitz zu sichern und zur Aufrechterhaltung der aktuellen Versorgungslage in Berlin beizutragen - z. B. über den Verkauf eines halben, viertel oder ganzen Sitzes, Jobsharing oder Anstellung. Vorträge hielten Dr. Lea Gutz, Eva Schweitzer-Köhn, Dr. Sebastian Thieme, Robert Voigt, Olaf Czinna und Alexandra Rohe. Einen Kurzbericht sowie die Unterlagen zu den Vorträgen finden Sie auf unserer Website:

<https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/nachrichten/dokumentation-der-veranstaltung-praxisauslastung>

- 04.11.2020

„Überprüfung der Versorgungsaufträge – Was kommt auf die psychotherapeutischen Praxen zu?“

Bitte besuchen Sie unsere Website für weitere Informationen.

<https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/thema/veranstaltungsdokumentationen>

## Impressum

### Redaktion:

Dorothee Hillenbrand (V.i.S.d.P.), Peter Ebel, Antje Neumann, Christoph Stöblein, Dr. Manfred Thielen, Dr. Anne Trösken

### 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

AutorInnenrichtlinien: <https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/bleiben-sie-informiert>

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft Gesellschaft für Kommunikation mbH, Berlin

Druck: Laserline GmbH

Scheringstraße 1, 13355 Berlin, Deutschland

Quellennachweis: S. 1-8 PTK Berlin