



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

9. Jahrgang | **Sonderausgabe** Januar 2017



Novellierung des PsychThG
Reform der Ausbildung zum
Psychologischen Psychotherapeuten und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten



Spezifika der Weiterbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Ziel einer psychotherapeutischen Ausbildung sind wissenschaftlich und praktisch ausgebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹, die als Angehörige eines akademischen Heilberufs in der Lage sind, im ambulanten und stationären Setting sowie in Institutionen der komplementären Versorgung wie der Jugendhilfe oder der Rehabilitation, professionell tätig zu sein.

Davon ausgehend, dass der Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) und die Pläne des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) – wie sie im Eckpunktepapier verschriftlicht und am 8. November 2016 von der Staatssekretärin Widmann-Mauz vorgestellt wurden – umgesetzt werden, erfolgt die Aus- und Weiterbildung in Zukunft in zwei Schritten: Erstens einem bundeseinheitlich geregelten Hochschulstudium, das mit einem Staatsexamen und der Approbation abschließt. Zweitens einer Weiterbildung in einem oder in mehreren psychotherapeutischen Verfahren, jeweils bezogen auf die Altersgruppen Kinder/Jugendliche oder Erwachsene. Erst mit erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung kann der Eintrag im Arztregister erfolgen. Dieser ist die Voraussetzung zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen, zur Bewerbung um einen Kassensitz und zur Übernahme von Leitungsfunktionen in Einrichtungen der stationären Versorgung. Die allgemeinen Elemente einer psychotherapeutischen Weiterbildung sind an anderer Stelle in diesem Heft ausführlich dargestellt. Deswegen beschränke ich mich hier auf die Darstellung von Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Die Spezifika der Psychotherapieverfahren müssten gesondert beschrieben werden.

Allgemeine Voraussetzungen

Psychische Erkrankungen, die in Beziehungskontexten begründet sind, entstehen in der Regel im Kindes- und Jugendalter. Insofern ist es notwendig, dass alle angehenden Psychotherapeuten, unabhängig davon ob sie später mit Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen arbeiten, dezidierte Kenntnisse über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen erwerben. Beginnend mit dem Säuglingsalter, dem Kleinkind- und Schulalter, der Pubertät bis zur Spätadoleszenz. Es handelt sich dabei sowohl um theoretisches Wissen, wie unterschiedliche Ansätze der Entwicklungspsychologie als auch praktische Erfahrung im Umgang mit dieser Altersgruppe (z. B. der Beobachtung eines Säuglings, Praktika in Kindergärten, Schulen, freier Jugendarbeit). Wegen der besonders schnell voranschreitenden körperlichen und psychischen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter, der speziellen Form verbaler und non-verbaler Kommunikation und der erhöhten Vulnerabilität sollte darauf in der Aus- und Weiterbildung ein besonderer Schwerpunkt gelegt werden. Die Komplexität der Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen in ihren Familien und in sozialen Kontexten sollte zumindest ansatzweise im Studium erfahren und erlebt werden (Timmermann, 2015).

Anders als in Studiengängen, die momentan zur Zulassung an einem psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut Voraussetzung sind

(Psychologie für PP, Psychologie/Pädagogik/Sozialpädagogik für KJP), sollen im einem zukünftigen Psychotherapiestudium grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für die psychotherapeutische Tätigkeit erlernt werden, die sich auf alle Altersgruppen beziehen. Damit besteht nach dem Studium für alle approbierten Psychotherapeuten die Möglichkeit, sich für diejenige Altersgruppe zu entscheiden, mit der sie später arbeiten möchten, ohne berufsrechtlich benachteiligt zu sein, wenn jemand noch die Fachkunde für die jeweils andere Altersgruppe erwerben möchte.

Spezifika in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

1. Zur Behandlung von Kindern
 Kinder kommen nicht von sich aus zur Therapie, sondern werden von ihren Bezugspersonen, in der Regel den Eltern, angemeldet. Diese machen sich Sorgen um die Entwicklung ihres Kindes; häufig sind sie belastet und überfordert durch die Problematik, die sie nicht verstehen und nicht beeinflussen können. Motivation, Beziehungsaufbau und Verlauf der Behandlung eines Kindes sind also maßgeblich von der Haltung der primären Bezugspersonen abhängig (Windaus, 2007, Timmermann, 2016). Die Eltern eines psychisch kranken Kindes kommen mit Hoffnungen, Erwartungen, Skepsis, Ängsten und/oder Versagens- und Schuldgefühlen zur Behandlung. Insofern ist der Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung grundlegend für die therapeutische Arbeit mit dem Kind, obwohl sie selbst nicht die Patienten sind.

Kinder kommen nicht von sich aus zur Therapie, sondern werden von ihren Bezugspersonen, in der Regel den Eltern, angemeldet

¹ Die weibliche oder männliche Form wird jeweils synonym für beide Geschlechter verstanden

DAS
STANDARDWERK
FÜR DEN SICHEREN
UND SCHNELLEN
WEG ZUR APPROBA-
TION - JETZT IN
2. AUFLAGE!

MIKI KANDALE
KAI RUGENSTEIN

DAS REPETITORIUM

LEHR- UND LERNBUCH
FÜR DIE SCHRIFTLICHEN
ABSCHLUSSPRÜFUNGEN
ZUM PSYCHOLOGISCHEN
PSYCHOTHERAPEUTEN
UND ZUM KINDER- UND
JUGENDLICHEN PSYCHO-
THERAPEUTEN

WWW.REPETITORIUM-PIA.DE



Aus Sicht eines Kindes stellt sich die Situation ganz anders dar. Kinder kommen in der Regel nicht freiwillig, allenfalls ihren Eltern zuliebe, in eine unbekannte und eventuell ängstigende Situation. Sie haben keine Vorstellung davon was Psychotherapie bedeutet und sind auf die Vorbereitung durch die Eltern angewiesen. Selbst wenn diese ihr Kind verständnisvoll vorbereitet haben, können unrealistische Erwartungen eine Rolle spielen, wie z. B. dass die Therapeutin die Eltern – die sich getrennt haben – wieder zusammen bringen oder die Symptome schnell zum Verschwinden bringen kann.

Andererseits sind Kinder emotional relativ gut ansprechbar und in der Lage, komplexe Sachverhalte mit wenigen Worten auszudrücken und ‚auf den Punkt zu bringen‘. Insofern gelingt die Verständigung – sofern es möglich ist, die Sprache des Kindes zu treffen – häufig erstaunlich schnell und unkompliziert.

Je nach Alter des Kindes ist es notwendig, sowohl mit ihm als auch mit den Eltern ein Arbeitsbündnis zu erarbeiten und Ziele für eine Therapie zu vereinbaren. Diese können, müssen aber nicht übereinstimmen. Für ein Kind ist das Ziel beispielsweise, Freunde zu finden und in der Klasse akzeptiert zu sein, das Ziel der Eltern kann sein, dass das Kind selbstbewusster wird und die Symptome verschwinden.

Außer in der Familientherapie findet die Behandlung des Kindes in der Regel ohne die Bezugspersonen statt. Diese kommen in größeren Abständen als das Kind, aber auch regelmäßig zu Gesprächen. Dadurch ergibt sich eine spezielle Situation in Bezug auf die Schweigepflicht. Einerseits haben die Eltern ein Recht auf Information, andererseits soll dem Kind ermöglicht werden, seine Gedanken und Gefühle in der Therapie zu äußern, ohne dass diese weiter erzählt werden. Hier sind detaillierte Absprachen mit Kind und Bezugspersonen notwendig, auf die in schwierigen

Situationen Bezug genommen werden kann.

Grundsätzlich ist für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern auf Seiten der Therapeutinnen eine besondere Fähigkeit zur Triangulierung notwendig, d.h. der Fähigkeit einen bedeutsamen Anderen, einen Dritten in die Beziehung zu integrieren (v. Klitzing, 2005). Praktisch bedeutet dies, dass sowohl mit dem Kind als auch mit den Eltern eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufgebaut und über den gesamten Behandlungsprozess gehalten werden muss. Eine besondere Herausforderung ist dies in der Arbeit mit hochstrittigen Eltern oder mit psychisch kranken Eltern (Timmermann, 2016).

2. Zur Behandlung von Jugendlichen

Ein zentrales Merkmal des Jugendalters ist das Streben nach Autonomie. Deswegen sind vor allem Jugendliche in der frühen (ca. 12 bis 14 J.) und mittleren (ca. 15 bis 17 J.) Adoleszenz bei der Kontaktaufnahme häufig verschlossen und abweisend und geben die Verantwortung an die Eltern ab. Hinter einer anfänglichen Protesthaltung kann aber ein intensiver Wunsch nach Unterstützung verborgen sein oder umgekehrt hinter einer zuerst gefügigen Haltung ein massiver Protest versteckt sein. Deswegen ist genau zu prüfen, mit welcher Motivation der Jugendliche, unabhängig von seinen Eltern, zur Behandlung kommt.

Jugendliche in der frühen oder mittleren Adoleszenz befinden sich in einer Phase der Abgrenzung von den Erwachsenen und der Autonomiefindung. Sie sind skeptisch und teilen ihre „Geheimnisse“ eher mit Gleichaltrigen. Andererseits sind sie dankbar, einen erwachsenen Zuhörer und Gesprächspartner zu finden, der nicht zur Familie gehört und in keiner Abhängigkeitsbeziehung zu den Eltern steht.

Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist bei Jugendlichen – anders als

bei Kindern die selbstverständlich davon ausgehen, dass auch mit ihren Eltern gesprochen wird – komplizierter. Hier ist es besonders wichtig, auf die Schweigepflicht zu achten und mit den Jugendlichen zu erörtern, ob und in welcher Weise die Eltern einbezogen werden.

Ziel kann sein, die unterbrochene Kommunikation zwischen dem Jugendlichen und seinen Eltern wieder in Gang zu bringen oder auch den Ablösungsprozess in Bezug auf die in der Adoleszenz anstehenden Entwicklungsaufgaben (z. B. Ablösung von den primären Bezugspersonen, Integration des sich verändernden Körpers und der Sexualität, Entwicklung eigener Werte und Normen) zu begleiten. Der Therapeut kann sich dabei als Unterstützer und Vermittler anbieten.

Lehren und Lernen in der Weiterbildung

Die Weiterbildung beinhaltet die Berufstätigkeit im Angestelltenverhältnis an einer Weiterbildungsstätte (Klinik, Ambulanz, Praxis), dem Theorieerwerb, der Selbsterfahrung und den Behandlungen unter Supervision. Im Unterschied zur jetzigen Ausbildung, die überwiegend für die Berufsausübung im ambulanten Bereich vorbereitet, soll in Zukunft ein Teil der Weiterbildung im stationären Bereich stattfinden. Dies ermöglicht, detaillierte Kenntnisse und Kompetenzen in einem therapeutischen Team zu erwerben, sowie ein größeres Spektrum an Störungsbildern zu erleben und deren Behandlung schrittweise zu erlernen.

Zur Orientierung der Weiterbildungsteilnehmer in Bezug auf die Integration der unterschiedlichen Elemente eignen sich Strukturen, die bereits an den bestehenden Ausbildungsinstituten vorgehalten werden. Diese könnten in Weiterbildungsinstituten überführt werden und den Weiterbildungsteilnehmern ein entsprechendes Curriculum anbieten (Tripp et al., 2016).

Woran könnte sich der schrittweise Erwerb psychotherapeutischer Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten – kurz psychotherapeutischer Kompetenz – in Studium und Weiterbildung orientieren?

Kahl-Popp hat sich mit der Frage des Lehrens und Lernens psychotherapeutischer Kompetenz am Beispiel der psychoanalytischen Ausbildung auseinandergesetzt (Kahl-Popp, 2007). Sie definiert psychotherapeutische Kompetenz anhand von drei Grund-Befähigungen des Psychotherapeuten:

1. Die Befähigung des Psychotherapeuten, mit seiner Persönlichkeit günstige Voraussetzungen für ein psychotherapeutisches Arbeitsbündnis zu schaffen und zu dessen Aufrechterhaltung beizutragen (personale Kompetenz).
2. Die Befähigung des Psychotherapeuten, das psychotherapeutische Arbeitsbündnis als psychotherapeutische Beziehung zu gestalten (relationale Kompetenz).
3. Die Befähigung des Psychotherapeuten, mit einem Behandlungskonzept ein für den Patienten heilsames Arbeitsbündnis zu verwirklichen (konzeptionelle Kompetenz). (Kahl-Popp 2017, S. 88).

Zur *personalen Kompetenz*, also den persönlichen Voraussetzungen des Psychotherapeuten, zählt u. a. die Fähigkeit zur Regulation eigener Affekt- und Konfliktpannung, d.h. eine Offenheit gegenüber neuen Begegnungen aber auch Kenntnisse der eigenen psychischen Verarbeitungsweisen, Irritationsmöglichkeiten und Bewältigungsformen in Stresssituationen. Ferner eine neugierige und spielerische Haltung in Bezug auf die Interaktion mit anderen Menschen und die Bereitschaft, sich damit auseinander zu setzen. Die Autorin arbeitet folgende Eigenschaften heraus:

- psychische Plastizität des Psychotherapeuten,
- Empathie und bedingungslose Annahme des Patienten,
- die Fähigkeit, einen Zustand des Nicht-Wissens und Nicht-Verstehens auszuhalten,
- Vertrauen in die Wirksamkeit des eigenen Behandlungskonzepts und
- die Fähigkeit zur Regulation eigener Affekt- und Konfliktpannung in der Interaktion mit dem Patienten.

Die *relationale Kompetenz* richtet sich auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, die eine ungleiche zwischen einem hilfesuchenden Patienten und einem professionellen ‚Heiler‘ ist. Sie dient ausschließlich dem Zweck,

seelisches Leiden zu lindern oder zu heilen. Auch wenn die Beziehungsfähigkeit des Therapeuten unabhängig von einem Psychotherapieverfahren ist, gibt es bestimmte Techniken, die dem Ziel dienen, ein Arbeitsbündnis zu entwickeln, aufrecht zu halten und Krisen zu bewältigen. Beziehungsgestaltende Komponenten sind:

- die Übernahme der Verantwortung für die therapeutische Beziehung,
- kommunikative Intuition,
- die Fähigkeit zur Reflexion der Beziehung und zur Umsetzung der Erkenntnisse,
- die Begründung eines dauerhaften therapeutischen Arbeitsbündnisses und
- das Angebot eines sicheren Settings als Kontext der therapeutischen Beziehung.

Konzeptionelle Kompetenz richtet sich auf die Fähigkeit, ein für den Patienten heilsames Behandlungskonzept und Arbeitsbündnis zu erwirken. Wesentliche Bestandteile sind:

- eine plausible Erklärung für die Beschwerden des Patienten,
- ein Vorgehen, das dazu dient, die Beschwerden des Patienten aufzulösen,
- die Bedeutung des Behandlungskonzepts für Therapeut und Patient (z. B. der Annahme unbewusster Prozesse, die es zu erkunden gilt) und



Literaturhinweise

Benecke, C. (2013): Direktstudium Psychotherapie – Warum überhaupt und wenn ja, wie? *Psychotherapeutenjournal*, 4/2013, 356–357.

Binder-Klinsing, G. (2016): Psychodynamische Supervision. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kahl-Popp, J. (2007): Lernen und Lehren psychotherapeutischer Kompetenz am Beispiel der psychoanalytischen Ausbildung. Würzburg: ERGON.

Klitzing, K. v. (2005): Rivalen oder Bündnispartner? Die Rolle der Eltern bei der analytischen Arbeit mit Kindern. In: *Kinderanalyse* 13. Jg., Heft 2.

Timmermann, H. (2015): Was wäre wenn... ...analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten innerhalb einer Direktausbildung an der Hochschule und einer anschließenden Weiterbildung ausgebildet würden? *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. 4/2015, 499–514.

Timmermann, H. (2016): Wir wollen doch gute Eltern sein... Psychisch kranke Eltern als Bündnispartner in der Psychotherapie ihres Kindes. In: Bründl, P., Endres, M., Hauser, S. (Hg.) *Jahrbuch Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse. Elternschaft: klinische und entwicklungspsychologische Perspektiven*. Frankfurt a. Main: Brandes & Apsel, 146–164.

Tripp, J., Schäfer, G., Ruggaber, G., Meisel, B., Bents, H., Schrauth, N. (2016): Warum „Weiterbildung aus einer Hand“? – Institute garantieren hohe Weiterbildungsqualität. *Psychotherapeutenjournal*, 3/2016, 269–271.

Windaus, E. (2007): Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Hopf, H., Windaus, E. *Lehrbuch der Psychotherapie Bd. 5*, München: CIP-Medien. 231–251.

- die Reflexion der Verknüpfung von Persönlichkeit, Arbeitsbündnis und Behandlungskonzept des Psychotherapeuten (Kahl-Popp, 2007, 89ff).

Kahl-Popp weist darauf hin, dass die fachliche Kompetenz des Psychotherapeuten nur in Übereinstimmung mit dem jeweiligen Patienten realisierbar ist. Für die Aus- und Weiterbildung bedeutet dies, dass die Studierenden bereits im Studium mit Patienten konfrontiert werden müssten, ohne diese aber bereits eigenständig zu behandeln. Das könnte zum Beispiel in Form von Hospitationen in der diagnostischen Phase, beobachtende Teilnahme hinter der Einwegscheibe oder durch die Bearbeitung von Videoaufzeichnungen geschehen. Benecke (2013) plädiert dafür, dass die Studenten gegen Ende des Studiums bereits eine oder mehrere Behandlungen unter Supervision durchführen. Diese Sichtweise wird kontrovers diskutiert und ist aus Gründen des Patientenschutzes umstritten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Zentrum der Aus- und Weiterbildung angehender Psychotherapeuten nicht vorrangig die Aneignung von theoretischem Wissen, Literaturstudium, Forschungsmethoden, Behandlungsstrategien und Interventionsmöglichkeiten stehen kann, sondern im „Mittelpunkt der Ausbildung müsste die Entwicklung personaler und relationaler therapeutischer Kompetenz stehen“ (Kahl-Popp, 2017, 161). Studenten und Ausbildungskandidaten identifizieren sich mit ihren Lehrern. Insofern wäre es notwendig, sie zu begleiten und zu ermutigen, eine eigene Haltung auf dem Hintergrund ihrer Persönlichkeit und den Erfahrungen im Studium zu entwickeln. Das gemeinsame Kennenlernen unterschiedlicher Theorien psychotherapeutischer Verfahren und Methoden im Studium könnte die Entwicklung einer psychotherapeutischen Haltung fördern und Vorurteile abbauen. In der Weiter-

bildung soll es dann darum gehen, die Behandlung von Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern verfahrensspezifisch unter Supervision zu erlernen und zunehmend selbstständig durchzuführen.

Selbsterfahrung

Die verfahrensspezifische Selbsterfahrung dient der persönlichen Reflexion und kann im Einzelsetting oder in der Gruppe stattfinden. Sinnvoll sind sowohl Einzel- als auch Gruppenerfahrung. Momentan sind 120 Stunden verpflichtend. Je nach Psychotherapieverfahren werden voraussichtlich unterschiedliche Anforderungen an die Stundenzahl und das Setting der Selbsterfahrung gestellt werden. Für eine psychoanalytische Ausbildung – auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – ist beispielsweise eine Lehranalyse begleitend zur Ausbildung mit mehreren Stunden in der Woche gefordert. Einige Institute bieten inzwischen für KJP zusätzlich eine „Professionsspezifische Selbsterfahrung“ an. Dabei geht es um eine Selbsterfahrung mit Mitteln der Kinderpsychotherapie, z. B. spielerischer Techniken oder kreativem Material, um (wieder) einen besseren Zugang zum eigenen Erleben zu bekommen, mit denen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ja in den Behandlungen permanent konfrontiert sind.

Supervision

In der Supervision werden die Behandlungsfälle der Weiterbildungskandidaten vorgestellt und von einer im jeweiligen Verfahren erfahrenen Kollegin begleitet. Supervision wird verstanden als „eine systematische Reflexion von inneren und interpersonellen Prozessen in einer professionellen Interaktion“ (Binder-Klinsing, 2016, S. 15), die auf psychotherapeutischen Konzepten beruht, sich aber von der Therapie unterscheidet.


Die wohlwollende aber auch kritische Würdigung der Tätigkeit des Kandidaten ermöglicht diesem die

Entwicklung einer eigenen therapeutischen Haltung durch Lernen am Modell aber auch in Abgrenzung zu diesem. Die Erfahrungen in der Supervision sind entscheidend für das Gewinnen von Sicherheit in der selbstständigen psychotherapeutischen Tätigkeit.

Zeitlicher und finanzieller Rahmen

Der zeitliche Umfang der zukünftigen Weiterbildung wird noch kontrovers diskutiert. Einerseits könnte sie im Vergleich zur jetzigen Ausbildung verkürzt werden, da wichtige Grundlagen bereits im Studium gelehrt werden. Andererseits sind die Inhalte im Vergleich zur jetzigen Ausbildung um ein Vielfaches erweitert. Der umfangreiche stationäre Anteil, möglicherweise auch im komplementären Bereich wie der Jugendhilfe, die Anforderung, nicht nur Einzel-, sondern auch Gruppentherapie zu erlernen sowie die Durchführung von Kurzzeit-, Langzeit- und Erhaltungstherapie unter Supervision erfordern einen Zeitraum von etwa fünf Jahren.

Da die Weiterbildungsteilnehmer angestellt sind und bereits in dem Beruf arbeiten, den sie erlernen, dürfte der Druck, aus wirtschaftlichen Gründen schnell fertig werden zu müssen, geringer sein als in der jetzigen Ausbildung.

Voraussetzung dafür ist selbstverständlich ein angemessenes Gehalt sowohl für die Weiterbildungsteilnehmer als auch für die Dozenten, Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter. 

Die Erfahrungen
in der Supervision
sind entscheidend für das
Gewinnen von Sicherheit
in der selbstständigen
psychotherapeutischen
Tätigkeit

Dr. Helene Timmermann

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin TP
Psychoanalyse, Familien und Paartherapie,
Dozentin und Supervisorin, niedergelassen in eigener Praxis
in Hamburg, stellvertretende Vorsitzende der VAKJP.

