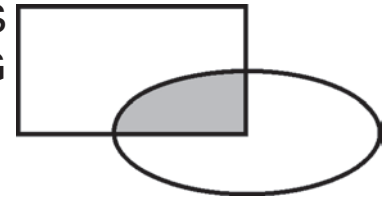


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



2. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2006

Inhalt

Themenschwerpunkt: Psychosoziale Behandlung

- 3 Editorial
- 4 Psychoanalytische Sozialarbeit
mit dem bifokalen Behandlungsmodell
Udo Rauchfleisch
- 7 Selbsthilfe, Therapieformen und Umgangsmöglichkeiten
für Angehörige bei der Borderline-Störung
Ulrike Schäfer und Ulrich Sachsse
- 10 Profil der Sozialberufe bei der Zulassung zur staatlich anerkannten
Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Günter Zurhorst
- 2 Aktuelles: Anerkennung als Fachsozialarbeiter/in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ■ Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit e.V.
Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis

Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Prof. Dr. Udo Rauchfleisch

Professor für Klinische Psychologie an der Universität Basel, Psychoanalytiker (DPG, DGPT); 30 Jahre als Klinischer Psychologe an der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel tätig, jetzt Psychotherapeut in privater Praxis.

Email: udo.rauchfleisch@unibas.ch

Prof. Dr. Ulrich Sachsse

Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Oberarzt der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Niedersächsischen Landeskrankenhaus Göttingen, Honorarprofessor an der Universität Kassel, Fachbereich Sozialwesen.

Email: ulrich.sachsse@t-online.de

Dr. med. Ulrike Schäfer

Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis in Göttingen

Email: dr.schaefer@goettinger-aerzte.de

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida, Fachbereich Soziale Arbeit, Berufungsgebiet Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung und Prävention.

Email: zurhorst@htwm.de

Aktuelles

Anerkennung als Fachsozialarbeiter/in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

Ziel

Wir halten es für wichtig, dass die deutsche Klinische Sozialarbeit nicht von der internationalen Entwicklung abgekoppelt bleibt. Deshalb haben wir uns entschieden, unsere folgenden Anerkennungs- und Akkreditierungskriterien hinsichtlich der erforderlichen Berufspraxis in Anlehnung an die Standards des *American Board of Examiners in Clinical Social Work (ABE)* zu definieren. Die im Antrag anzuerkennenden berufsethischen Prinzipien stammen von der *Clinical Social Work Federation (CSWF)*.

Kriterien

Die Akkreditierung als Klinische/r Sozialarbeiter/-in mit Vergabe eines Zertifikates ZKS können alle Berufspraktiker/-innen erwerben, die folgende Kriterien erfüllen. Die hier dargestellten Anerkennungskriterien gelten zur Zeit als Übergangsbestimmungen.

- Fachhochschul-Diplom in Sozialer Arbeit bzw. Sozialpädagogik (oder Diplom in Pädagogik mit dem Studienschwerpunkt Sozialarbeit)
- mindestens 5 Jahre und dabei 7500 Stunden Berufspraxis; dies entspricht 5 Jahren Tätigkeit im Rahmen einer Vollzeitstelle (bei Teilzeitarbeit entsprechende Zeitverlängerung) nach dem Hochschulabschluss mit klinisch-sozialen Aufgabenstellungen
- Fort- bzw. Weiterbildung in Gesprächsführung, Beratung, Psycho- oder Soziotherapie in einem wissenschaftlich fundierten Verfahren im Umfang von mindestens 500 Unterrichtsstunden. Alternativ können auch mehrere klinisch relevante kürzere Fortbildungen bzw. Module als kumulative Bausteine anerkannt werden
- 100 Stunden Selbsterfahrung in der Gruppe (wird ggf. als Bestandteil o.g. Weiterbildung vollständig oder anteilig anerkannt)
- 50 Stunden Supervision (wird ggf. als Bestandteil o.g. Weiterbildung vollständig oder anteilig anerkannt)
- Anerkennung der berufsethischen Prinzipien der ZKS
- Empfehlung einer/eines Diplom-Sozialpädagogin/Sozialpädagogen bzw. Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialarbeiters mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung.

Wie kann man die Anerkennung beantragen?

Sie beantragen die Akkreditierung, indem Sie einen formellen Antrag bei der ZKS stellen, der folgende Bestandteile umfasst:

- Antragsformular der ZKS
- beglaubigte Kopie des Hochschulabschlusses bzw. Ausbildungsabschlusses
- tabellarischer Lebenslauf
- Nachweis über die bisherige Berufspraxis, original oder beglaubigt (s. Antragsunterlagen*)
- beglaubigte Nachweise über Fort- und Weiterbildungen (s. Antragsunterlagen*)
- Empfehlungsschreiben einer Fachkollegin oder eines Fachkollegen (s. Antragsunterlagen*)
- polizeiliches Führungszeugnis

*Die dafür erforderlichen Antragsunterlagen stehen auf der Homepage der ZKS zum Download zur Verfügung: www.klinische-sozialarbeit.de/antragsunterlagen.htm.

Gebühren

Mit dem Einsenden aller Antragsunterlagen bitten wir Sie, die Akkreditierungsgebühr von derzeit Eur 230,- zu überweisen. Diese Prüfgebühr schließt sämtliche Bearbeitungskosten ein. Bei einer Nichtanerkennung durch die ZKS wird der Betrag von Eur 153,- zurückerstattet.

Bitte überweisen Sie die Akkreditierungsgebühr auf folgendes Konto:
ZKS im IPSPG
Vereinigte Coburger Sparkassen
BLZ: 783 500 00
Konto Nr. 851 105

Information

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die ZKS-Geschäftsstelle:

- Telefon 0 95 61/427 987 8
 - Telefax 0 95 61/331 97
 - Email zks@ipsg.de
 - Homepage www.klinische-sozialarbeit.de
- oder direkt an Herrn Cizmadia:
- Telefon 0 95 61/42 79 87 8
 - Email zks@ipsg.de

Wissenschaftlicher Beirat

Dipl.-Soz.päd. Kirsten Becker-Bikowski
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Peter Buttner
Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld
Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech
Evangel. Fachhochschule Darmstadt

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner
HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum
Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls
Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam:

Uwe Klein (Leitung)
Norbert Gödecker-Geenen
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise:

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion:

Redaktion "Klinische Sozialarbeit"
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Hohensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857
Email: zks-berlin@ipsg.de

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Ilona Oestreich, Berlin

Druck:

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift im DVSG –
FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN:

1861-2466

Auflagenhöhe:

2250

Copyright:

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Psychoziale Behandlung, Therapie und Beratung sind Leitbegriffe einer Klinischen Sozialarbeit, die ihre Methodenkompetenz theoretisch unterlegt und reflektiert. Francis Turner stellt diesen Aspekt in den Vordergrund eines Basis-konzepts von "Psychozialer Therapie":

"From its earliest days, psychosocial therapy has been an open system strongly committed to the integration of new ideas. Although its roots are in a psychodynamic tradition, it has integrated concepts from most other theories driving contemporary social work practice... Psychosocial theorists view practice theories as tools that are differentially used in responding to where and who the client is. Thus, just as it moved as a theory from a position that viewed each social worker as having competence in a single modality, such as casework or groupwork, it now deems it essential that practitioners not only be multimedial competent but also multitheoretical in their orientations." (Turner, 2002:110)

"Psychoziale Therapie" ist mit Blick auf die Entwicklung des Clinical Social Work in den USA ein für die Profession identitätsstiftender, die Person in ihrer Umwelt behandelnder Ansatz, dessen Konturen erst in der Dialektik von allgemeinen Leitlinien und indikationsspezifischer Methodenanwendung deutlich werden. Mit dieser Perspektive wird auch für die Klinische Sozialarbeit in Deutschland ein Anknüpfen an zeitlich unterschiedlichen Punkten der Professionalisierung möglich.

In ihrer Abhandlung "Soziale Diagnose" (1926/2004) erörtert Alice Salomon die Funktion des Helfens in den Formen der Unterstützung des Einzelnen und der Veränderung seiner Umwelt. Diesen beiden Zielen ordnet sie "zweierlei Behandlungsweisen, zwei verschiedene Arten des Vorgehens" (ebd.: 308) zu. Sie beschreibt einen formal-bürokratischen Ansatz, der dem Klienten die Strukturen des Versorgungssystems auf der Ebene der Information und Vermittlung zugänglich macht. Und sie benennt und unterscheidet davon eine Methode, die dem Einzelnen hilft, mit sich und seiner Umwelt besser zurecht zu kommen. Die Wirksamkeit dieser Methode bindet sie dabei an die Interaktion Fürsorger-Klient, an die Motivation des Klienten, sich im Kontakt zu einem sich auf die spezifische Lebenssituation respektvoll einlassenden Sozialarbeiters zu verändern. "Ihr Erfolg hängt von dem Einfluß ab, den die Persönlichkeit des Wohlfahrtspflegers ausübt. Das ist das wesentliche Hilfsmittel." (ebd.: 309).

Im Nachgang zur Therapeutisierungsdebatte in der Sozialarbeitsprofessionalisierung der siebziger und achtziger Jahre zeigt Goldbrunner am Beispiel der "Arbeit mit Problemfamilien" (Goldbrunner, 1989), wie wesentlich die Beachtung der Verschränkung psychosozialer Konflikte mit materiellen Lebensbedingungen bei der Suche nach Lösungswegen ist.

"Eines der Kernprobleme in der Arbeit mit Problemfamilien ist die Aufspaltung der äußeren, materiellen und der inneren, psychischen und interpersonellen Realität, institutionell verankert in der Trennung zwischen Einrichtungen, die Hilfen schwerpunktmäßig anbieten im äußeren Bereich,

z.B. Sozialamt, Institutionen der Sozialarbeit und Einrichtungen, die Hilfen schwerpunktmäßig im psychischen Bereich anbieten, z.B. Beratungs- und Psychotherapiezentren." (ebd.: 76)

Methodisch schlägt Goldbrunner – mit Bezug zu Rauchfleisch – eine Zweigleisigkeit im methodischen Handeln vor, die sowohl die materielle Notlage wie auch die intra- und interpsychische Problematik berücksichtigt. Demnach verfolgt der Sozialarbeiter gleichzeitig zwei Prozessebenen, die zum Teil parallel laufen und zum Teil ineinander übergehen. Dadurch werden beide Ebenen über die Beziehung Sozialarbeiter-Klient in ihrer Bedeutsamkeit für den Klienten bzw. die Familie anerkannt, auch wenn in der manifesten Arbeit situationsabhängig eine Ebene den vorrangigen Fokus bildet.

Das hier aufscheinende Thema der Integration mehrfacher methodischer Kompetenzen in einer Person oder ihrer Aufteilung auf mehrere Funktionsträger stellt einen der Angelpunkte der Thematisierung von psychosozialer Behandlung, Therapie und Beratung dar.

An zwei Ausschnitten klinisch-sozialarbeiterischer Praxis soll in den Beiträgen dieser Zeitschrift die Thematik der methodischen Kompetenz aufgenommen werden – zum einen bezogen auf die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen bei einer gleichzeitig vorhandenen schwierigen sozialen Situation, zum anderen bezogen auf die komplizierte Lebenssituation von Borderline-Patienten und ihren Partnern bzw. Angehörigen. In einem dritten Beitrag wird das Thema der Psychosozialen Behandlungskompetenz im Hinblick auf die Zulassung von Absolventen von Masterstudiengängen in Sozialer Arbeit zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf eine hochschul- und bundespolitische Ebene gehoben.

In seinem Artikel "Psychoanalytische Sozialarbeit mit dem bifokalen Behandlungsmodell" stellt **Udo Rauchfleisch** eine Klientengruppe in den Vordergrund, bei der schwere psychische Störungen die Alltagskompetenz deutlich einschränken und dabei entstehende soziale Problemfelder auf die psychische Verfassung destabilisierend zurückwirken. Die für den Klinischen Sozialarbeiter auftauchende Frage, welche Hilfeform zwischen sozialer Unterstützung und psychotherapeutischer Intervention am ehesten angemessen ist, beantwortet Rauchfleisch mit der Entwicklung eines bifokalen Behandlungsmodells. Um in dieser schwierigen Arbeit handlungsfähig zu bleiben, benötigt der Sozialarbeiter entsprechende psychoanalytische Kenntnisse und Fertigkeiten, die ihm eine Beweglichkeit in der Beziehung zum Klienten durch Erkennen der Übertragungsdynamiken ermöglichen. Dabei ist er gehalten, gleichwertig an beiden Problembereichen – sozialer Realität und psychischer Dynamik – zu arbeiten. Diesem Modell sozialarbeiterischer Kompetenz wäre bereits in der Ausbildung bezogen auf die Vermittlung psychodynamischer Theorie wie auch durch entsprechende Selbsterfahrung Rechnung zu tragen.

Ulrike Schäfer und Ulrich Sachsse verdeutlichen in ihrem Beitrag "Selbsthilfe, Therapieformen und Umgangsmöglichkeiten für Angehörige bei der Borderline-Störung" die gesamte Spannweite von krankheitsbildspezifischem Wissen, wie es als state of the art für die Vermittlung an Patienten und Angehörige zur Verfügung steht und die Grundlage für psychotherapeutische Interventionen bildet. Sie zeigen auf, welche Erschwernisse die Partnerschafts- und Angehörigenbeziehungen zu Borderline-Patienten prägen, welche Optionen der (psycho-)therapeutischen Behandlung auf der Patientenseite, welche überlebenswichtigen Einstellungs- und Verhaltensnotwendigkeiten auf der Angehörigenseite und welche Interaktionsregeln für beide Seiten ein besseres Miteinander ermöglichen können.

Die Diskussion um die Zulassung der Sozialberufe zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie stellt ein aktuelles Szenario dar, an dem sich die Besonderheit der Basisqualifikation "Klinische Sozialarbeit" besonders gut herausstellen lässt. Als ein Ergebnis der von der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. initiierten "Arbeitsgemeinschaft zur Zulassung von Sozialberufen in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie" (AZA-KJP) fasst **Günter Zurhorst** in Form einer Synopse die Folgen des Bologna-Prozesses für die Zulassungsfrage sowie die aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit wünschenswerten Konsequenzen zusammen. Der Text wird ergänzt durch die von der AZA-KJP beschlossenen "Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil von Masterstudiengängen (MA) in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik".

Das oben aufgeworfene Thema der Integration unterschiedlicher theoretischer und praktischer Wissensbestände in einer Person lässt sich für die Klinische Sozialarbeit auf zwei Ebenen beantworten. Die psychosoziale Behandlungskompetenz im Sinne von Bifokalität oder Zweigleisigkeit ist für alle direct-practice-Bereiche von Klinischer Sozialarbeit zwingend. Ihre methodische Ausrichtung und Tiefung jedoch bewegt sich in einem triangulären Konstrukt zwischen den Eckpunkten Sozialtherapie, Beratung und Psychotherapie – unter dem Dach der Klinischen Sozialarbeit.

Für die Redaktion:

Uwe Klein

Literatur

- Goldbrunner, H. (1989). *Arbeit mit Problemfamilien. Systemische Perspektiven für Familientherapie und Sozialarbeit*. Mainz: Grünewald.
- Salomon, A. (1926/2004). Soziale Diagnose. In A. Salomon, *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Schriften. Bd. 3: 1919-1948* (S. 255-314), Neuwied: Luchterhand 2004. (Original 1926)
- Turner, F. (2002). Psychosocial Therapy. In A.R. Roberts & G.J. Greene (eds.) (2002), *Social Workers' Desk Reference* (pp. 109-112), Oxford/New York: Oxford University Press.
- Woods, M.E. & Hollis, F. (2000). *Casework. A Psychosocial Therapy*. Boston: McGraw-Hill.

Psychoanalytische Sozialarbeit mit dem bifokalen Behandlungsmodell

Udo Rauchfleisch

1 Einleitung

In vielen sozialen, psychiatrischen und psychologischen Institutionen und Praxen haben wir Menschen vor uns, die mit großen sozialen Schwierigkeiten kämpfen und zugleich schwere psychische Störungen aufweisen. Damit sind nicht ursprünglich gesunde Persönlichkeiten gemeint, die beispielsweise aufgrund von Langzeitarbeitslosigkeit sekundär psychisch erkranken. Es geht im Folgenden vielmehr um die – zahlenmäßig keineswegs kleine – Gruppe von Klientinnen und Klienten, die bereits primär erhebliche Störungen aufweisen und sich, dadurch bedingt, in vielfältige soziale Schwierigkeiten verstricken. Das Charakteristische bei ihnen ist, dass es im Verlauf der Jahre zu einer unheilvollen Verquickung zwischen psychischen und sozialen Problemen und zu einer zunehmenden Eskalation beider Störungsbereiche kommt.

Es sind Menschen, die uns Professionelle vor große Schwierigkeiten stellen, da es bei den betreuenden und therapeutischen Interventionen unmöglich ist, nur eine der beiden Dimensionen, die

soziale oder die psychische, zu beachten. Es gilt vielmehr, beide Bereiche zu berücksichtigen. Dies ist jedoch ein Vorgehen, das in den gängigen Ausbildungen im Allgemeinen nicht vermittelt wird. Die Konsequenz ist, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen und sozialen Problemen bei der Suche nach Hilfe oft „zwischen Stuhl und Bank“ fallen. Das heißt: Die Vertreterinnen und Vertreter der Sozialarbeit sind der Ansicht, diese Klientinnen und Klienten bedürften zunächst einer intensiven Psychotherapie, bevor sie von den Angeboten der Sozialarbeit profitieren könnten, während die Psychotherapeutinnen und -therapeuten meinen, das Wichtigste sei die sozialarbeiterische Betreuung. Wenn eine Psychotherapie überhaupt infrage komme (was bei diesen Klienten von therapeutischer Seite oft bezweifelt wird), habe diese erst einen Sinn, wenn die sozialen Probleme geklärt seien.

Um diesen Klientinnen und Klienten gerecht zu werden, bedarf es eines modifizierten Vorgehens, das beiden Störungsbereichen, der sozialen und der psychischen Dimension, Rechnung trägt. Das von mir entwickelte bifokale Behandlungsmodell (Rauchfleisch, 1996, 1999) versucht diese Forderung zu erfüllen.

2 Das bifokale Behandlungsmodell

Wie dargestellt, sehen wir uns bei Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen (z.B. solchen vom Borderline-Typ) und massiven sozialen Problemen der Schwierigkeit gegenüber, dass wir ihnen nicht gerecht werden, wenn wir in der Begleitung und Behandlung unser Augenmerk jeweils nur auf einen dieser Störungsbereiche richten. Die beiden Störungsbereiche gehen im Verlauf der Zeit eine so enge Legierung miteinander ein, dass es schließlich nicht mehr möglich ist, sie unabhängig voneinander zu betrachten und anzugehen. Es gilt vielmehr, beiden Bereichen gleichermaßen Beachtung zu schenken und an ihnen zu arbeiten.

Dieses Ziel sucht das bifokale Behandlungskonzept zu erreichen, indem das Augenmerk gleichermaßen auf die Arbeit an den sozialen Problemen und an den psychischen Störungen gerichtet ist. Für die Professionellen aus dem Bereich der Sozialarbeit bedeutet dies, dass sie den Klientinnen und Klienten nicht nur bei der Lösung ihrer sozialen Probleme behilflich sind, sondern zugleich an den psychischen Problemen arbeiten.

Das heißt: sie müssen die Psychodynamik und die persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten ihrer Klienten berücksichtigen und auf die Übertragungs- Gegenübertragungsdispositionen achten und immer dort, wo sie auf die unheilvolle Kontamination von sozialen und psychischen Problemen stoßen, den psychodynamischen Hintergrund bearbeiten, weil die Klientinnen und Klienten sonst nicht von den Angeboten der Sozialarbeit profitieren können. Auf Einzelheiten dieses Interventionsansatzes werde ich unter Punkt 3 eingehen.

Umgekehrt folgt aus dem Konzept des bifokalen Vorgehens, dass die Psychotherapeutinnen und -therapeuten sich nicht auf die traditionelle Psychotherapie beschränken können, sondern die soziale Dimension immer mitdenken und mitunter die sozialen Probleme auch direkt in ihre Behandlung einbeziehen müssen.

Die Aktivität der Professionellen im sozialen Leben dieser Klientinnen und Klienten kann ganz verschiedene Bereiche betreffen: Kontakte und Konflikte mit Arbeitgebern und Ämtern, gemeinsame Sitzungen mit Betreuerinnen und Betreuern anderer Berufsgruppen, Einbezug von Angehörigen, bis hin zur Hilfe bei der Arbeits- und Wohnungssuche und bei Schuldensanierungen.

ANZEIGE



Katholische Hochschule
für Sozialwesen
Berlin

Klinische Sozialarbeit Masterstudiengang

- Akkreditierter Studiengang
- Laufbahnberechtigung für den höheren Dienst
- Zugang zur Promotion
- Berufsbegleitend
- Dauer: 2,5 Jahre
- Kosten: 5.500 €
- Abschluss: Master of Arts

Beginn: Sommersemester 2007

Weitere Informationen:
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
Referat Weiterbildung und Entwicklung
Köpenicker Allee 39-57, 10318 Berlin
Tel. 030 - 50 10 10-39
e-Mail weiterbildung@khsb-berlin.de
www.khsb-berlin.de/Klinische-Sozialarbeit

An dieser Stelle der Überlegungen könnte man einwenden, es sei doch günstiger, wenn die sozialen und psychotherapeutischen Aufgaben von zwei verschiedenen Personen mit je Spezialausbildung in Sozialarbeit und Psychotherapie übernommen würden. Es sei zum einen eine Überforderung für die Professionellen, wenn sie beide Bereiche abdecken sollten, und zum anderen bestehe die Gefahr, dass ein Bereich nur dilettantisch betreut werde.

Gewiss kann es von Vorteil sein, wenn in die Begleitung und Behandlung von Menschen in sozialen Notsituationen Fachleute der verschiedenen Disziplinen involviert sind und sie je ihre spezifischen beruflichen Kompetenzen einbringen. Eine solche Aufteilung der Aktivitäten macht nach meiner Erfahrung jedoch nur dort Sinn – und kann sich nur dort konstruktiv für die Klientinnen und Klienten auswirken –, wo ein therapeutisch orientiertes Team besteht, das die verschiedenen Störungsanteile der Klientinnen und Klienten zu integrieren vermag.

Dies setzt ein gut ausgebildetes, vom gleichen Behandlungskonzept ausgehendes Team voraus, das zudem in einem gemeinsamen Supervisionsprozess die Möglichkeit hat, die divergierenden Anteile der Klienten zusammen zu bringen.

Dies sind jedoch Bedingungen, die wir bei ambulanten Betreuungen praktisch nie antreffen. Und selbst in Institutionen gestaltet sich die integrative Zusammenarbeit von Mitgliedern der verschiedenen Berufsgruppen oft nicht in der Art, wie gerade die hier erwähnten Klientinnen und Klienten sie benötigen.

Gelingt es aber nicht, die verschiedenen Störungsanteile im Teamprozess zu integrieren, so besteht die Gefahr, dass Spaltungen unbearbeitet bleiben oder gar noch zementiert werden, indem die verschiedenen, am therapeutischen Prozess beteiligten Professionellen nebeneinander her oder gegeneinander arbeiten.

Aus den genannten Gründen ist es bei Begleitungen von Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen und erheblichen sozialen Schwierigkeiten im Sinne des bifokalen Behandlungskonzepts angezeigt, die soziale und psychische Problematik gleichermaßen im Auge zu behalten und an beiden Störungsanteilen zu arbeiten.

3 Anwendung des bifokalen Behandlungskonzepts in spezifischen Situationen

Indikatoren für eine verstärkte Beachtung beider Störungsanteile

Wie ausgeführt, ist es bei der Arbeit mit Klientinnen und Klienten der hier beschriebenen Art vor allem wichtig, stets beide Dimensionen, die soziale wie die psychodynamische, im Auge zu behalten. Je nach aktuellem Stand der Behandlung, nach der vorherrschenden Übertra-

gungsdynamik und nach den im Moment im Vordergrund stehenden Zielen werden wir einmal den sozialen Bereich verstärkt ansprechen und an den dort bestehenden Problemen arbeiten, ein anderes Mal hingegen den psychischen Problemen unsere besondere Aufmerksamkeit schenken. Dies darf aber nicht heißen, den jeweils anderen Bereich zu vergessen. Er muss vielmehr immer mitgedacht werden, auch wenn er im Augenblick nicht direkt angesprochen wird.

Die psychische Dimension besitzt vor allem dann Priorität, wenn spürbar wird, dass die Klientinnen und Klienten von den sozialen Angeboten keinen Gebrauch machen können, resp. wenn sich zeigt, dass sie die mit ihnen erarbeiteten Strategien nicht umsetzen. In solchen Situationen gilt es, mit ihnen herauszuarbeiten, welche psychodynamischen Gründe es ihnen unmöglich machen, die ihnen gebotene Hilfe anzunehmen und die weiteren, für die soziale Integration nötigen Schritte zu tun. Es wäre unzureichend, hier nur an die mangelnde Übung zu denken, sondern es erscheint mir wichtig, auch die Wirkung unbewusster Kräfte (Abwehr, Widerstand, Übertragungsdiskussionen etc.) zu berücksichtigen. Spätestens in Situationen, in denen wir als Professionelle den Eindruck gewinnen, es „harze“ in der Umsetzung des bisher Erarbeiteten, sollten wir unser Augenmerk verstärkt auf die psychodynamischen Faktoren richten und diese aufzuspüren versuchen und klären. Erst dadurch wird für die Klientinnen und Klienten der Weg wieder frei, sich den Aufgaben zuzuwenden, die im sozialen Bereich zu erfüllen sind.

Gründe für den Vorrang der Arbeit an den sozialen Problemen

Ein erster Grund dafür, dass, unabhängig davon, welcher Berufsgruppe wir angehören, in der Behandlung und Begleitung von Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen und gravierenden sozialen Problemen vor allem die Arbeit an der sozialen Dimension – zumindest zu Beginn, aber auch immer wieder im Verlauf der Begleitung – im Vordergrund steht, liegt darin, dass die Probleme in diesem Bereich besonders drängend sind und die psychischen Schwierigkeiten durch die oft desolaten soziale Situation noch verschärft werden. Die soziale Dimension ist bei ihnen aufs engste mit ihrer psychischen Dynamik verwoben und beide Störungsanteile üben wechselseitig großen Einfluss aufeinander aus. Wir würden zudem die Brisanz der sozialen Dimension unterschätzen, wenn wir uns in erster Linie den psychischen Problemen zuwendeten und die sozialen Aspekte außer Acht ließen.

Außerdem ist zu bedenken, dass die psychische Stabilität dieser Klientinnen und Klienten durch die brisanten sozialen

Probleme weiter unterhöhlt wird und durch die enge Legierung der beiden Störungsbereiche die psychische Erkrankung eskaliert, wenn den sozialen Schwierigkeiten nicht vorrangig Beachtung geschenkt wird. In der Genese der Persönlichkeitsstörung haben vielfach desolaten soziale Verhältnisse in der Herkunftsfamilie eine zentrale Rolle gespielt, die Störung wird durch die sozialen Probleme verschärft, und die Prognose wird wesentlich dadurch bestimmt, ob es gelingt, neben der psychischen auch eine soziale Stabilisierung zu erzielen. Dabei ist zu bedenken, dass Veränderungen in den sozialen Kompetenzen nicht nur positive Auswirkungen auf das Befinden haben, sondern selbst Ausdruck von Änderungen im psychischen Bereich sind.

Schließlich ist bei diesen Klientinnen und Klienten zu berücksichtigen, dass sie einer traditionellen Psychotherapie oft nicht zugänglich sind, was aber keineswegs heißt, dass derartige Interventionen bei ihnen nicht möglich wären und sie davon nicht profitieren würden. Aufgrund ihrer bisherigen Lebenserfahrungen bestehen bei ihnen jedoch etliche Hinderungsgründe, sich auf therapeutische Angebote traditioneller Art ohne Weiteres einzulassen (s. Rauchfleisch, 1996, 1999): neben einer großen Ambivalenz gegenüber intensiven Beziehungen bestehen oft ausgeprägte Ängste, dass in der psychotherapeutischen Beziehung aggressive, aus frühen Versagungen und psychischen Verletzungen herrührende Impulse aufbrechen könnten. Diese Menschen stehen unter der Angst, dass in der Beziehung zu Professionellen die Wunden früherer traumatisch erlebter Beziehungserfahrungen wieder aufgerissen werden, und aufgrund ihrer Selbstwertprobleme empfinden viele dieser Klientinnen und Klienten das Behandlungs- und Betreuungsangebot als empfindliche narzisstische Kränkung. Dies sind nur einige der Gründe, die dazu führen, dass die hier dargestellten Klientinnen und Klienten häufig keine Motivation im traditionellen Sinne für unsere psychotherapeutischen Angebote aufbringen können.

Es kommt in diesem Fall darauf an, dass wir ihnen Bedingungen bieten, unter denen sie sich auf eine Beziehung zu uns einlassen können. Ein guter – weil am wenigsten Angst auslösender – „Einstieg“ in die Beziehung zu uns Professionellen ist im Sinne des bifokalen Behandlungskonzepts der über die Fokussierung auf die sozialen Probleme unter Berücksichtigung der Psychodynamik. Dieses Vorgehen beunruhigt die Klientinnen und Klienten am wenigsten und bietet ihnen Hilfe vor allem dort, wo ihre derzeitigen Hauptprobleme liegen, die sie bewusst auch als solche wahrnehmen. Erst im Verlaufe der Zeit lassen sich dann auch die psychischen Probleme ansprechen.

Beachtung der Beziehungsdynamik in Gestalt von Übertragung und Gegenübertragung im Rahmen des bifokalen Behandlungskonzepts

Im Rahmen der psychoanalytischen Theorie beachten wir in besonderer Weise die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse – Phänomene, die sich in der Interaktion zwischen Klienten und Behandelnden entfalten (Rauchfleisch, 2001).

Das Übertragungskonzept besagt, dass die Interaktion der Klientinnen und Klienten mit uns zu einem mehr oder weniger großen Teil durch ihre Beziehungserfahrungen der Vergangenheit geprägt sind. Sie tragen in unsere Beziehung etwas hinein, das nicht der Gegenwart und der äußeren Realität entspricht, sondern aus unbewussten Quellen gespeist wird und letztlich Wahrnehmungsverzerrungen darstellen. Es gilt, diese Übertragungsdynamik zu beachten und zu bearbeiten, weil sie sich häufig ausgesprochen störend auf die Interaktionen auswirkt, die die Klientinnen und Klienten zu uns wie auch zu anderen Menschen unterhalten. Am Ursprung vieler sozialer Konflikte stehen aus der Übertragung herrührende Probleme. Und immer wieder zeigt sich, dass diese Klienten die Hilfe, die ihnen beispielsweise im Rahmen sozialpädagogischer Interventionen geboten wird, aufgrund von Übertragungsdispositionen nicht annehmen bzw. nicht umsetzen können. Dies geschieht beispielsweise, indem die Professionellen per Übertragung als versagende Elternfiguren empfunden werden oder indem an sie die Forderung gerichtet wird, sie müssten – im Gegensatz zu den realen Eltern – die unablässig gebenden, alle bisherigen Mangelserfahrungen wettmachenden „guten“ Eltern sein. Solche Übertragungsdispositionen führen zu erheblichen Problemen in der Sozialberatung und Betreuung, da die Klientinnen und Klienten die ihnen gebotene Hilfe nicht realitätsgerecht verstehen und annehmen können, sondern das Handeln der Professionellen gleichsam durch die „Brille“ ihrer Übertragung nur verzerrt wahrnehmen und interpretieren. Unter der Gegenübertragung verstehen wir heute das Gesamt der Reaktionen der Behandelnden auf die Klientinnen und Klienten, d.h. die emotionalen und im Handlungsbereich sich zeigenden Reaktionen ebenso wie die bei den Professionellen auftauchenden Phantasien. Die Gegenübertragung erweist sich in diagnostischer wie in therapeutischer Hinsicht als äußerst wichtig, da sie uns Hinweise auf die vorherrschende Psychodynamik der Klientinnen und Klienten liefert und uns hellhörig für Probleme macht, die aus der Übertragung herrühren.

So nehmen wir in der Gegenübertragung beispielsweise Ärger und aggressiv

Impulse bei uns wahr, wenn unsere professionellen Angebote bei den Klienten immer wieder wie im Nichts „verpuffen“, unsere Aktivitäten entwertet werden oder wir von den Klienten per Übertragung als uneinfühlsame, sie letztlich schädigende Elternfiguren wahrgenommen werden. In diesen Fällen weist uns unsere Gegenübertragung auf den aggressiven Affekt der Klienten hin, den diese aber nicht offen äußern, sondern den wir zum einen stellvertretend für sie wahrnehmen und den wir zum anderen in unserer Reaktion auf ihr Verhalten in uns spüren. Eine solche Beziehungsdynamik lässt uns erkennen, dass es in diesem Falle nicht ausreicht, an der sozialen Dimension zu arbeiten, sondern dass es parallel dazu der Bearbeitung der unbewussten Impulse bedarf, die sich in Übertragung und Gegenübertragung zeigen.

Anklammerndes Verhalten und unangemessene Erwartungen an die Professionellen

Ich habe bei der Diskussion der Übertragung bereits darauf hingewiesen, dass unsere professionellen Angebote von den Klientinnen und Klienten einerseits mitunter vehement abgelehnt werden und wir bei ihnen häufig nicht von einer Behandlungs- und Betreuungsmotivation im traditionellen Sinne ausgehen dürfen. Andererseits finden wir bei ihnen aber auch eine Übertragungsdynamik, bei der wir in die Rolle von unendlich gebenden, alle früheren Versagungen wettmachenden Elternfiguren gedrängt werden.

Diese Dynamik wird bei einigen dieser Klienten von Anfang an sichtbar, bei anderen entwickelt sie sich im Verlauf der Begleitung. Es ist eine Beziehungsform, die sich durch ein ausgesprochen anklammerndes Verhalten und völlig unangemessene Erwartungen an die Professionellen auszeichnet.

Die Klientinnen und Klienten überschwemmen uns geradezu mit Wünschen der verschiedensten Art: Wir sollen die finanziellen, die Wohn- und Arbeitsprobleme für sie lösen, sollen ihnen Schutz vor staatlichen und privaten „Feinden“ bieten (d.h. vor Menschen, die die Klienten als ihnen „böse“ gesinnt erleben oder die in irgendeiner Weise ihnen gegenüber kritisch sind und ihnen Einschränkungen abverlangen), und wir sollen ihnen letztlich alle Lebensschwierigkeiten aus dem Weg räumen (und uns damit unter Einfluss der Übertragung im Erleben der Klienten als „gute Eltern“ erweisen).

Es ist klar, dass wir diese überhöhten Ansprüche nie erfüllen können. Hinzu kommt, dass es für die Klientinnen und Klienten auf einer tieferen Ebene letztlich auch nicht (nur) um die konkrete Hilfe geht, sondern dass sich in diesen Ansprüchen ein aus der Frühzeit ihrer Ent-

wicklung herrührender oral-aggressiver Kernkonflikt (Rauchfleisch, 1999) artikuliert, der sich in ihrem Erleben in einem sie permanent beherrschenden Gefühl des Zukurzgekommen-Seins manifestiert. Dieser Konflikt wird noch dadurch verschärft, dass die aktuellen Einschränkungen und Versagungen, denen diese Klientinnen und Klienten heute in ihrem sozialen Leben ausgesetzt sind, vor dem Hintergrund der in der Kindheit erlittenen Mangelserfahrungen emotionaler Art eine ungleich größere Belastung für sie darstellen als für andere Menschen, die sich in einer ähnlichen sozialen Situation befinden.

In Anbetracht dieser psychodynamischen Konstellation ist die sich allein auf die psychische oder allein auf die soziale Dimension ausrichtende Arbeit bei diesen Klientinnen und Klienten gleichermaßen unzureichend. Die soziale Dimension ist zwar von zentraler Bedeutung. Wird aber die psychische Dynamik nicht beachtet und in die Behandlung einbezogen, so bleibt das fast verzweifelte Insistieren auf sofortige Befriedigung der – von außen her gesehen: inadäquaten – Wünsche völlig unverständlich und führt auf Seiten der Professionellen unter Umständen zu einem ähnlich unerbittlichen Insistieren auf der Forderung nach Einschränkung und Maßhalten. Dadurch kann es in der Beziehung zwischen Professionellen und Klienten zu einer Patt-situation kommen, die in diesen Fällen über kurz oder lang von der einen oder anderen Seite her zum Abbruch der Beziehung führt.

Im Sinne des bifokalen Behandlungskonzepts bedarf es in diesen Situationen der Arbeit an beiden Problembereichen, an der sozialen Realität mit ihren (gerade bei diesen Klientinnen und Klienten tatsächlich oft ganz erheblichen) Einschränkungen und Versagungen und zugleich an der psychischen Dynamik, die aufgrund der negativen frühkindlichen Beziehungserfahrungen durch eine oral-aggressive Haltung charakterisiert ist und bei diesen Menschen dazu geführt hat, dass sie sich in geradezu gieriger Weise „einzuverleiben“ und anzueignen versuchen, was auch immer sich ihnen bietet, Drogen, Alkohol, Geld, menschliche Zuwendung.

Es besteht bei ihnen ein fundamentaler „Hunger“ existenziellen Ausmaßes, der sich selbstverständlich nicht durch materielle Dinge und professionelle Hilfe stillen lässt, was den seelischen Schmerz solcher Menschen umso größer macht und sie dazu treibt, immer unerbittlicher auf die sofortige Befriedigung ihrer Wünsche zu bestehen. Da sie zugleich aber spüren, dass sie letztlich doch leer zurück bleiben, entsteht ein verhängnisvoller Teufelskreis aus Ansprüchen, die von der Umwelt nicht erfüllt werden können und wegen ihrer Unangemessenheit im Allgemeinen auch von den Professionellen de-

zidiert zurückgewiesen werden, und Enttäuschungen über die Nichterfüllung der Wünsche, worauf wiederum ein verstärktes Drängen auf deren Erfüllung folgt.

Für den professionellen Umgang mit solchen Klientinnen und Klienten ergibt sich daraus die Konsequenz, dass wir Professionellen einerseits Vertreterinnen und Vertreter der sozialen Realität sein müssen und durch Arbeit an den Ich-Funktionen ihre Realitätswahrnehmung und Konfliktlösungsstrategien verbessern. Andererseits müssen wir mit ihnen aber auch die seelische Dynamik klären und ihnen dabei behilflich sein, sich mit der Trauer darüber auseinander zu setzen, dass die in der Kindheit erlittenen Verluste und Versagungen im Erwachsenenalter nicht ungeschehen und wieder „gut“ gemacht werden können.

4 Schlussfolgerungen

Aus den Ausführungen ergeben sich einige für die Ausbildung in Sozialarbeit und Psychotherapie bedeutsame Konsequenzen.

Es erscheint mir unumgänglich, dass in den Ausbildungsgängen beider Disziplinen die wichtigsten Grundlagen des je anderen Faches mit berücksichtigt werden. Konkret heißt das: In der Ausbildung der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter müssen die wichtigsten Aspekte der psychodynamischen Theorie und ein gewisser Anteil an Selbsterfahrung erhalten sein, so dass die Kompetenz erlangt wird, psychodynamische Prozesse zu erfassen und darauf angemessen – d.h. unter Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung – zu reagieren. In die Ausbildungsgänge der Psychotherapeutinnen und -therapeuten müssen umgekehrt wichtige Aspekte der sozialarbeiterischen Tätigkeit integriert werden, so dass in der Behandlung der hier geschilderten Klientinnen und Klienten die soziale Dimension immer mitgedacht, zum Teil aber auch direkt in die Psychotherapie einbezogen wird. Dies bedeutet nicht, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter „Schmalspurtherapeuten“ und Psychotherapeutinnen und

-therapeuten „Hobbysozialarbeiter“ würden. Es heißt aber, sich je einige für den professionellen Umgang mit Klientinnen und Klienten der hier geschilderten Art nötige Kompetenzen anzueignen, um dann von beiden Disziplinen her mit dem bifokalen Behandlungskonzept arbeiten zu können. Eine solche Ausweitung in der Ausbildung hätte durch den Effekt, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychotherapie und Sozialarbeit besser gelänge und mehr gegenseitiges Verständnis entstünde.

Literatur

Rauchfleisch, U. (1996): *Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rauchfleisch, U. (1999): *Außensteiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rauchfleisch, U. (2001): *Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (UTB - Universitätsaschenbücher. 2272.)

Selbsthilfe, Therapieformen und Umgangsmöglichkeiten für Angehörige bei der Borderline-Störung

Ulrike Schäfer
Ulrich Sachsse

Aufklärung, Information, Vermittlung, emotionale Unterstützung und Entlastung zur Verarbeitung einer Erkrankung sind unabdingbare Voraussetzungen, um eine längerfristige Compliance zu erzielen und damit Therapieerfolge zu ermöglichen. Gerade bei chronischen oder langjährigen Erkrankungen bzw. Störungsbildern hat die Psychoedukation einen hohen Stellenwert bekommen. Eine Möglichkeit zur Informationsvermittlung und Aufklärung sind Patienten- und Angehörigenratgeber. Sie können eine Hilfe sein, Verständnis für die Erkrankung zu bekommen, zur Akzeptanz und Verarbeitung der Erkrankung beizutragen sowie zu einem Erlernen von verantwortungsvollem Umgang mit der Erkrankung zu führen. Neben sachlicher Aufklärung und Informationen sind Aspekte der emotionalen Unterstützung und Entlastung von Bedeutung. Sie dienen zur Förderung der Handlungskompetenz und der Eigenverantwortlichkeit. Sie können motivationsfördernd für die Durchführung einer spezifischen Therapie sein. Selbstverständlich sind sie kein Ersatz für eine Therapie. Aber wie bei körperlichen Erkrankungen gilt auch bei psychischen Störungen, dass ein informierter Patient und ein aufgeklärter Angehöriger Therapieangebote

besser nutzen und Heilungskräfte besser mobilisieren und ausschöpfen können. Insbesondere ist der Einbezug von Angehörigen, die bei Borderline-Störungen vor immense Herausforderungen gestellt sind, notwendig, damit sie die Reaktionsweisen und Symptome der Borderline-Betroffenen verstehen und Möglichkeiten erkennen, wie sie mit dem Borderline-Patienten umgehen können, ohne dass sie Gefahr laufen, als „Co-Therapeut“ zu agieren oder gar selber psychisch zu dekomensieren.

Das Lesen von Ratgebern ist abhängig von persönlichen Voraussetzungen des Patienten und seiner Angehörigen, wie beispielsweise der Motivation, der Intelligenz, der Lesegewohnheiten bzw. -bereitschaften sowie der Lesefertigkeiten und -fähigkeiten.

Die Information und Aufklärung betrifft zum einen das Verständnis der unterschiedlichen Symptome, wie beispielsweise Stimmungsschwankungen, Wut, Aggressionen, Ängste, Gefühl der Leere, Schwarz-Weiß-Denken, Selbstverletzungen, Suizidideen, Suizidversuche, Alkoholexzesse, Drogenmissbrauch, Essstörungen, Erschöpfungszeichen und Depressionen. Auf mögliche Fehldiagnosen, wie Depressionen, Angststörungen, Panikstörungen, Bulimia Nervosa, Medi-

kamentenabhängigkeit, Somatisierungsstörungen und bipolare Störungen ist hinzuweisen.

Die auffälligsten Verhaltensmuster bei Borderline-Patienten resultieren aus einer Störung der Gefühlsregulation (Affektregulation), einem erhöhten Erregungsniveau mit verzögerter Rückbildung der Gefühle auf das emotionale Ausgangsniveau. Im zwischenmenschlichen Bereich ist die Ausbalancierung von Nähe und Distanz für Patienten und Angehörige zugleich oft ein „Eiertanz“. Bei den Borderline-Patienten kommt es einerseits zur ausgeprägten Angst vor dem Alleinsein mit entsprechenden Verlassensängsten, andererseits führt Nähe und Geborgenheit häufig ebenfalls zur Angst, Schuld oder Scham. Spannungszustände, Körperwahrnehmungsstörungen mit Schmerzempfindlichkeit und dissoziativen Phänomenen, selbstschädigendes Verhalten, psychoseähnliche Symptome, impulsives Verhalten mit aggressiven Durchbrüchen, Schlafstörungen mit Alpträumen und Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch sowie Essstörungen ergänzen die Vielfalt der verschiedenen Symptome. Im Zentrum der Borderline-Störung steht die Angst bzw. eine unzureichende Angstbewältigungsmöglichkeit.

Angst vor dem Alleinsein, Angst verlassen zu werden, Angst vor Selbstverlust, Angst vor Nähe und Angst vor Kontrollverlust sind wesentliche Themen. Dissoziative Symptome wie Depersonalisation und Derealisation finden sich meist bei Borderline-Patienten, die ein schweres Kindheitstrauma hatten. Oft kommt es bei diesen Patienten zu selbstverletzendem Verhalten; meist wird das selbstverletzende Verhalten eingesetzt, um Zustände der Dissoziation zu beenden. Neben den eigentlichen Selbstverletzungen, wie Schneiden, Ritzen oder Verbrennungen, sind selbstschädigendes Verhalten wie Kaufrausch, Diebstähle, riskante Sexualität, extremes Risikoverhalten (z.B. U-Bahnsurfen) und exzessiver Alkoholkonsum oder Rauchen zu nennen.

Die bei Borderline-Patienten häufigsten Abwehrmechanismen wie Spaltung und projektive Identifizierung dienen in erster Linie der Angstabwehr. Weitere Mechanismen sind die der Idealisierung und Verleugnung. Aufklärung und Vermittlung eines für den Patienten und Angehörigen verständlichen Modells über diese intrapsychischen Prozesse sowie über mögliche Ursachen und Entstehungsbedingungen tragen zum besseren Verständnis bei. Insbesondere die Vermittlung eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges kann zur Entlastung führen. Neben biologischer Veranlagung (Genetik, Neurobiologie, Neurochemie) sind Umweltbedingungen (Traumaerfahrungen, Stressfaktoren) zu nennen. Konstitutionelle Faktoren wie eine erhöhte Empfindsamkeit gegenüber Reizen, verminderte Regulation der Emotion und herabgesetzte Steuerungsfähigkeit der Impulse haben einen zentralen Stellenwert. Neurobiologische, neurochemische und genetische Untersuchungen weisen auf Störungen des Neurotransmitterstoffwechsels hin.

Für den Borderline-Patienten ist das Erlernen von Umgangsmöglichkeiten mit seinen unterschiedlichen und vielfältigen Symptomen wichtig. Zunächst sollte er angehalten werden, eine Problemanalyse (Verhaltensanalyse) durchzuführen, um eigene Anteile zu erkennen und sich sein eigenes Verhalten bewusst zu machen. In problematischen Verhaltenssituationen sollte eine Bedingungsanalyse durchgeführt werden, eine Sensibilisierung gegenüber auslösenden Faktoren. Das Erkennen von positiven bzw. negativen Folgen sowie die Entwicklung alternativer Verhaltensweisen und Handlungen sind anhand von Beispielen vorzunehmen, wobei in einem Ratgeber natürlich keine individuellen Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden können. Das Erarbeiten von Zielen, wie beispielsweise „ich will das Alleinsein aushalten lernen“, „ich will die Impulse beherrschen können“ oder „ich will Ambivalenz ertragen und nutzen können“ treffen die Kernproblematik der Borderline-Patienten. Das Erlernen des

Umgangs mit Suizidalität und Vermeidung von selbstverletzendem Verhalten setzen ebenfalls eine genaue Situationsanalyse und ein Aufzeigen alternativer Handlungsweisen voraus. Das Erlernen des Umgangs mit den Gefühlen wird durch Übungen zur inneren Achtsamkeit sowie Ressourcenorientierung für positive Gefühle zu ermöglichen versucht. Hier ist das Bewusstmachen und Erkennen automatisch ablaufender Gedanken und Gefühle ebenfalls von Bedeutung.

Auch bei Problemen der Impulssteuerung sollte der Patient angehalten werden, eine Situationsanalyse durchzuführen, um für sich die erhöhte Bereitschaft zur Impulsivität auf bestimmte Umgebungsreize zu eruieren. Häufig führen Stress- oder Überforderungssituationen zu verschiedenen Borderline-Symptomen, so dass es von großem Nutzen ist, dass Borderline-Patienten lernen, ihre individuellen Stressoren auf der einen Seite zu erkennen und auf der anderen Seite Entspannungsmöglichkeiten zu lernen, um ihr Stressniveau zu reduzieren. Das Erlernen von Entspannungsverfahren wie Autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jacobson, Yoga oder Meditation können hilfreich sein. Im Rahmen einer Psychotherapie können Imaginationsübungen wie „Orte der Sicherheit“ oder „Orte der Ruhe“ vermittelt werden.

Störungen in sozialen Beziehungen sind häufig Folge des mangelnden Selbstvertrauens, des Schwarz-Weiß-Denkens und unzureichender Grenzsetzungen. Die Vermittlung, dass bei Konfliktlösungen nicht die Frage, wer Recht hat oder wer siegt, zu klären ist, sondern wie künftig Konflikte vermieden oder angemessen gelöst werden können, sind vorrangig. Eigene Anteile zu erkennen, Selbstverantwortung zu übernehmen und Auslöser des Konfliktes im eigenen Verhalten zu suchen, seien beispielhaft erwähnt.

Besteht beim Borderline-Patienten eine Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit, so muss eine zusätzliche Entzugsbehandlung erfolgen.

Bei traumatisierten Patienten ist darauf hinzuweisen, dass eine traumaspezifische Psychotherapie erforderlich ist. Über die absolute Notwendigkeit, keinen Kontakt mehr zum Täter zu haben sowie für äußere sichere Verhältnisse zu sorgen, ist der Patient und seine Angehörigen zu informieren.

Trotz vielfältiger Probleme und Schwierigkeiten verfügen auch Borderline-Patienten über Ressourcen und Fähigkeiten und innere Stärken, die gezielt eingesetzt werden können und den Patienten hilfreich zur Seite stehen. In Krisensituationen sollte der Patient einen „Notfallkoffer“ zusammengestellt haben, in dem individuell ausgesuchte Dinge zur Beruhigung oder Erinnerungen an positive und angenehme Situationen liegen.

Akzeptanz der Störung

- Übernahme der Verantwortung
- Motivation zur Veränderung
- Festlegen der Ziele
- Problemanalyse
 - Definition des Problems
 - Bedingungs- und Situationsanalyse
 - Problemhierarchie
- Strategien bei selbstverletzendem Verhalten
- Strategien bei Suizidalität
- Umgang mit Gefühlen
 - Wahrnehmung von Gefühlen
- Impulskontrolle
 - Bedingungsanalyse
 - Stresssituationen erkennen
 - Entspannungsübungen
- Verbesserung der sozialen Beziehungen
- bei Essstörungen: Aufbau eines normalen Essverhaltens
- bei Alkoholabhängigkeit: Entzugsbehandlung
- bei durchlebtem Trauma: Psychotherapie
- Ressourcen erkennen und ausbauen
- "Notfallkoffer packen" und stets bei sich haben

Abb.: Umgang des Borderline-Patienten mit seiner Störung (aus: Schäfer, Rütger & Sachsse, 2006)

Verschiedene Psychotherapieformen stehen zur Behandlung der Borderline-Störung zur Verfügung. Zum einen ist die psychodynamische Psychotherapie und zum anderen die Verhaltenstherapie zu nennen. Aus der Verhaltenstherapie wurde die für Borderline-Störungen spezifische Psychotherapie der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) nach Marsha Linehan entwickelt. Neben verhaltenstherapeutischen Erkenntnissen fließen in die DBT Zen-Buddhismus und dialektische Gesprächsführung ein. Annahme ist, dass die Borderline-Symptome eine verständliche Reaktion im Sinne nicht optimaler Lösungsstrategien sind. Ziel der Behandlung ist für Borderline-Betroffene, Gefühlsschwankungen erkennen und akzeptieren zu lernen sowie die Wut zu bearbeiten, die häufig zu selbstverletzendem Verhalten führt. Erkennen der wutauslösenden Situationen, Sensibilisierung für die Wahrnehmung von Frühwarnzeichen und Erlernen alternativer Verhaltensweisen sind Inhalte der Therapie. Dazu gehören weiter Erlernen von bestimmten Fertigkeiten (skills), das Training der sozialen Kompetenz, Emotions- und Stressbewältigungstraining und Vermittlung von Entspannungstraining, wie beispielsweise die Übung der inneren Achtsamkeit. Schwerpunkt der DBT-Therapie ist der Abbau der selbstgefährdenden Verhaltensweisen und der Suizidalität.

Die tiefenpsychologische oder psychodynamische Psychotherapie wird bei Borderline-Störungen modifiziert und die favorisierte Therapiemethode ist die übertragungsfokussierte Psychotherapie. Im Mittelpunkt dieser Therapieform steht die Arbeit an der Übertragung. Durch die Art, wie der Patient die Beziehung zum Therapeuten gestaltet, sind Rückschlüsse

auf seine Lebensgeschichte möglich. Der Patient aktualisiert die problematischen Beziehungsmuster in der Therapie. Schwerpunkt dieser Psychotherapieform ist, dass der Borderline-Patient seine spezifischen Abwehrmechanismen und seinen Umgang mit anderen versteht und verändert.

Beide Therapieformen haben zum Ziel, das selbstschädigende Verhalten zu reduzieren und die zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern. Eine längere Behandlungsdauer ist von Nöten. Unterscheidende Merkmale der beiden Therapieformen sind, dass die DBT als Ursache der Borderline-Störung einen Mangel annimmt, Gefühle angemessen zu regulieren und eine entsprechende Emotionsregulation und Impulskontrolle zu haben, während die tiefenpsychologischen Ansätze die Borderline-Störung eher als Ergebnis einer gestörten kindlichen Entwicklung sehen, insbesondere bei der Art und Weise, wie der Patient und seine früheren Bezugspersonen interagiert haben.

Viele Borderline-Patienten sind traumatisiert. Bei ihnen werden verschiedene spezifische traumazentrierte psychotherapeutische Ansätze in die bereits genannten Psychotherapieformen integriert. Ziel der traumazentrierten Psychotherapie ist es, Vergangenheit als vergangen erleben zu lassen: was geschehen ist, war, es ist dort und damals und nicht hier und jetzt. In der ersten Phase der Traumatherapie geht es um die Stabilisierung. Äußere Sicherheitsaspekte, innere Stabilisierung, Übungen zur Achtsamkeit und Imaginationsübungen stehen im Mittelpunkt. In der Traumaexposition geht es darum, eine Einheit aus Wort, Bild, Gefühl und Körpersensation herzustellen, das Trauma in Worte zu fassen und dem sprachlichen Bewusstsein zugänglich zu machen. Verschiedene therapeutische Techniken kommen zum Einsatz, wie Beobachtertechnik, Bildschirmtechnik und EMDR (Eye Movement-Desensitization and Reprocessing). EMDR gilt derzeit als die am besten untersuchte Methode bei traumatischen Störungen. Im Anschluss an die Traumaexpositionphase wird im Rahmen der Integrationsphase das Trauma in die bisherigen Lebenserfahrungen integriert. Ziel ist es, das Trauma als unabänderliche Tatsache zu akzeptieren, um den damit verbundenen Verlust zu trauern und danach wieder etwas Neues entstehen zu lassen.

Medikamentöse Behandlungen können ergänzend eingesetzt werden. Psychopharmaka können hilfreich sein, Emotionen besser regulierbar zu machen, die Störung der Impulskontrolle zu mildern und Ängste und Depressionen zu reduzieren bzw. die Stimmung zu stabilisieren. Ein spezifisches Anti-Borderline-Medikament gibt es jedoch nicht. Psychopharmaka können allenfalls ergänzend in die bereits vorgestellten Psychotherapie-

formen integriert werden.

Antidepressiva, insbesondere selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer kommen bei Depressionen, Angststörungen, Zwangssymptomen, Suizidalität und bei selbstverletzendem Verhalten zum Einsatz. Antipsychotika der zweiten Generation wie beispielsweise Risperidon oder Olanzapin oder Quetiapin können bei psychotischen Symptomen und bei selbstverletzendem Verhalten zum Einsatz kommen. Der Opiat-Antagonist Naltrexon kann bei selbstverletzendem Verhalten und bei aggressiven Verhaltensweisen angewendet werden. Stimmungsstabilisierende Medikamente, wie beispielsweise Lithium, Carbamazepin oder Valproat können bei ausgeprägten Stimmungsschwankungen und bei aggressiven Verhaltensweisen verwendet werden. Benzodiazepine sind nur in absoluten Krisensituationen wegen des hohen Abhängigkeitspotentials einzusetzen. Liegt zusätzlich eine Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (ADHS) vor, so kann Methylphenidat zum Einsatz kommen. Die medikamentöse Behandlung ist immer individuell und stets in Kombination mit Psychotherapie einzusetzen.

Aufgrund der Schwierigkeiten in der Gestaltung ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen, der grundlegenden Zweifel an ihrer eigenen Lebenswürdigkeit und Beziehungsfähigkeit, aufgrund ihrer permanenten Angst, enttäuscht, verlassen oder verletzt zu werden, sind Borderline-Patienten in der Gestaltung ihrer Partnerschaften erheblichen Problemen ausgesetzt, und nicht nur sie, sondern ihre unmittelbaren Angehörigen ebenfalls. Die Beziehungen sind oft von Misstrauen und Unsicherheit gekennzeichnet, ständige Rückversicherungen, Kontrolle über den anderen, ein ständiger Kreislauf von Kontrolle, Anklammern, Eifersucht und Bestätigung, Zweifeln, Misstrauen und Angst vor Trennung prägen die Verhaltensweisen in der Partnerschaft. Für die Angehörigen bedeutet dieser „Tanz um Nähe und Distanz“ eine permanente Herausforderung und die Gefahr der Ermüdung und Erschöpfung. Häufig entwickeln Angehörige und Partner von Borderline-Patienten das Gefühl, für alle Sorgen und Probleme in der Beziehung allein verantwortlich zu sein. In ihrer Hilflosigkeit versuchen sie, die widersprüchlichen Verhaltensweisen des Borderline-Patienten auf sich zu beziehen, oder aber es kommt zu Diskussionen, wer im Recht sei. Logischen Argumenten ist jedoch der Borderline-Patient meist nicht zugänglich. Es kommt zu einem Windmühlkampf, der nur verloren werden kann.

Als wichtigste Maßnahme gilt, dass der Angehörige oder Partner von einem Borderline-Patienten lernt, ausreichende Grenzen zu setzen. Er muss seine eige-

nen Grenzen erkennen und eigene Bedürfnisse und Ansprüche wahrnehmen, sonst läuft er Gefahr, im Hin und Her der Beziehung zum Borderline-Patienten sein eigenes Selbst zu verlieren. Durch ausreichende Grenzsetzung muss er sich schützen. Selbstaufopferung ist für keinen der Beteiligten in der Beziehung hilfreich. Unter Umständen muss der Partner vom Borderline-Patienten ebenfalls eine Unterstützung im Rahmen einer Psychotherapie erfahren. Das Aufdecken von gegenseitigen Verstrickungen, das Erkennen der spezifischen Abwehrmechanismen des Borderline-Patienten und die individuelle Grenzsetzung und das Erkennen der Belastungsfähigkeit sind Voraussetzungen, sich in der Partnerschaft zu einem Borderline-Patienten nicht aufzureiben. Wichtig ist, dass der Partner erkennt: Er kann dem Borderline-Patienten hilfreich zur Seite stehen, aber er ist nicht der Therapeut seines Partners. Grundsätzliche Kommunikationsregeln, wie einander zuzuhören, den anderen aussprechen zu lassen, respektvoll und höflich miteinander umzugehen, eine eigene Meinung und Gefühle zu haben, Schuldzuweisungen zu vermeiden, sind die Basis. Konfrontationen und Voreingenommenheit sowie Schuldzuweisungen führen nicht weiter. In „guten Zeiten“, also in weniger konfliktträchtigen Situationen, sollte der Partner vom Borderline-Patienten mit dem Borderline-Betroffenen ab sprechen, wie in Krisensituationen umgegangen werden sollte. Grundsätzlich sollte der Irrtum beseitigt werden, dass der, der wirklich liebt, alles versteht. Beziehungen unter Erwachsenen beinhalten bei noch so großer Liebe immer Grenzen des Verstehenkönnens.

Zusammengefasst sind hilfreiche Verhaltensweisen der Angehörigen eine rechtzeitige Grenzsetzung, eine klare eigene Positionierung: die Erkenntnis, dass Verantwortung in der Beziehung geteilt wird, das klare Äußern von Gedanken und Gefühlen, Vermeidung von Eskalationen, Vorwürfen und Schuldzuweisungen und klare Absprachen für Krisensituationen. Dabei ist die Information, dass Veränderung nur in sehr kleinen Schritten möglich ist, zu beachten.

Viele tragfähige Partnerschaften zeigen, dass sich Beziehungen mit einem Borderline-Patienten über Jahre hinweg stabilisieren können. Dies geschieht zum einen durch die Verbesserung der Borderline-Symptomatik bei den Betroffenen, zum anderen durch die Erfahrung des Partners, dass die Borderline-Symptome sich nicht auf ihn persönlich beziehen. Inwieweit die bislang gut untersuchten Therapiestrategien die Prognose und den Verlauf der Erkrankung insgesamt günstig beeinflussen, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. Es besteht jedoch viel Grund zu Optimismus.

Literatur

Fachliteratur:

- Berger, M. (2004). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. (2. Aufl.) München: Urban/Fischer.
- Dulz, B. & Schneider, A. (1995). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O.F., Dulz, B. & Sachsse, U. (2001). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart.
- Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Schäfer, U. & Rüter, E. (2006). *Psychopharmakotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Zu Einzelsymptomen:

- Schäfer, U. & Rüter, E. (2003). *Tagebuch meiner Depression. Aktiv mit der Krankheit umgehen*. Bern: Huber.
- Dies. (2004). *Gut schlafen - fit am Tag: Ein Traum? Ein Ratgeber bei Schlafstörungen*. Berlin: ABW.
- Dies. (2004). *Im Auf und Ab der Gefühle. Manie und Depression - die bipolare affektive Störung. Ein Ratgeber*. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag.
- Dies. (2004). *Schizophrenie. Eine Krankheit - kein Unwort. Ein Ratgeber*. Berlin: ABW.
- Dies. (2005). *ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Dies. (2005). *Ängste - Schutz oder Qual? Angststörungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Berlin: ABW.
- Schäfer, U., Rüter, E. & Sachsse, U. (2006). *Hilfe und Selbsthilfe nach einem Trauma. Ein Ratgeber für seelisch schwer belastete Menschen und ihre Angehörigen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dies. (2006). *Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

ANZEIGE

AUSBILDUNG ZUM KINDER- UND JUGENDLICHEN-PSYCHOTHERAPEUTEN

Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg e.V.

- Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut der VAKJP
- Erwerb der Approbation
- Erwerb zweier Fachkundenachweise (in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) in verklammerter Ausbildung



Zugelassen werden:

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen, Heilpädagogen, Erziehungswissenschaftler und Psychologen.

Die Ausbildung kann berufsbegleitend absolviert werden und dauert ca. 5 Jahre.

Nähere Informationen unter www.akjp-hd.de

Profil der Sozialberufe bei der Zulassung zur staatlich anerkannten Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Günter Zurhorst

1 Die bisherige Situation

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) von 1998, das nur für den nicht-ärztlichen Bereich gilt, hatte zwei neue Heilberufe etabliert: den Psychologischen Psychotherapeuten (PPT) und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Während der Erstgenannte den Diplom-PsychologInnen vorbehalten ist, sind beim Letzteren auch Sozialberufe zur staatlich anerkannten Ausbildung zugelassen, die zu einer Approbation führt. Hierzu zählen vor allem Absolventen mit Studienabschlüssen in Sozialpädagogik, Pädagogik und Heilpädagogik (jeweils Universität oder Fachhochschule).

Darüber hinaus haben die Länderbehörden in unterschiedlicher Weise weitere Sozialberufe zugelassen. Mit dieser Regelung vollzog der Gesetzgeber die ohnehin von Anfang an bestehende Situation nach, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland maßgeblich von PädagogInnen entwickelt und praktiziert wurde und wird.

Obwohl das PsychThG eindeutig von der Gleichwertigkeit der psychologischen und pädagogischen Berufe bei der Zulassung ausgeht, gab es hin und wieder berufspolitisch motivierte Diskussionen über den Kreis der zuzulassenden Berufe, die sich hauptsächlich um die Frage drehte, welcher Beruf wie viele klinisch relevante Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Patienten für die Ausbildung mitbringt.

2 Die neue Situation: Studienreform Bachelor/Master

Bei der Festlegung der zuzulassenden Berufe war das PsychThG davon ausgegangen, dass das Diplom (Uni oder FH) oder ein gleichwertiger Abschluss für die Zulassung notwendig ist. Zwar taucht in der Gesetzesformulierung der Begriff „Diplom“ nicht auf; jedoch haben sich alle Länderbehörden auf den Diplomabschluss verständigt. Aufgrund des Bologna-Prozesses und der damit eingeleiteten Studienreformen wird es an den Hochschulen jedoch zunehmend weniger Diplom-Studiengänge und stattdessen Bachelor- und Master-Studiengänge geben. Dadurch entstand die Diskussion, ob ein Bachelor of Arts (BA) bzw. Bachelor of

Science (BSc) oder aber ein Master of Arts (MA bzw. Master of Science (MSc) für die Zulassung gefordert werden soll.

Obwohl der Bachelor-Abschluss gemeinhin als der erste berufsqualifizierende Abschluss gilt, haben sich inzwischen aus guten Gründen die relevanten psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände, die Psychotherapeutenkammern und die universitären Psychologie-Institute darauf verständigt, dass nur der Master-Abschluss als neues Zulassungskriterium in Frage kommt. Denn nur so wäre eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Pädagogen, Heilpädagogen etc.) möglich und sinnvoll.

Diese Auffassung scheinen sich auch zunehmend die Länderbehörden zu eigen zu machen, so dass es notfalls eine vom Bundesgesetzgeber durchgeführte Novellierung des PsychThG zur Klarstellung dieser Frage geben könnte.

Während bei den psychologischen

Studiengängen aufgrund ihrer stärkeren Einheitlichkeit dazu übergegangen wurde, einen einheitlichen Master-Abschluss (MSc), der ein bestimmtes Maß an klinisch-psychologischen Inhalten aufweist, den Hochschulen für die Zulassung zu empfehlen, gibt es diese Einheitlichkeit bei den sehr unterschiedlichen pädagogischen Studiengängen in dieser Form nicht. Hier ist das Feld der Master-Abschlüsse relativ heterogen. Die Frage, die sich aus dieser Situation ergibt, ist, ob nicht die pädagogischen Master-Abschlüsse ebenfalls ein bestimmtes Profil einhalten sollten, um die Zulassung zur staatlich anerkannten KJP-Ausbildung bei einer eventuellen Novellierung des PsychThG nicht zu gefährden.

3 Die Initiative der AZA-KJP

Die Frage, wie unter den neuen Bedingungen der Studienreform und mit Blick

auf die Standards der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie-Ausbildung die Zulassung der Sozialberufe gesichert werden kann, war Ausgangspunkt einer Initiative von Mitgliedern der Bundespsychotherapeutenkammer, der Fachhochschulen (Hochschullehrern) und des Fachbereichstages Soziale Arbeit, die sich Anfang 2005 konstituierte. Sehr schnell entwickelte sich diese Initiative zu einer „Arbeitsgemeinschaft für die Zulassung zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (AZA-KJP), an der VertreterInnen der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (Federführung), des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit, der Psychotherapeutenkammern, der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände, der Fachhochschulen, der Fachbereichstage Soziale Arbeit und Heilpädagogik sowie der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit und einiger Ausbildungsinstitute für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie teilnahmen.

Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil von Masterstudiengängen (MA) in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik Beschlissen von der AZA-KJP am 7.3.2006

Studienbereiche (insgesamt 18 ECTS, Aufteilung je nach Master)

1. Modelle von Gesundheit, Krankheit, Normalität und Abweichung

- Modelle der normalen und pathologischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
- Epidemiologie/Sozialepidemiologie psychischer/psychosomatischer Störungen
- Multifaktorielle Erklärungsmodelle psychischer Störungen

2. Diagnostik und Interventionsplanung

- Prinzipien der Diagnostik und Interventionsplanung
- Einführung in Klassifikationssysteme
- Diagnostische Verfahren und Methoden (Anamnese, Test, Fragebogen, Interview, partizipative Vorgehensweisen)

3. Psychosoziale, pädagogische und klinische Interventionen

- Grundlagen und Methoden wissenschaftlich begründeter Beratungs- und/oder Psychotherapieverfahren
- Psychosoziale Arbeit mit Einzelnen, Paaren, Familien und Gruppen
 - Familien- und Lebensformen
 - Interpersonelle Faktoren, Beziehungsgestaltung und psychische Störungen
 - Grundlagen und Methoden wissenschaftlich begründeter paar- und familienbezogener Interventions- und Therapieverfahren
 - Modelle und Interventionen der Gruppenarbeit
- Pädagogische und systemorientierte Interventionen
 - Hilfen in therapeutischen Einrichtungen
 - Aufsuchende Arbeit und Interventionen
 - Hilfen in komplexen sozialen Systemen (Kita, Schule, Einrichtungen der Jugendhilfe etc.)
- Prävention und Rehabilitation
 - Verhaltens- und verhältnisbezogene Präventionsansätze
 - Grundlagen und Konzepte der Rehabilitation
- Praxisreflexion (Grundlagen und wissenschaftlich begründete Methoden der Anleitung, Supervision, Fallreflexion)
- Versorgungsstrukturen

4. Forschungs- und Kontrollmethoden

- Methoden empirischer Sozialforschung (quantitative und qualitative Verfahren, Testtheorie)
- Methoden der Dokumentation (Basisdokumentation) und Evaluation (Struktur-, Verlaufs- und Ergebnisbewertung)
- Grundlagen der Interventionsforschung: Prozessforschung und Veränderungsmessung

Nach ausführlichen Diskussionen wurde festgestellt, dass nur der Masterabschluss (MA) die weitere Zulassung der Sozialberufe garantieren kann. Die in der Hochschullandschaft bereits in Gang gekommene außerordentliche Heterogenität der konsekutiven und Weiterbildungs-Master sollte durch einen Kriterienkatalog für solche Masterstudiengänge eingedämmt werden, die an einer Zulassung der AbsolventInnen zur Ausbildung in KJP interessiert sind. Dieser Kriterienkatalog mit dem Titel: „Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil von Masterstudiengängen (MA) in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik“ liegt inzwischen vor und ist diesem Info-Brief in der Anlage beigefügt. Die dort aufgelisteten vier Studienbereiche erscheinen aus fachlicher Hinsicht als ein notwendiges Minimum und sollen insgesamt in einem Mindestumfang von 18 ECTS in solche Masterstudiengänge aufgenommen werden, die die weitere

Zulassung der Sozialberufe anstreben. Die Aufteilung der 18 ECTS auf die einzelnen Bereiche wird vom Profil des jeweiligen Masters abhängen.

Bei genauer Betrachtung wird deutlich, dass es sich hier um keine Einbahnstraße handelt. Die Aufnahme psychologischer Inhalte in den Katalog bedeutet keinesfalls eine Einschränkung des pädagogischen Profils. Vielmehr wäre wünschenswert, dass die Masterstudiengänge für Psychologen, die auf die Ausbildung in KJP ausgerichtet sind, wesentlich mehr pädagogische Inhalte des Kriterienkatalogs berücksichtigen würden, statt allein einer Engführung auf forschungsorientierte Klinische Psychologie das Wort zu reden.

4 Die Bedeutung der „Mindeststandards“

Das von der AZA vorgelegte Papier über „Mindeststandards“ dient in erster Linie

der Information und Diskussion in den unterschiedlichen Berufs- und Fachverbänden, den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, den institutionellen Einrichtungen und den Ausbildungsinstituten. Des Weiteren dient es als Empfehlung für die Hochschulen (Universitäten und Fachhochschulen), sich bei der Entwicklung von geeigneten Master-Studiengängen an dem ausgewiesenen Minimum an Standards zu orientieren, um den AbsolventInnen eine wichtige berufliche Option zu ermöglichen bzw. zu erhalten.

Das hier beschriebene Profil dient vorerst nicht einer Diskussion im öffentlichen Raum über die Stellung der Sozialberufe im PsychThG. Sollte es jedoch zu einer Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit kommen, das PsychThG zu novellieren, um dabei die Frage der Zulassung von Masterstudiengängen und Berufsgruppen zu erörtern, könnte es allerdings von einiger Bedeutung sein.

ANZEIGE

frauen | trauma | sucht
Eine frauenspezifische Annäherung
Internationales Symposium
22.-24. Sept. '06 Bremen

Dr. Stephanie Covington | Kalifornien
Sabine Bode | Köln
Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner | Berlin
Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz | Berlin
RichterIn Joanne M. Smith | Minnesota
Connie Lee Gunderson | Bremen
Leeann Spangler | Minnesota
Angelika Klosa-Dringenberg | Berlin
Vicki Nelson | Minnesota

new beginnings

Für Frauen ist Sucht selten ein eindimensionales Thema. Gemeinsame Faktoren, die viele Frauen zusätzlich zu ihrer Abhängigkeit teilen, sind ein Mangel an gesunden Beziehungen und erlebte Traumata. Die Verbindung von Sucht und zwischenmenschlicher Gewalt ist komplex und vielschichtig. Trauma entsteht nicht nur im Erdulden von Gewalt; es entsteht auch durch das Beobachten von Gewalt sowie durch die Ausgrenzung u. a. aufgrund des Geschlechts, der Herkunft oder der sexuellen Orientierung.

In den letzten zwei Jahrzehnten haben Fachleute aus dem klinischen Bereich und ForscherInnen eine solide Wissensbasis geschaffen, wie Menschen von Trauma und Sucht genesen können.

Es gibt jedoch kaum Angebote, die speziell für Frauen entwickelt sind. Allgemeine Programme lassen oft den Zusammenhang und die Folgerichtigkeit vermissen. Sie sind entweder von völlig verschiedenen, singular konzipierten Perspektiven gestaltet oder aber sie stammen aus einer Vielfalt von Quellen, die in ihren theoretischen Grundlagen nicht

vereinbar sind. Wir brauchen neue ganzheitliche Betrachtungsweisen für die Behandlung von Frauen, basierend auf aktueller Theorie, Forschung und klinischer Erfahrung mit Sucht, der psychischen und sozialen Entwicklung von Frauen, sowie von Traumata. Dieses Wissen ist bedeutend bei der Beantwortung entscheidender Fragen, um Frauen in ihrer Genesung unterstützen zu können.

Das Symposium präsentiert ein internationales Gremium von Expertinnen, die sich alle dafür engagieren, dass Frauen von Trauma und Sucht genesen können. Die vorgestellten Grundsätze sind dazu bestimmt, eine solide Basis für unsere Denkweise und Praxis zu bereiten, die in jedem Szenario, ob stationär, ambulant, in einer Privatpraxis, Therapiegemeinschaft oder der Strafjustiz und jeder Modalität wie Individual-, Gruppen- oder Familientherapie bzw. -beratung, angewendet werden können.

Wir laden Sie herzlich ein.
Infos und Anmeldung: Tel. (04 21) 63 93 677
www.newbeginnings.de/symposium

Die Tagung ist von der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) als Baustein zur Zertifizierung als Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit mit 18 Stunden anerkannt. Die Anerkennung durch die Psychotherapeutenkammer Bremen ist beantragt.