



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Landespsychotherapeutentag 2009: Psychotherapeuten und Psychotherapie – Entwicklung, Entwicklungsprozesse, Entwicklungskrisen ...

Das Thema des diesjährigen Landespsychotherapeutentages war bewusst breit angelegt, um sich der Frage der Entwicklung von Psychotherapeuten und Psychotherapie (jeweils für PP und KJP) von verschiedenen Seiten her zu nähern. Nach einem fachlich interessanten Eingangsreferat von Staatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff „Zur Bedeutung der Rolle der Psychotherapeuten in der Berliner Gesundheitspolitik“, standen vier Themen im Fokus der Betrachtung:

- Entwicklung der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Veränderungen in der Generation der Kinder- und Jugendlichen und ihre Auswirkung auf psychotherapeutische Leistungen,
- der „schwierige Patient“ und Anforderungen an die Psychotherapie sowie
- Umgang mit Fehlentwicklungen in psychotherapeutischen Behandlungen und Facetten des Beschwerdeverfahrens.

Ausbildung von PP und KJP

Besonders gespannt waren die rund 350 Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die ersten Trends aus dem Forschungsgutachten zur Ausbildung von PP und KJP. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet Prof. Dr. Bernhard Strauß, Direktor des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena, in Kooperation mit einem nationalen Forschungsnetzwerk ein Gutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Laut Pressemitteilung des Informationsdienstes Wis-



Bild: Prof. Strauß

senschaft (idw) vom 7.12.2007 soll das Forschungsgutachten „die Qualität der bisherigen Ausbildung von Psychotherapeuten überprüfen und Empfehlungen zur möglichen Neugestaltung aussprechen“. Das mit 250.000 EURO geförderte Projekt startete am 1. Januar 2008. Die Abgabe des Forschungsgutachtens erfolgt Ende April 2009. Im Anschluss einer Prüfung durch das Bundesgesundheitsministerium wird es der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

In Folge der Umstellung psychologischer und pädagogischer Studiengänge auf die Bachelor-Master-Systematik werden in der Fachwelt neue Zugangsvoraussetzungen zur PP- und KJP-Ausbildung gefordert, was eine Gesetzesänderung notwendig macht. PP und KJP haben derzeit uneinheitliche Zugangsvoraussetzungen. Aktuell ist für die Zulassung zur KJP-Ausbildung der Bachelor-Abschluss ausreichend, während für die PP-Ausbildung ein Master-Abschluss erforderlich ist.

Ziel des Gutachtens ist es zunächst, einen Überblick über die bisher sehr heterogene Ausbildungslandschaft zu geben. Bezugnehmend auf 178 deutsche, staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute (darunter 100 Ausbildungsinstitute für PP, 19 für KJP

und 59 für PP und KJP) wurden Lehrende, Psychologiestudenten und Psychotherapeuten in Ausbildung befragt. Ergänzend dazu wurden Behördenvertreter, Kollegen im Ausland sowie Experten aus Psychotherapieverbänden um eine Stellungnahme gebeten. Die Wünsche der Profession wurden vom Forschungsverbund in einem Hearing am 28. Januar 2009 abgefragt und sind schon heute auf der Website der Bundespsychotherapeutenkammer nachzulesen: www.bptk.de.

Strauß skizzierte Trends aus den für das Forschungsgutachten erhobenen Daten:

Eine Befragung von Lehrkräften ergab ein frappierendes Ergebnis: Nur die Hälfte der Ausbildungsgänge würden evaluiert werden. Besonders zufrieden zeigten sich die Befragten mit Angeboten zur Supervision und zur Selbsterfahrung. Uneinheitlich seien die Rückmeldungen zu verfahrenübergreifenden Inhalten. Die Theorievermittlung sollte im Wesentlichen beibehalten werden. Konsens seien Inhalte zu störungsspezifischem Wissen, wobei nur VT-Dozentinnen und Dozenten auch störungsspezifisches Wissen für besonders relevant halten. Die Lehre an den Ausbildungsinstituten sollte noch praxisnäher erfolgen. Noch mehr gefordert wird die Vermittlung



Bild: Plenum

psychotherapeutischer Techniken. Interessant sei, dass das Verfahrensinteresse der angehenden Psychotherapeuten sich stark am Schwerpunkt der Klinischen Psychologie an ihrer Uni orientiere. Das spreche im Umkehrschluss dafür, für Verfahrensvielfalt an den Unis zu werben.

Eine Psychotherapieausbildung kostet im Schnitt 30.000 EURO. Gründe, die gegen eine Ausbildung sprechen würden, seien die hohen Ausbildungskosten und der zeitliche Aufwand. Auch hinsichtlich der Niederlassungsmöglichkeit gebe es Unsicherheiten. Die meisten PiA könnten diese Ausbildung nur mit Hilfe eines Ausbildungskredits finanzieren. Rund die Hälfte der PiA erhalte während ihrer praktischen Tätigkeiten keine Vergütung und benötige entsprechend mehr Zeit – als vorgesehen – für die Ausbildung. Ein Drittel gab sogar ein Arbeitsverhältnis dafür auf, 40% übernahmen eigenständige Arbeitsbereiche. 75% der PiA gaben an, durch die Ausbildung ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern zu können.

Der internationale Survey innerhalb des Forschungsgutachtens ergab: Je qualifizierter die Ausbildung sei, desto besser sei die Ausbildung in den Gesundheitssystemen und innerhalb der Gesundheitspolitik etabliert. Auf europäischer Ebene gebe es noch keine Bestrebungen, europaweite Regularien zu treffen.

Über einheitliche Voraussetzungen für die PP und KJP-Ausbildung waren sich die Befragten einig. Der Masterabschluss soll hierbei als allgemeingültiger Zulassungsmaßstab gelten.

Das befragte Lehrpersonal hielt als zusätzliche Lehrinhalte die Einweisung in stationäre Behandlungen durch PP bzw. KJP für sinnvoll. Die Verschreibung von Psychopharmaka oder die Ausstellung von AU-Bescheinigungen sollten kein Bestandteil der Lehrinhalte sein.

Als persönliche Lehre zog Prof. Strauß aus dem Forschungsgutachten: „Die Psychotherapieausbildung ist ein zunehmend heiß umkämpfter Markt. Dennoch ist sich die Profession erstaunlich einig. Eine nationale und internationale Psychotherapie-

und Ausbildungsforschung halte ich für zwingend notwendig. Wenn man bedenkt, dass eine Pharmastudie im Schnitt 3 Mio EURO kostet, Studien zu Psychopharmakawirksamkeit rund 58 Mio EURO betragen, dann kann die Psychotherapieforschung nur davon träumen“.

Veränderungen der Generation der Kinder- und Jugendlichen und deren Bedeutung mit Blick auf psychotherapeutische Leistungen

Lebendig schilderte der Soziologe Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Gründungsdekan der ersten deutschen School of Public Health und langjähriger Sprecher des Sonderforschungsbereiches 227 „Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“ an der Uni Bielefeld, die veränderten Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder und Jugendlichen.



Bild: Prof. Hurrelmann

In den vergangenen 100 Jahren habe eine gravierende Umschichtung der Lebenslaufarchitektur stattgefunden. Es gebe eine neue Aufteilung der Lebensbereiche; vertraute Muster, Vorstellungen und Entwicklungsdynamiken seien ins Wanken geraten. Die Lebenserwartung hat sich insgesamt verlängert (Männer: 77 Jahre; Frauen 82 Jahre), die Entwicklungsabschnitte teilen sich auf ungewohnte Weise neu auf. Die Kindheit hat sich seit 1900 um 6 Jahre reduziert. Durch die Vorverlagerung der geschlechtlichen Reife (infolge hormoneller und Umweltveränderungen) sei die Kindheit heute mit durchschnittlich 11,5 Jahren bei den Mädchen und mit 12 Jahren bei den Jungen abgeschlossen. Der Schonraum der Kindheit gehe zunehmend verloren. Das Jugendalter beginne so früh wie noch nie in der Menschheitsgeschichte und stelle auch keine Übergangszeit mehr dar. Aufgrund der verlängerten

Ausbildungszeiten und der unsicheren ökonomischen Situation dauere der Abschnitt der Jugend heute 15 Jahre, wobei ein klares Abschlusskriterium von Jugend – wie die ökonomische Reproduktion (Berufseinstieg) oder die soziale Reproduktion (Heirat) so nicht mehr existiere. Die Shell-Jugendstudie von 2006 zeige, dass das „Hotel Mama“ eine beliebte Zuflucht darstelle und die symbiotische Beziehung zu den Eltern noch nie so stark war. Sie biete den notwendigen Schonraum bis die Jugendlichen mit ihrer Lehre oder ihrem Studium fertig sind. Darüber hinaus, so die Studienergebnisse, würden sich heute viele junge Erwachsene keine eigene Familie mehr zutrauen. Jugendliche seien zunehmend auf Identitätssuche. Psychotherapeutische Angebote müssten genau hier ansetzen, so Hurrelmann.

Die Situation sei gekennzeichnet durch eine Umschichtung der erfahrbaren Welt auf die Medien: Die Wirklichkeit ist auf dem Bildschirm erschließbar und eroberbar. Viele Kinder könnten beide Welten nicht mehr trennen. Gefragt seien strukturierte und fallbezogene Angebote, die auf die inneren und äußeren Entwicklungsanforderungen der Kinder und Jugendlichen Bezug nehmen. Viele der Jugendlichen würden heute an einem gestörten oder geschwächten Immunsystem leiden, 6-7% seien übergewichtig. Durch mangelnde Bewegung und zunehmende soziale Ungleichheit seien gesundheitliche Risiken und Fehlentwicklungen vorprogrammiert. Wie jedoch sieht das Sozialisationsumfeld der Jugendlichen aus, welches ihnen dabei hilft? Unterstützungsimpulse, so Hurrelmann, kämen willkürlich. Das liege an der pädagogischen Unsicherheit der Vorschuleinrichtungen. Schulen würden sich zwar bemühen, fungieren aber gleichzeitig als Selektionsinstanzen.

„Als Therapeut müssen Sie in die Schulen und Vorschuleinrichtungen hineingehen“ – so Hurrelmann.

Psychotherapie müsste im Vorfeld dieser Fehlentwicklungen ansetzen. Hurrelmann forderte die Psychotherapeuten auf, sich mit Schulen und Kindertagesstätten in Verbindung zu setzen. Besonders wichtig sei es, mit Eltern und anderen Disziplinen zu

kooperieren und eine professionelle Haltung zu entwickeln, was bedeute, auch die Grenzen der eigenen Profession zu kennen.

Innerhalb der Settings müssten dringend gemeinsame Strategien zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen entwickelt werden. Mädchen könnten mit den unsicheren Entwicklungsbedingungen offener umgehen. Jungen seien hingegen eher traditionell orientiert und würden sich oft selbst blockieren. Abgesehen von den Zielgruppen, die über ein geringeres Bildungsniveau verfügen oder die aus sozialen Brennpunkten kommen, müssten sich Präventionsangebote insbesondere an männliche Jugendliche und an Migrantinnen und Migranten richten.

Der Kinder- und Jugendlichenanalytiker Patrik Herrmann berichtete – auch im Gedenken an den Amoklauf von Winnenden – über die dramatisch zunehmende Ersatzfunktion virtueller Welten für die psychische Entwicklung und sozialen Bedürfnisse von Heranwachsenden. Die natürliche kindliche Tendenz zu Selbsterfahrung und Autopoesie werde der neuen Patientengeneration durch die „Inflation elektronischer Objekte im Kinderzimmer“ behindert und erschwert. In Therapien schlage es sich als Sprachlosigkeit, Affektentleerung und sozialer Resignation nieder. Anhand kurzer Fallbeispiele erläuterte Herrmann, wie Psychotherapie die neuen Medien und ihre Bilder (einschließlich ihrer Gewaltbetonung) dennoch nutzen kann. Er beschrieb anschaulich Möglichkeiten, die spezifische Symbolik virtueller Kommunikationsformen und damit verknüpfte, nonverbale Beziehungsbotschaften der jungen Patienten aufgreifen zu können. Das Ziel der Wiederentdeckung von subjektivem Erleben und von Selbstbestimmung innerhalb lebendiger realer Beziehung verlange therapeutisch v. a. einen responsiven Raum für Spontaneität und Kreativität, gerade auch, wenn sie sich zunächst über aggressive Affekte oder Größenphantasien vermittele.

Einig waren sich die Experten in der anschließenden Diskussion darüber, dass es bei der momentanen „Komm-Struktur“ psychotherapeutischer Angebote nicht bleiben könne. „Das Aufsuchen ist die einzige Zugangsmöglichkeit, um an schwer erreichbare Klientengruppen wie an

männliche Jugendliche oder an Migrantinnen und Migranten heranzukommen“, so Hurrelmann.

„Schwierige Patienten“ und Anforderungen an die Psychotherapie

Prof. Dr. Thomas Fydrich von der Humboldt-Uni zu Berlin und Prof. Dr. Ulrich Streeck, ärztlicher Direktor der Klinik Tiefenbrunn und Professor für Psychotherapie und psychosomatische Medizin an der Uni Göttingen, referierten zu diesem Thema. Laut Streeck galten Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung bis Mitte des letzten Jahrhunderts als unbehandelbar. Der Begriff „der Schwierige Patient“ tauchte erstmals Mitte der 80er Jahre auf und wurde unter Verhaltenstherapeuten häufig stigmatisierend diskutiert, so Fydrich. Erst in den letzten 20 Jahren gelte die „Persönlichkeitsstörung“ als eigenes Krankheitsbild.

Der Anteil der Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung schwanke je nach Untersuchung (Lenzenweger et al 2007 oder Samuels et al 2002) zwischen 6 und 12% (12-Monatsprävalenz). G-Kriterien (ICD-10) für Persönlichkeitsstörungen seien: Extreme Form des Erlebens oder Verhaltens; Abweichung in den Bereichen Kognition/Affekt/Impulskontrolle/Verhalten; unflexibel/dysfunktional; bestehend seit später Kindheit/Adoleszenz oder Erwachsenenalter; lang andauernd, mit hohem Leid für den Patienten verbunden und nicht im Rahmen der Symptome anderer Störungen einzuordnen.

„Persönlichkeitsstörungen sind weniger als Störungen der Person, sondern viel mehr als komplexe interpersonelle Interaktionsstörungen zu verstehen“ – so Fydrich. Streeck formulierte dies ähnlich: „Schwere Persönlichkeitsstörungen manifestieren sich überwiegend als ‚Störungen des Sozialen‘“, also in interpersonellen Beziehungen. Wie andere psychiatrische Störungen finde man auch Persönlichkeitsstörungen kaum jemals als isolierte Beeinträchtigungen, sondern so gut wie immer zusammen mit anderen Störungen.

Für den Therapieprozess und für die Therapeut-Patient-Interaktion sei es nach Fydrich hilfreich, das konkrete Erleben und Verhalten

von Patienten mit ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmalen vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte des Patienten zu sehen. So verhalte sich z. B. eine Person mit Persönlichkeitsstörung (z. B. paranoid) in Bezug auf Andere eher vorsichtig, wachsam, dependent oder anhänglich. Hilfreich sei eine umfassende Analyse der handlungsleitenden Schemata, Motive und des interpersonellen Verhaltens. Für die Behandlung bedeute dies, dass z. B. mit Hilfe gestuft aufgebauter Rollenspiele komplexe interpersonelle Interaktionsstörungen als psychologische Eigenart transparent gemacht und bearbeitet werden sollten. Für die Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung heißt das, so Fydrich, dass unbedingt Therapieanalyse und Auftrag berücksichtigt werden sollten und die Symptomstörung als primärer Therapieauftrag zu sehen sei, worin auch die Therapie- und Veränderungsmotivation liege.

Nach Streeck verlange die therapeutische Arbeit mit Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen besondere Aktivitäten wie die Etablierung verlässlicher, Halt vermittelnder Rahmenbedingungen. Es sollten die Probleme fokussiert werden, die es dem Patienten erschweren und manchmal unmöglich machen, am sozialen Alltagsleben teilzunehmen. Streeck geht von einem impliziten Beziehungswissen bei den Klienten aus (knowing how versus knowing what). Für Psychotherapeuten sei ein Handlungswissen wichtig, um Einlassen zu erwirken und ggf. Grenzen zu setzen und Rahmenbedingungen zu schaffen. Einerseits sollte der Therapeut unerschrocken sein und auch die Bereitschaft mitbringen, sich zu verstricken, andererseits sei es wichtig, als Therapeut klar zu sein. Es gehe darum, in verlässlicher, emotional berührbarer Weise dem (stationären) Patienten Sicherheit zu vermitteln (ausführlich nachzulesen bei Streeck, U.: Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen, Stuttgart, Klett-Cotta-Verlag 2007).

Umgang mit Fehlentwicklungen in psychotherapeutischen Behandlungen und Facetten des Beschwerdeverfahrens

In seiner Eingangsfrage zu seinem Vortrag forderte Prof. Dr. Horst Kächele die Anwesenden auf, sich ihre wenig erfolgreichen Behandlungen vor Augen zu führen.

„Psychotherapie hilft – aber nicht immer!“, meint Kächele.

Wenngleich, so Kächele, Psychotherapeuten selbstreflexiv seien, sei es innerhalb der Gruppe meist tabuisiert, über das Scheitern von Psychotherapie zu sprechen. Bereits der Fall Dora bei Freud sei ein historisches Beispiel für eine gescheiterte Psychotherapie. Steven Martens, Literaturwissenschaftler habe in den 70er Jahren Dora als Innbegriff von Freuds Gegenübertragung analysiert. Bergin, ein humanistischer Therapeut, spreche vom „Phänomen der Varianzerweiterung“, was im Klartext bedeute: Ein Medikament, das wirkt, hat auch Nebenwirkungen.

Gründe für das Scheitern von Therapien seien nach:

- Falsch angewandte psychotherapeutische Technik (Mängel in der Aus- und Weiterbildung; Präferenz für bestimmte Ansätze und Vorgehensweisen),
- Auswirkung der Persönlichkeit des Psychotherapeuten (z. B. Therapeut ist dominant/direktiv – der Patient submissiv/angepasst; Patient ist feindselig/dominant – der Therapeut feindselig/vermeidend; jüngere Therapeuten berücksichtigen oft nicht spezifische Erfahrungen der älteren Generation; unkontrollierte Aktivierung persönlicher Muster des Therapeuten; Therapeut hat selbst schwaches Selbstwertgefühl),
- Auswirkung der Störung bzw. der Persönlichkeit des Patienten oder
- Folge ungünstiger Einwirkungen der personalen Umgebung.

„Verhalte Dich so, dass stets ein Dritter anwesend sein könnte“ – das ist die Maxime von Prof. Dr. Horst Kächele vom Universitätsklinikum Ulm.

Selten stehe nur eine Ursache im Vordergrund. Oft gehe es um eine Kombination verschiedener Aspekte.

Es gebe viel zu wenige Berichte von Patienten über gescheiterte Psychotherapien. Wenig untersucht sei auch der Schaden, den viele Angehörige durch Psychotherapie nehmen. Kächele vertritt die Auffassung,

dass auch Psychotherapeuten viel zu wenig über die Nichtwirksamkeit von Psychotherapie sprechen würden. Vielmehr sei es notwendig, eine „Fehlerkultur“ zu entwickeln. Negative Behandlungsverläufe sollten ausgewertet werden. Auch sollten Therapeuten die Möglichkeit nutzen, sich negative Erfahrungen ihrer Patienten schildern zu lassen. Kächele geht sogar soweit, dass er eine Supervision für Patienten (mit 5% der bewilligten Stunden) fordert. Im Sinne einer Empowermentdimension müsse die Kompetenz der Patienten gestärkt werden.

Die Psychotherapeutenkammer Berlin hat für das Entschlüsseln von Fehlentwicklungen eigens eine Ombudsstelle und ein Beschwerdemanagement eingerichtet. Dort zeigen sich – manifest oder latent – die unterschiedlichsten Probleme und Konflikte von Psychotherapeuten, Psychotherapie, Patienten oder strukturelle Probleme des Gesundheitswesens. Kammerpräsident Michael Krenz erläuterte das Prinzip der Ombudsstelle und wie diese innerhalb des Beschwerdemanagements der Kammer eingebunden ist.

Häufig bei der Ombudsstelle eingehende Probleme und Fragestellungen seien: Behandlungskonflikte und -probleme, Indikationsstellung; Einzel- und Gruppenbehandlung; Zunahme der Symptomatik/Krisen; Abstinenzverletzungen, Ausfallhonorar, Schweigepflichtverletzungen etc. Bevor Beschwerden bei der Kammer schriftlich eingereicht werden, haben Patienten oder Therapeuten die Möglichkeit, mit unabhängigen Ombudspersonen vertraulich ins Gespräch zu gehen.

Ist die Problematik schwerwiegender, können Patient oder Therapeut bei der Kammer offiziell eine Beschwerde einreichen. Innerhalb der Kammer werde geprüft, ob ein berufsrechtlicher Verstoß vorliegt. Ggf. werde ein Untersuchungsführer eingeschaltet.

Wie lassen sich das Beschwerdemanagement und die Funktion der Ombudsstelle weiter optimieren? Dazu hatte Michael Krenz bereits einige Vorstellungen:

- Die Aufgaben der Berufsaufsicht, des Beschwerdemanagements und der Ombudsstelle sollten präzise definiert und voneinander getrennt werden.

- Gemeinsam mit den Ärzten und Zahnärzten könnte eine fach- und kammerübergreifende Ombudsstelle geschaffen werden.
- Zwischen Berufsaufsicht der Kammer und dem Beschwerdemanagement sollte es möglichst eine personelle Trennung geben.
- Eine Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements ist notwendig und sollte von der Kammer gefördert werden.
- Hinsichtlich des Patientenschutzes sollten entsprechende Maßnahmen entwickelt werden.

Gesamtfazit: Die Auswahl und Zusammenstellung der Themen wurde von den Teilnehmern überwiegend mit sehr gut und gut bewertet. Mehr Zeit hätten sich die Teilnehmer für Diskussion und fachlichen Austausch in den Pausen gewünscht.

Dr. Beate Locher, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit und Dipl.-Psych. Karin Jeschke, Wissenschaftliche Referentin

Psychosomatik in der Zahnmedizin

Die Zahnärztekammer Berlin hat gemeinsam mit der Psychotherapeutenkammer Berlin eine interdisziplinäre strukturierte Fortbildung entwickelt. Die neue Fortbildungsreihe startet im Sept. 09 und richtet sich an Zahnärzte und Psychotherapeuten. Die 8-teilige Fortbildung findet an vier Wochenenden im Herbst 2009 statt. Nähere Details dazu finden Sie auf unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de.

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