

BPTK, Hannover, 22./23.09.2009

ZUKUNFT DER PSYCHOTHERAPIEAUSBILDUNG

„ECKPUNKTE EINER REFORM“

PRAKTISCHE TÄTIGKEIT(EN):

Reformbedarf aus Sicht der Ausbildungsstätten: KJP-Institute

Dank an die Forscher und den Vorstand der BPTK

Die praktische Tätigkeit ist eines der prominenten Sorgenkinder der derzeitigen Ausbildungspraxis.

Sorgenkinder sind oft die Indexpatienten eines aus dem Gleichgewicht geratenen Systems und insofern besonders hilfreich, als sie den nötigen Leidensdruck erzeugen, den träge Systeme brauchen, um sich zu verändern.

Was also zeigt uns der Patient „Praktische Tätigkeit“?

Erstens bringt er unsere Ausbildungsteilnehmer an den Rand ihrer finanziellen Möglichkeiten. Vollausbildete Akademiker werden einerseits entsprechend ihrer Kompetenzen als volle Arbeitskräfte eingesetzt – genauso wie dies in der ärztlichen Weiterbildung üblich ist. Andererseits werden sie zurückgestuft in einen überaus abhängigen Praktikantenstatus. Kein Wunder, dass wirtschaftlich denkende, potenzielle Bewerber für die PT-Ausbildung abgeschreckt werden.

Zweitens zeigt er uns, dass Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen dem System Psychiatrie/Psychosomatik und dem System ambulante Psychotherapie noch nicht gut genug funktionieren. Bisher ist es noch nicht flächendeckend gelungen, ein Ausbildungsklima herzustellen, das von gegenseitiger Wertschätzung geprägt ist und insofern Prozesse der Lern und Persönlichkeitsentwicklung fördert.

Welche Veränderungen könnten diesem Prozess förderlich sein? Was muss sich ändern?

Die Zielvorstellung

Es muss noch mehr in das Bewusstsein der Profession dringen, dass wir nicht ausschließlich für die ambulante Psychotherapie ausbilden, sondern für einen Beruf, der ein weites Feld psychotherapeutischer Versorgung psychisch kranker Menschen abzudecken hat. Dazu gehören auch die stationären Versorgungssettings. Im Kinder- und Jugendbereich muss man hier unbedingt die stationären und ambulanten Einrichtungen der Jugendhilfe mit hinzunehmen ebenso wie Behinderteneinrichtungen. Damit ist weder eine generelle Hereinnahme von Erziehungsberatungsstellen und Jugendhilfeeinrichtungen gemeint, noch eine Gleichstellung dieses Bereichs mit dem psychiatrischen und psychosomatischen Bereich. Es können nur Einrichtungen sein, deren Klientel Kinder, Jugendliche und Eltern sind, die Störungen mit Krankheitswert haben (Verweise auf SGB V).

So gedacht wäre die praktische Tätigkeit an stationären und teilstationären Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik, Jugendhilfe und an Behinderteneinrichtungen nicht mehr vorwiegend ein notwendiges, durch das Gesetz auferlegtes Übel, sondern ein unverzichtbarer zukunftsweisender Bestandteil der Ausbildung zum Psychotherapeuten.

Die gesetzlichen Vorgaben

Die derzeit in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung definierte Zielvorgabe – „...Kennenlernen von psychischen Störungen bei denen PT nicht indiziert ist“ – bringt insofern Verwirrung, als man heutzutage kaum mehr davon ausgeht, dass es Störungen gibt, bei denen PT nicht zumindest mitindiziert ist.

Klarheit könnte es bringen, wenn definiert wäre, dass Ausbildungsteilnehmer ein möglichst breites Spektrum an psychischen Störungen kennenlernen müssen sowie ein breites Spektrum an Versorgungsmöglichkeiten. Nicht zu vergessen: Prävention und Rehabilitationsmaßnahmen.

Darüber hinaus brauchen alle am System Beteiligten **verbindliche curriculare Vorgaben**. Hierbei ist generell zu beachten, dass es bundesweit gültige Vorgaben zu einer minimalen Strukturqualität der zur Ausbildung berechtigten Institutionen gibt.

Im Einzelnen benötigt die praktische Tätigkeit curriculare Vorgaben in folgenden Bereichen:

1. Welche psychischen/psychiatrischen/psychosomatischen Störungen sollte ein Ausbildungsteilnehmer kennenlernen?

Die praktische Tätigkeit muss die Lernerfahrung mit einem größtmöglichen Spektrum von Störungsbildern ermöglichen. Im KJP-Bereich muss der Ausbildungsteilnehmer die sehr unterschiedlichen Störungsbilder aus möglichst vielen Entwicklungsstufen – vom Säugling bis zum jungen Erwachsenen – kennenlernen können. Zum Beispiel ist eine einjährige Vollzeittätigkeit auf einer psychiatrischen/psychosomatischen Jugendstation mit Patienten zwischen 17 und 21 Jahren, die vor allem Symptombilder wie affektive Störungen

gen und Persönlichkeitsstörungen aufweisen, aus unserer Sicht in dieser Phase der Psychotherapieausbildung zu einseitig.

2. Welche Kompetenzen sind zu erwerben?

Die Ausbildungsteilnehmer bringen aus dem Studium der Psychologie, der Pädagogik, der Sozial- oder Heilpädagogik bereits praktische Kompetenzen in Gesprächsführung, Psychodiagnostik und meistens auch schon erste Erfahrungen in der Anwendung psychotherapeutischer Verfahren mit. Eine selbstständige und eigenverantwortliche Behandlungskompetenz zu erwerben, ist nicht Gegenstand der praktischen Tätigkeit.

Hier können und müssen die Ausbildungsteilnehmer ihr akademisches Wissen und ihre aus dem Studium mitgebrachten primären Behandlungskompetenzen im klinischen Alltag unter qualifizierter Anleitung überprüfen und erweitern.

Dies geschieht auf verschiedenen Ebenen:

- Dadurch, dass sie den erfahrenen Praktikern „über die Schultern schauen“,
- Dadurch, dass sie gemäß ihrer Fähigkeiten praktisch an Behandlungsprozessen beteiligt werden, z. B. in Anamneseerhebung, Diagnose, Indikations- und Gutachtenerstellung,
- Dadurch, dass sie beteiligt werden an psychotherapeutischen Prozessen und verschiedenen Interventionstechniken und Strategien vom Aufnahmegespräch über die stationäre Behandlung bis hin zur Entlassung und eventuellen rückfallpräventiven Maßnahmen,
- Stationäre Einzel- und Gruppentherapien erfordern andere, spezielle Kompetenzen als ambulante Einzel- und Gruppentherapien. Die zeitliche Begrenzung und die multizentrische Übertragungssituation (Ärzte, PT, Pflegepersonal, (Sozial)Pädagogen, Ergotherapeuten...) schulen die Kompetenz zum Fokussieren. Die Fähigkeit, die individuell unterschiedlichen Bedingungsfaktoren für Fallkonzeptualisierung und Therapiedurchführung herauszuarbeiten, wird geschult,
- Psychopharmakologische Grundkenntnisse müssen fallbezogen und anwendungsbezogen erfahren werden,
- Ebenso die Bedeutung und die Anwendung therapieergänzender oder auch therapievorbereitender Maßnahmen,
- Therapieevaluation, Falldokumentation, medizinische, psychologische und sozialpädagogische Nomenklatur, multiprofessionelle Fallkonferenzen sind nirgends so gut zu erlernen wie in stationären und teilstationären Einrichtungen.

Besonders hervorzuheben sind **Kommunikations- und Kooperationskompetenz** innerhalb der für die Versorgung psychisch Kranker zur Verfügung stehenden Fachteams und Fachinstitutionen.

Hier ist aus dem KJP-Blickwinkel besonders zu betonen:

Erstens ist im ambulanten Setting die Kompetenz zur multiprofessionellen Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team für die angemessene Versorgung besonders wichtig, da der Entwicklungsprozess, in dem sich Kinder- und Jugendliche befinden, oft ein schnelles fachlich fundiertes Einbeziehen von Klinik oder (sozial)pädagogischen Maßnahmen erfordert, wenn sie nicht sowieso schon von Anfang an beteiligt sind.

Ähnliche Erfordernisse bestehen in Bezug auf die Elternarbeit. Elternarbeit ist im ambulanten Sektor zu $\frac{1}{4}$ Bestandteil der Psychotherapie. Sie muss dementsprechend während der praktischen Tätigkeit erfahren werden können. Die multiprofessionelle Erfahrungskompetenz erleichtert später die häufig schnell nötigen Entscheidungs- und Kommunikationsprozesse, wenn ärztliche oder sozialpädagogische Fachkompetenz im ambulanten oder stationären Setting hinzugezogen werden muss.

Zweitens ist das akademische Wissen für die Aufnahme und Aufrechterhaltung einer psychisch hilfreichen Beziehung oft nicht ausreichend. Es muss zusätzlich die altersgemäße Sprache, auch Symbol- und Handlungssprache, zur spontanen Anwendung für die verschiedenen Altersgruppen verfügbar sein. In dieser Hinsicht kann die praktische Tätigkeit innerhalb einer Institution mit häufigem Kinder- und Jugendlichenkontakt zu einer erheblichen Kompetenzerweiterung beitragen, gerade und vor allem für Ausbildungsteilnehmerinnen, die während ihres Studiums noch wenig praktische Erfahrung machen konnten mit sich selbst im Kontakt zu unserem späteren altersgemischten Patientenkreis, der vom Säugling bis zu Eltern bzw. Großeltern reicht.

PT I und PT II sind wertvolle Bestandteile der postgradualen Ausbildung – umso mehr, wenn Zusammenarbeit und gegenseitige Wertschätzung der beteiligten Institutionen und Menschen gelingen können und systematische curriculare Vorgaben einer Orientierung dienen.