



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Von der Proklamation gegen Folter zum berufsrechtlichen Verbot – Berliner Psychotherapeutenkammer verankert das Verbot der Folter in der Berufsordnung

Die Berichte und Bilder aus Guantánamo und Abu Ghuraib haben uns in den letzten Jahren vor Augen geführt, dass die Folter auch im 21. Jahrhundert nicht geächtet ist. Neben der körperlichen Folter werden mehr und mehr psychologische Methoden zur Zerstörung der Persönlichkeit von Menschen und zur Brechung ihres Willens benutzt. An der Entwicklung und Durchführung dieser Methoden sind Angehörige der verschiedenen Heilberufe beteiligt, vor allem Ärzte und Psychologen.

Auch in Deutschland wird versucht, die Grenze zur Folter zu verschieben oder aufzuheben. Zu erinnern ist hier an die Folterdrohung des Frankfurter Polizeipräsidenten Däschner und die anschließende Diskussion zur Akzeptanz von Folter „in bestimmten Situationen“. Ein Argument zur Relativierung der Folterdrohung war, dass selbstverständlich medizinisches Personal anwesend sein müsse. Aber auch an anderer Stelle weiß man den „Nutzen“ der Folter zu schätzen, etwa wenn Ge-

heimdienstangehörige Menschen, die in syrischen Foltergefängnissen über Monate gefangen gehalten werden, vor Ort „vernehmen“.

Verdienstvollerweise hat der 12. Deutsche Psychotherapeutentag im Mai 2008 eine Proklamation gegen die Folter verabschiedet, nachzulesen auf der Internetseite der Bundespsychotherapeutenkammer (www.bptk.de). Dort findet man auch Hintergrundinformationen zum Thema.

Diese Proklamation hat aber keine unmittelbare rechtliche Wirkung. Auf Initiative des Ausschusses „Berufsordnung, Ethik, Menschen- und Patientenrechte“ hat die Delegiertenversammlung der Berliner Psychotherapeutenkammer am 26.3.2009 die folgende Ergänzung der Berufsordnung in § 3 beschlossen:

BO § 3 Abs.4: Psychotherapeuten beachten die Menschenrechte. Insbesondere ist ihnen die aktive und passive Beteiligung

an physischer und psychischer Folter verboten. Dazu gehört auch die Begleitung und Beratung bei der Anwendung der Folter, die Drohung mit ihrer Anwendung und die wissenschaftliche Erforschung und Entwicklung von Foltertechniken.

Damit ist Psychotherapeuten nicht nur die aktive und passive Beteiligung an Folter verboten, zugleich besteht dadurch für die Kammer die Möglichkeit der Sanktion bis hin zum Entzug der Approbation, sollte ein Angehöriger der Kammer gegen dieses Verbot verstoßen.

Es ist wünschenswert, dass auch die anderen Psychotherapeutenkammern sich diesem ausdrücklichen und sanktionsbewehrten Verbot anschließen. Noch wichtiger wäre eine ebenso klare Beschlussfassung der ärztlichen Berufskammern.

Michael Schmude, Delegierter

Praxisnahe Psychotherapieforschung in Berlin – eine Bestandsaufnahme

Die fortschreitende Etablierung evidenzbasierter Denkens auch in der Psychotherapie stellt unsere Berufsgruppe vor neue Herausforderungen: „Mehr denn je sind Psychotherapiestudien gefragt – randomisiert, naturalistisch, wie auch immer für die Studientherapeuten und Studienpatienten gesucht werden“ (1). „Nur, wenn die ergebnisorientierte Therapieforschung auch von Praktikern getragen wird, können Fortschritte erzielt werden“ (ebd.). Wünschenswert für eine gegenseitig befruchtende Weiterentwicklung wäre es also, wenn Psychotherapeut/-innen Forschungskompetenzen entwickeln würden:

etwa, in dem sie an Studien teilnehmen oder selber Studien erstellen.

Vor diesem Hintergrund galt es zu ermitteln, in welcher Form und in welchem Ausmaß sich Psychologische Psychotherapeut/-innen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen (KJP) bereits an Forschung beteiligen. Dazu bat die Psychotherapeutenkammer Berlin im ersten Anlauf alle Approbierten (im Berliner Rundbrief 1/2007 und auf der Kammerwebsite) um Unterstützung bei ihrer Forschungsprojekt-Recherche. Nachdem diese Befragung ergab, dass in

der ambulanten Praxis kaum Forschung erfolgt, führte sie im Frühjahr 2009 eine umfangreiche, schriftliche Befragung bei Institutionen durch, in denen PP und KJP beschäftigt sind.

Ziel der Befragung war es herauszufinden, ob bzw. wie viele der ca. 3312 approbierten PP und KJP in Berlin ihre psychotherapeutische Praxis selbst beforschen oder sie extern beforschen lassen. Darüber hinaus sollten die abgefragten Daten und Fakten dazu beitragen, Psychotherapie als Heilkunde im Sinne der „Richtlinien“ bzw. des SGB V, aber auch in anderen Settings einer

interessierten Öffentlichkeit sichtbar werden zu lassen (2).

Mit Hilfe eines einseitigen Fragebogens wurden – unter der oben genannten Überschrift – u. a. Fragen zu Zielen, Interventionen oder Methoden der Studie gestellt, wobei eine angeschriebene Institution durchaus mehrere Bögen zurücksenden konnte.

Befragt wurden insgesamt 163 Institutionen. 78 Befragte antworteten schriftlich und schickten 94 Fragebögen ausgefüllt zurück, weitere 23 Befragte gaben telefonisch Auskunft. Der Rücklauf betrug also 62%. Mit ausreichendem Einsatz, so zeigt sich, lassen sich Kolleg/-innen motivieren, Aussagen zu Forschungsaktivitäten zur Verfügung zu stellen. Jeder Institutionen-Typ hat sich engagiert und den Bogen unterschiedlich häufig zurückgeschickt (3).

Wir erhielten Auskunft über 39 Studien von 24 Institutionen. Dass 15% aller Angeschriebenen, also fast jeder Siebte, forscht oder an Forschung beteiligt ist, überrascht positiv, denn schließlich haben PP und KJP keinen leichten Zugang zu Forschungsmitteln. Erwartungsgemäß überwiegen Tages-/Kliniken und Hochschulen mit zwei Drittel aller genannten bzw. eingesandten Studien (4). Positiv fällt auf, dass das restliche Drittel (Beratungsstellen, ambulante Praxis, Ausbildungsinstitute) ihre Fragestellungen aus der Praxis heraus entwickeln. 31 Studien erforschen die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen im Umgang mit Patient/-innen/Klient/-innen, jeweils 4 Studien fokussieren auf Setting bzw. Personen/-gruppen. Dabei werden die Richtlinienverfahren und ihnen zugeordnete Methoden und Techniken in 71%, andere Verfahren, Methoden und Techniken mit 29% beforcht (5). 7 von 39 Studien (18%) beforchten Kinder und Jugendliche.

Das Diagnosespektrum der Studienteilnehmer/-innen umfasst den gesamten Indikationsbereich für PP und KJP, wobei die F 30er und F 40er-Diagnosen dominieren (6).

Auch wenn die Ergebnisse der meisten Studien frühestens ab Herbst 2009 zu er-

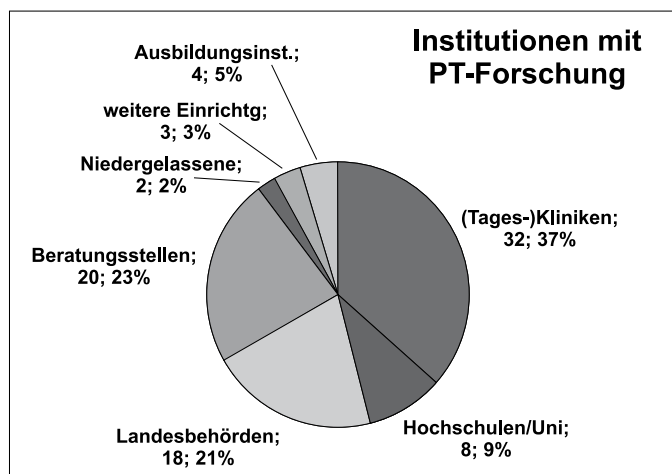


Abb. 1: Institutionen mit PT-Forschung

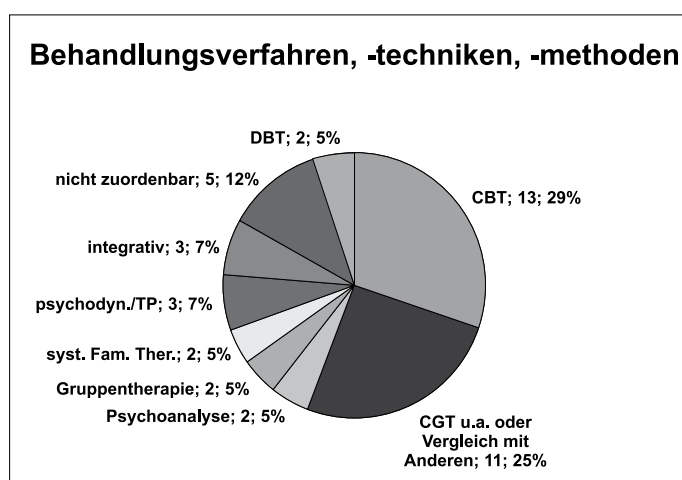


Abb. 2: Behandlungsverfahren, -methoden, -techniken

warten sind (bis hin zu einer Psychoanalysestudie, die erst 2020 fertig gestellt sein soll), kann man davon ausgehen, dass bereits jetzt einige Aussagen für PP und KJP getroffen werden können. Vor allem aus der Analyse der Fragen zu „Thema“, „Ziel, Fragestellung“ und „Indikation“ lässt sich Folgendes ableiten, das für die „klinische Routinepraxis“ (7) und berufspolitische Überlegungen relevant sein könnte:

- Es handelt sich zumeist um Forschungsdesigns, die den methodischen Kriterien der bislang normsetzenden Instanzen im Gesundheitswesen entsprechen (8).
- Es werden Methoden und Techniken überprüft, die bereits im klinischen Alltag angewandt werden.
- Die breite Diagnosenstreuung (in der Gesamtheit aller Studien) entspricht in etwa der Diagnosehäufigkeit in einer durchschnittlichen ambulanten Praxis.
- Komorbiditäten werden allerdings, laut Darstellung der Studien im Fragebogen, nicht explizit beforcht.

■ Verhaltenstherapie überwiegt im Verhältnis zu den anderen Verfahren bzw. Methoden und Techniken; sie wird aber oft auch in Kombination mit anderen Methoden (z. B. Ausdauertraining) oder in spezifischen Settings wie stationärer Gruppentherapie oder unter Hervorhebung einzelner Methoden (wie Exposition) beforcht.

■ Einige der „kleineren“ Studien fragen zwar aus der „Routinepraxis“ heraus, aber nicht nach dezidiert angewandter Psychotherapie als Heilkunde (z. B. fragen sie nach Wirkung eines Behandlungssettings auf den Heilerfolg).

Auch für diese, noch ausstehenden Ergebnisse der Studien gilt, dass Therapeut/-innen im Praxisalltag „Übersetzungsarbeit“ leisten müssen, um von diesen wissenschaftlichen Erkenntnissen profitieren zu können, da „Praxis und Forschung unterschiedliche Systeme mit je eigener Logik darstellen“ (9).

In diesem Sinne sieht die Kammer ihre Befragung als Anstoß für einen fortlaufenden Prozess der Annäherung von Praxis und Wissenschaft. Ebenso wird durch die Ergebnisse sichtbar, wie reichhaltig und um Differenzierung bemüht, von Berliner PP und KJP nach Evidenz für Psychotherapie als Heilkunde geforscht wird. Um noch mehr niedergelassene PP und KJP in den Diskurs um Forschungsmethoden einzubinden und zu vermitteln, dass den Beruf beforschen auch Spaß machen kann, ist eine Fortbildung zum Thema Methoden der Psychotherapieforschung geplant.

Dabei sollten aus der Einzelpraxis bzw. dem typischen therapeutischen Zweiersetting heraus entstandene und zu entwickelnde Forschungsmethoden und spezifische Fragestellungen ebenso bedacht werden wie die (zumeist quantitativen) Methoden, die das gängige Wissenschaftsverständnis bislang prägen.

Sollten Sie mehr über diese 39 Forschungsprojekte erfahren wollen oder Patient/-innen dorthin vermitteln, können Sie über die PTK-Website („Kammerprojekte“) in die Studienliste bis Jahresende

2009 einsehen. Die Psychotherapeutenkammer prüft allerdings generell nicht die Qualität von Studien.

Dr. phil. Renate Degner

Anmerkungen

- (1) Kächele, H., Richter, H.: „Studientherapeut“ – ein neues Qualitätsmerkmal? In: PTJ 03/2008, S. 241-243.
- (2) Zur Begriffsdefinition u. a. Nothacker, Gerhard: Psychotherapeutische Leistungen im Sozialrecht. Schriftenreihe der PTK Berlin Band 1, Berlin 2009.
- (3) Tages-/Kliniken: 32 Studien/23 Inst.; Hochschulen: 8 St./5 Inst.; Landesbehörden: 18 Inst.; Beratungsstellen: 20 Studien/16 Institutionen; einzelne Aktive: 2 St./1 Therapeut; weitere Einrichtungen: 3; Ausbildungsinstitut: 4 St./5 Inst.; 7 Fragebögen ohne Absender. Landesbehörden = SPDs, Psychiatriekoordinatoren, Gesundheitsamt-sabteilung, etc.
- (4) Tages-/Kliniken: 19 St./9 Inst.; Hochschulen: 8 St./5 Inst.; Beratungsstellen: 10 St./6 Inst.; Einzelne Aktive: 2 St./1 Therapeut; Ausbildungsinstitut: 2 St./3 Inst.

- (5) Von 9 (= 29%) werden jeweils 2 der Familientherapie bzw. einem integrativen Ansatz zugeordnet; Im Diagramm als „nicht zuordenbar“ gelten: 1 der online-Therapie; 3 Schreib- oder Lesetherapien; eine setzt Tiere therapeutisch ein.
- (6) Div. Unspezifische: 11; ICD-Kat.: F 10 (Sucht) 4; F 20 (Schizo.) 2; F 31 (Bipol.) 1; F 32 (depr.Epis.) 3; F 33 (rezidiv.depr.Epis.) 4; F 34 (Dysthymie) 3; F 40 (Phobien) 5; F 41 (andere Angst) 1; F 43 (Belastung/Anpass.St.) 6; F 50 (Essstör.) 2; F 60 (Persönl.St.) 3; F 90 (Hyperkinet.) 1; „nicht zutreffend“ 2.
- (7) Begriff des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie; Methodenpapier Version 2.6.1 von 3/2009. Begriff, der auf die „externe Validität“ der Ergebnisse hinweist, also die Übertragbarkeit von „klassisch-wissenschaftlichen“ Ergebnissen auf die Alltagspraxis.
- (8) S. a. weiterführende Literatur im PTJ 2/2009, Artikel zu „Leitlinien“ des WFQ-Ausschusses der PTK Berlin.
- (9) Zitat: Ochs, Mathias: Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung. In: PTJ 2/2009, S. 122.

Körperpsychotherapeutische Arbeit mit Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit – Die Berliner „SchreiBabyAmbulanzen“ in den Nachbarschaftszentren des Paritätischen Wohlfahrtsverband

In den Berliner SchreiBabyAmbulanzen wird Krisenintervention und erste emotionale Hilfe für Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren in extrem belastenden Lebenssituationen angeboten. Sie dient der Prävention von Gewaltübergriffen auf Babys und Kleinkinder und dem Stressabbau innerhalb des gesamten Familiensystems. In den 5 bestehenden SchreiBabyAmbulanzen arbeiten 5 Mitarbeiter/-innen. Sie sind alle in der körperpsychotherapeutischen Methode der Krisenbegleitung für Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit von Paula Diederichs ausgebildet. Aufgesucht werden sie von extrem erschöpften, höchst verzweifelten und zunehmend aggressiver werdenden Eltern, deren Babys entweder Symptome wie exzessives Schreien oder Schlaf- und Unruhezustände haben oder mit Kleinkindern von 6 Monaten bis 3 Jahren mit Schlaf- und Essstörungen. Gleich-

zeitig zeigen sie erste Entwicklungsverzögerungen.

Die „SchreiBabyAmbulanz“ im Nachbarschafts- und Selbsthilfezentrum (NUSZ) der ufa-Fabrik in Berlin Tempelhof wird seit 1993 von der Senatsverwaltung Bildung, Jugend und Sport (Landesjugendamt) Berlin im Rahmen der Familienbildungsarbeit des NUSZ gefördert. Seit 2001 erhalten wir eine zusätzliche Förderung durch die Charlotte Steppuhn-Stiftung, so dass das Angebot ausgebaut werden konnte. Hinzu kommen verschiedene Spenden. Die Eltern leisten einen Eigenanteil von zurzeit 10,- bzw. 30,- € abhängig von ihrem Einkommen.

Theoretischer Hintergrund:

Die Basis unserer Arbeit bildet die Lehre Wilhelm Reichs und seiner Tochter Eva

Reich. Da es in der Praxis hauptsächlich um Kriseninterventionen geht, sind darüber hinaus andere effektiven Therapieformen (Tiefenpsychologie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie nach Rogers, Systemische Familientherapie) in unseren Arbeitsansatz integriert.

Im körperpsychotherapeutischen Verständnis gehen wir von einem Körpergedächtnis, das von Neurowissenschaftlern (vgl. Schore, 2007, S. 75) implizit prozessuales Gedächtnis genannt wird, aus, welches von der Zeugung an wirkt. Hier werden auf zellulärer Ebene gute wie negative Erlebnisse gespeichert. Diesem Modell liegt ein enges Zusammenwirken von Körper, Geist und Seele zugrunde. In Anlehnung an Reich wird von einem Pulsationsprinzip zwischen Expansion und Kontraktion der Lebensenergie ausgegangen, das alle körperlichen Sys-

teme bis zur Zelle betrifft. Pulsationsprinzipien gibt es innerhalb des Individuums, wie wach sein und schlafen, aktiv sein und entspannen, sowie außerhalb in unserer Umgebung der Tag- und Nachtrhythmus und Kreisläufe der Natur. Der Mensch ist ein Teil dieser Natur. Beeinflussen wir diese durch künstliche Befruchtung, eine stressreiche Schwangerschaft, Eingriffe in den Geburtsverlauf, fehlendes Bonding unmittelbar nach der Geburt, fehlenden oder defizitären Bindungsaufbau im Wochenbett oder Partnerproblematik etc., kann es zu schwerwiegenden Folgen kommen.

Wird die Regulation dieser innerorganismischen Funktionen gestört, entstehen Symptome oder Blockaden, das Selbstregulationssystem entgleitet. Der Embryo/Fötus kann von Anfang an negativen (Stress) oder positiven (gute Bindung) prä-, peri- oder postnatalen Einflüssen ausgesetzt sein. Er bringt z. B. vegetative oder inner-organismische Prädispositionen mit auf die Welt. Diese haben prägenden Einfluss auf seine Regulationsfähigkeit. Im negativen Fall zeigen sich Unterbrechungen der Selbstregulationsfähigkeit auf psychischer, vegetativer oder muskulärer Ebene. Zusätzlich gilt psychosozialer mütterlicher Stress während der Schwangerschaft als Risikofaktor zur Ausbildung einer Schreibstörung. Die Umstände der Zeugung, das Befinden der Schwangeren, sowie die Beziehung zum Embryo/Fötus, die Geburt und die früheste Kindheit sind daran maßgeblich beteiligt. Auf der Basis des Körpergedächtnisses können die genauen Zusammenhänge von prä- und perinatalem Stress und dessen folgenschwere Auswirkungen erklärt und bearbeitet werden.

Für das Setting bedeutet dies, dass wir unsere Klienten auch berühren (z. B. bei der „Kaiserschnittmassage“ u. a.), sowohl das Säugling also auch die Mutter/den Vater.

Auf Grundlage der oben angegebenen Theorien arbeiten wir nach einem drei Säulen Modell was Folgendes beinhaltet:

- Die Arbeit am Organismus des Kindes (beziehungsorientierte Körperarbeit),
- das beraterisch-therapeutische Gespräch mit der Mutter (klärungs- und bewältigungsorientiert),

- die Arbeit am Organismus der Mutter/ des Vaters (beziehungsorientierte Körperarbeit).

Was uns in dieser Arbeit besonders am Herzen liegt, ist die Unterstützung der Mutter, um nach Daniel Stern zu sprechen „mothering the Mother“.

Evaluation:

Die SchreibBabyAmbulanzarbeit wurde extern von der Freien Universität evaluiert. Es handelt sich um eine zweiteilige Studie. Im ersten Teil wurde im Rahmen einer Diplomarbeit der Verlauf von 6 Fällen von Fr. Diederichs mit der Videokamera aufgezeichnet und ausgewertet. Im zweiten Teil der Arbeit wird zusammenfassend evaluiert, was diese sechs Nutzerinnen im Rahmen der Krisenintervention erlebt haben. Das heißt, die Beurteilung der, in der Krisenintervention geleisteten Arbeit ist auf die Bewertung der Betroffenen selbst zurückzuführen. Die Ergebnisse zeigen mögliche Belastungsfaktoren, die das ausgeprägte Krisenerleben begünstigen, sowie die Sofort- und Langzeiteffekte der Interventionsarbeit. Insgesamt wird das Angebot der SchreibBabyAmbulanz von den Nutzerinnen als eine positive Erfahrung beschrieben. Die Krisenintervention führte zu einer Verbesserung des Mutter-Kind-Kontaktes, sowie zu einem Rückgang der kindlichen Symptome und einem gesteigerten Wohlbefinden von Mutter und Kind. Das therapeutische Vorgehen wird aus der Sicht der Betroffenen und der Fachfrau selbst beschrieben.

Fallvignette:

Eine sehr erschöpfte Mutter erscheint mit ihrem per Kaiserschnitt entbundenen Kind in der Sprechstunde. Das Kind zeigt starkes Unbehagen. Die Mutter gibt dem Kind in der Interaktion alles, was ihr möglich ist, aber ohne Erfolg. Im Gespräch stellt sich heraus, dass die Mutter sich eine „natürliche Geburt“ gewünscht hat. Sie ist über ihr „Versagen“ enttäuscht und hat dementsprechend Schuldgefühle. Die Mutter steht noch unter Schock, was daran zu sehen ist, dass sie ihrem Kind nicht das geben kann, was es braucht. Das wirkt sich nachteilig auf das Bindungsverhalten von ihr zum Kind aus. Aus körpertherapeutischer Sicht

muss die Mutter wieder Vertrauen in ihren Körper gewinnen. In der von Empathie getragenen Begleitung durch den Therapeuten „versteht“ sie nun, dass es nicht ihre Schuld ist. Ihre Erschöpfung wird weiterführend mit einer Rückenstreckermassage zur Stärkung und Nahrung für ihr Erschöpfungssyndrom begleitet und deren Ursachen tiefenpsychologisch erforscht. Jetzt ist sie wieder „präsent“, kann für ihr Kind da sein und eine gesunde Bindung aufbauen. Dem Kind, das die Geburtspassage nicht erlebt hat, wird die Kaiserschnittmassage gegeben, damit diese taktile Nachnahrung und der „Verkörperungsakt“ stattfinden können.

Die theoretische und praktische Arbeit der körperorientierten Babytherapie wird ausführlich in einem aktuellem Aufsatz (Diederichs/Jungclausen, 2009, S. 209-250) dargestellt. Die aktuell stattfindende Fortbildung zur körperpsychotherapeutischen Arbeit mit Babys und ihren Eltern wurde durch die Psychotherapeutenkammer Berlin zertifiziert.

*Paula Diederichs
Gerd Poerschke*

Literatur:

- Diederichs, Paula / Jungclausen, Ingo (2009) Zwölf Jahre Berliner SchreibBabyAmbulanzen – eine Positionierung körperpsychotherapeutischer Krisenintervention und früher Hilfen. In: Thielen, Manfred (Hg.) Körper-Gefühl-Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation, Gießen.
- Schore, Allan N. (2007) Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart.

Redaktion

Ch. Stößlein, I. Brombacher, M. Henkel-Gessat, P. Isaac-Candeias, Dr. B. Locher, U. Meybohm, D. Hillenbrand, Dr. M. Thielen.

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030 887140-0; Fax -40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de