

Günter Zurhorst

## Die soziale Dimension psychischer Gesundheit – eine unverzichtbare Grundlage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJPT)

The social dimension of mental health – an indispensable basis  
for psychotherapy with children and adolescents

Der folgende Beitrag diskutiert die notwendige Einbeziehung der sozialen Dimension in die KJPT, da Kinder und Jugendliche in ihren Leidenszuständen in erheblichem Maße und entwicklungsbedingt von ihren sozialstrukturellen bzw. sozialen Lebenszusammenhängen (Eltern, Geschwister, Schule, Peers, erzieherische Hilfen, stationäre Einrichtungen etc.) abhängig sind. Dies erfordert eine besondere Schulung bzw. Ausbildung der Psychotherapeuten im Spannungsfeld von Psychotherapie und Sozial-/Pädagogik. Der aktuelle Versuch des psychologisch-verhaltensmedizinisch orientierten Mainstreams, im Zuge der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als eigenständigen Heilberuf abzuschaffen, ist fachlich und versorgungspolitisch unverantwortlich.

### Schüsselwörter

biopsychosoziales Paradigma – soziale Dimension – Armut – sozialer Gradient – soziale Ungleichheit – Sozialepidemiologie – Diagnostik – WHO-ICD-10 – Psychotherapie-Richtlinien – WHO-ICF (CY) – Psychoneuroimmunologie – Kompetenzprofil – soziales Netzwerk

*In this article the necessary involvement of the social dimension into child and adolescent psychotherapy is discussed as their mental health is severely conditioned by social structures (parents, siblings, school, peers, child raising assistance, treatment institutions etc.). This requires a special training at the crossroads between psychotherapy and (social) pedagogy. It is irresponsible that the mainstream oriented towards psychology and behavioral medicine is actually attempting to disestablish the profession of child and adolescent psychotherapy.*

### Keywords

*bio-psycho-social paradigm – social dimension – poverty – social gradient – social inequality – epidemiology – diagnostic – WHO-ICD-10 – psychotherapy guidelines – WHO-ICF (CY) – psychoneuroimmunology – competence profile – social network*

## Vorbemerkung

Es ist beim heutigen Erkenntnisstand in der Psychotherapie fast ein Gemeinplatz, dass die psychische Gesundheit bzw. Störung auf der Grundlage eines „biopsychosozial-kulturellen Paradigmas“ verstanden werden muss. Doch ist hier Vorsicht geboten, weil das Verständnis eines von der Biologie bis zur Kultur reichenden „multifaktoriell determinierten Gesundheits- und Krankheitsgeschehens“ keineswegs einheitlich ist. Kernpunkt ist die Frage, wie eine Beziehung zwischen „einem Molekül und einem Gedanken“ hergestellt werden kann, ohne in voreilige Reduktionismen und die damit einhergehenden bekannten Sackgassen zu verfallen. „Synthetische Erklärungen vom Molekül an aufwärts und reduktionistische Analysen vom Gedanken an abwärts treffen einander nicht“ (Lehmkuhl, 2001, S. 666), obwohl die Vermittlung der Ebenen im systemtheoretischen Modell von Engel und Uexküll aufgrund neuerer Befunde und Forschungen der Psychoneuroimmunologie beträchtliche Fortschritte erzielt (Schubert, 2015). Dennoch sind Zweifel angebracht, ob der paradigmatische Anspruch des Systemmodells aufgrund seiner enormen Komplexität theoretisch, empirisch und praktisch überhaupt einlösbar ist.

Entgegen den Beteuerungen in den Lehrbüchern der Psychotherapie und den Verlautbarungen verschiedener Psychotherapieverbände ist zu bemerken, dass zwar das dominante biomedizinische Modell wegen fehlender psychosozialer Dimensionen mehr oder minder kritisiert wird, dass aber die *soziale* Dimension überwiegend ausgeblendet und sogar aktiv ausgeschlossen wird. Die aktuelle Debatte um die gesetzliche Neuausrichtung der Psychotherapie in Deutschland zeigt dies in erschreckender Weise. Der folgende Beitrag diskutiert diese Problematik an dem Versuch des *psychologisch-professionellen* Mainstreams, den eigenständigen Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der traditionell wie aktuell überwiegend von *sozialwissenschaftlich und sozialberuflich* qualifizierten Psychotherapeuten getragen wird, wieder abzuschaffen und damit nicht nur eine Einengung auf psychologisch-verhaltensmedizinische Ansätze zu installieren, sondern auch eine katastrophale Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kauf zu nehmen (Fliegel, 2013; Sulz, 2014).

### 1. Anerkennung und Gesetzesbegründung für die sozialberuflich qualifizierten KJP-ler

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem PsychThG von 1998 bewusst eine deutliche Anerkennung des seit Langem bestehenden Berufes des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgenommen, indem er ihn zu einem akademischen Heilberuf (Approbation) aufwertete. Er konnte sich dabei nicht nur auf die pädagogisch-psychoanalytische Tradition der Kinderanalyse (Anna Freud, Melanie Klein, August Aichhorn etc.) und insbesondere des Psychagogen-Berufes stützen, der in Deutschland nach dem 2. Weltkrieg entsprechend dem Vorbild von *social work* (child guidance clinic) etabliert wurde, sondern er verwies zu Recht darauf, dass bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der erfolgreiche Abschluss des Studiengangs der Pädagogik oder Sozialpädagogik den Zugang zur Ausbildung ermöglichen soll, „weil die Ausbildung in diesen Studiengängen in besonderem Maße zum Umgang mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen

befähigt“ (BT-Drs. 13/1292, S. 33). Diese Feststellung ist keineswegs Ausdruck einer blinden, fachlich unbegründeten Übernahme vorhandener Ansprüche, sondern eine Anerkennung der bisherigen Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dem Gesetzgeber war bekannt, welcher Stellenwert der KJPT in der Psychiatrie-Enquete (1975) zuerkannt worden war: *„Die Angehörigen dieser Berufsgruppe sind auf Grund ihrer speziellen beruflichen Grundausbildung als Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Lehrer u.a. sowie ihrer zusätzlichen berufsbegleitenden Weiterbildung in analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie zur Beratung von deren Eltern und anderen Beziehungspersonen qualifiziert. Da nur sehr wenige psychotherapeutisch weitergebildete Ärzte und Psychologen neben erwachsenen Patienten auch Kinder und Jugendliche behandeln, wird deren fachpsychotherapeutische Versorgung zum weitaus größten Teil von Psychagogen getragen“* (BT-Drs. 7/4200 S. 298).

Auch die einschlägigen Feststellungen des für die Gesetzgebung bedeutsamen Meyer-Gutachtens (1991) zur psychotherapeutischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen unterstützten die Stärkung der sozialberuflichen Fundierung der KJP: *„An dieser Feststellung in der Psychiatrie Enquete (1975, S. 298), hat sich – abgesehen von der höheren Qualifikation der heutigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – auch fünfzehn Jahre später nichts geändert. Nur ca. 1,5 % der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sind Diplom-Psychologen (0,3 % Ärzte; nach Angaben der VaKJP). Nach Angaben der Ständigen Konferenz der Ausbildungsstätten für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ergaben sich in einer repräsentativen Stichprobe für das Jahr 1990 (1463 Erstanträge gutachterpflichtiger Kinderpsychotherapie) 90,34 % der Fälle, die von analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten behandelt wurden (nur 1,51 % von Diplom-Psychologen, 8,36 % von Ärzten)“* (Meyer, 1991, S. 43).

Ein kurzer Blick auf die heutige berufsständische Situation in der KJP zeigt, dass sich die Gewichte nicht wesentlich verschoben haben. Ca. 75 % der aktuellen Ausbildungsteilnehmer/innen in der KJPT stammen aus sozial-/pädagogischen Studiengängen (Ruoff, Ochs, Jeschke & Peplau, 2012). Befragungen seitens der universitären Psychologenschaft (DGPs, unith), dass sich die Situation bei völlig neuen Ausbildungsstrukturen (Direktstudium, Einheitsberuf) stark zugunsten der psychologischen Berufe verändern würde, sind wegen diverser Voreingenommenheiten und erheblicher methodischer Mängel nicht relevant (Helle & Zurhorst, 2014).

Was könnte den Gesetzgeber davon überzeugt haben, dass Sozial-/Pädagogen „in besonderem Maße befähigt sind“ zum Umgang mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen? Spürt man den Gründen für das auffällige Desinteresse der Psychologen nach, so stößt man auf eine ganze Reihe von Zusammenhängen, angefangen von den traditionellen Abqualifizierungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten („Die spielen ja nur“), dem angeblich höheren akademischen Status der Psychologen gegenüber Sozialpädagogen, den fehlenden Studieninhalten zu Kindern und Jugendlichen im Psychologiestudium, den eigenartigen berufsrechtlichen Asymmetrien zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bis hin zu der erheblich aufwändigeren psychotherapeutischen Praxisführung bei Kindern und Jugendlichen im Verhältnis zur Praxis in der Erwachsenenpsychotherapie: „Der

Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere von Kindern, aber auch noch von Jugendlichen, ist unbestreitbar in völlig anderem Ausmaß als in der Therapie Erwachsener von einer gelingenden Zusammenarbeit mit dem Umfeld der Patient/-innen abhängig. Wer kinder- und jugendtherapeutisch arbeitet, muss nicht nur beziehungsstiftend, motivationsfördernd und methodisch angemessen mit Personen (Elternteilen, Ersatzeltern, Erzieher/-innen, Lehrer/-innen, Ausbilder/-innen) und Systemen (Familie, Ersatzfamilie), sondern auch mit den sie umgebenden Institutionen (Kindertagesstätten, Schulen, Jugendhilfeeinrichtungen) arbeiten können. Der kompetente Umgang mit diesen Personen, Systemen und Institutionen erfordert erhebliche theoretische Kenntnisse und praktische Vertrautheit mit dem jeweiligen Umfeld“ (Borg-Laufs, 2009, S. 466). Dies ist der Punkt, den auch der Gesetzgeber gesehen hat und der die gesamte berufsständische Debatte zwischen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits und sozialberuflichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits durchzieht, aber zu wenig in den Blick gerät. Gemeint ist die fachlich notwendige Einbeziehung der *sozialen Dimension* in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die im Denken und Handeln des akademisch-psychologischen Mainstreams und in Fortsetzung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten kaum eine Rolle spielt. Dies ist umso gravierender, weil sich die konkreten Lebensverhältnisse und die hiermit einhergehenden Gefährdungslagen und Leidenszustände insbesondere heutiger Kinder und Jugendlicher wesentlich verändert haben.

Das mangelhafte Verständnis der sozialen Dimension ist aber nicht nur den Voreingenommenheiten der akademischen Psychologie geschuldet, sondern ist in eins damit tief verwurzelt in einer biomedizinischen Dominanz, wie sie z. B. in den geltenden Psychotherapie-Richtlinien (PTR) und den maßgeblichen klassifikatorischen Diagnostik-Systemen (ICD-10, DSM IV, MAS, OPD-KJ) greifbar ist.

## 2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie benötigt psychosozial angemessene PTR

Es ist schlicht realitätsfremd, wenn in den geltenden Psychotherapie-Richtlinien (PTR) mit ihren krampfhaften Versuchen, sich gegen die Bedeutung „sozialer Konflikte“ abzugrenzen, von einem Bild „normaler Entwicklung“ von Kindern und Jugendlichen ausgegangen wird. Es wird unterstellt,

- dass das Familiensystem und die weiteren Bezugspersonen grundsätzlich in ihrer erzieherischen Fähigkeit und Interaktion intakt sind,
- dass das Ziel der gesundheitlichen Wiederherstellung des Kindes bzw. des Jugendlichen ohne weitere Berücksichtigung des sozialen Umfeldes, welches als unterstützend und lernfähig vorausgesetzt wird, erreichbar ist,
- dass auch die übrigen psychosozialen Rahmenbedingungen (z. B. Geschwisterkonstellationen, außerfamiliäre Kontakte und Betreuungsangebote) nicht im Fokus der therapeutischen Intervention zu stehen haben,
- dass die Bezugspersonen zwar in ein therapeutisches Mitbehandlungssetting einzu-beziehen sind, aber ohne mit ihnen an der Veränderung ihrer Erziehungskompetenz schwerpunktmäßig arbeiten zu müssen.

- dass Erziehungsberatung nicht zu den Aufgaben einer „Krankenbehandlung“ gehört und
- dass die Beratung der Eltern im Rahmen des SGB V allenfalls nur ergänzend angebracht ist.

In starkem Kontrast hierzu hat Hurrelmann bereits 2006 dargelegt, dass die Lebenssituation vieler Familien hierzulande durch erhebliche psychosoziale Gefährdungslagen charakterisiert ist:

„Etwa ein Prozent der Eltern sind sozial völlig aus dem Ruder gelaufen, alkoholkrank, drogenabhängig, psychisch schwerst defizitär – das sind die, über deren Kindern täglich eine Katastrophe hängt. Bei rund 800.000 Kindern pro Geburtsjahrgang sind das 8.000 pro Jahrgang, ergo 80.000 hochgefährdete Null- bis Zehnjährige bundesweit. Hinzu kommen rund 15 Prozent Eltern mit massiven Erziehungsproblemen, die vor allem infolge materieller Armut sehr schlecht zurechtkommen. Und rund ein Drittel aller Eltern hat erhebliche Schwierigkeiten mit der eigenen Mutter- oder Vaterrolle, mit vernünftigem Erziehungsverhalten und Haushaltsführung“ (Hurrelmann, 2006).

Aufgrund aktueller Studien ist dieses Lagebild zu vervollständigen, bei dem sich herausstellt, dass die weitverbreitete Meinung, Kindheit und Jugend sei eine Phase maximaler Gesundheit durch die reale Erfahrung vieler Kinder und Jugendlicher, dass es „normal“ ist, mit gesundheitlichen Vorbelastungen und Beeinträchtigungen zu leben und aufzuwachsen, ersetzt werden muss (Richter, Bohn & Lampert, 2011, S. 489 ff.).

Denn es ist eine unbestreitbare Tatsache, dass ein nicht unerheblicher Teil der heutigen Kinder und Jugendlichen in verheerenden Kreisläufen von Armut und Krankheit lebt. Armut und Krankheit sind stets zwei Seiten einer Medaille. Menschen, die in Armut leben, sind häufiger und schwerer krank als die anderen Mitglieder der Gesellschaft (Mielck, 2005; Wilkinson & Pickett, 2009; Lampert, 2011, S. 575 ff.). Dieser soziale Gradient gilt besonders für Kinder und Jugendliche. Trotz aller Debatten um die Probleme wissenschaftlich angemessener statistischer Erhebungen gilt: Nach wie vor sind Kinder und junge Erwachsene die am stärksten von Armut betroffene Gruppe der Bevölkerung. 16,4 % aller Kinder (0-15 Jahre) und 24,4 % der jungen Erwachsenen (18-26 Jahre) sind arm (DIW 2011; BT-Drs. 17/4332, 20.12.10). Dabei ist die Gruppe der Unterdreijährigen besonders betroffen, und dies in höchst unterschiedlichen regionalen Ausmaßen: in München 12,6 %, in Dresden 25 % und in Gelsenkirchen 40,4 %; in Ost 28,1 %, in West 17,2 % (Bertelsmann-Studie, 2012). Es sind vor allem Kinder von Alleinerziehenden, Kinder aus Mehrkindfamilien, aus Familien mit einem ausländischen Haushaltsvorstand und aus Familien mit ALG-II-Bezügen sowie aus Familien ohne einen Erwerbstätigen, bei denen bis zu 72 % der Kinder von Armut betroffen sind (BMFSFJ, 2008, S. 17) und die folglich die höchsten gesundheitlichen Risiken tragen.

Nach Hurrelmann (2010) können bezüglich dieser Risiken folgende Trends bei Kindern und Jugendlichen festgestellt werden: Es gibt eine Zunahme der Fehlsteuerungen des Immunsystems (z. B. Allergien), eine Zunahme der Störungen der Nahrungsaufnahme und des Ernährungsverhaltens (Gewicht, Bewegung), eine Zunahme der Fehlsteuerungen der Sinneskoordination (Motorik) sowie eine Zunahme der psychischen und psychosomatischen Störungen. „Legt man eine Gesamtbeurteilung zugrunde, die Angaben zu

Verhaltensproblemen, emotionalen Problemen, Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität und Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen einbezieht, sind in die Armutrisikogruppe 14 % der 3- bis 17-jährigen Jungen und 9 % der gleichaltrigen Mädchen als verhalten-sauffällig einzustufen. In der hohen Einkommensgruppe trifft dies lediglich auf 5 % der Jungen und 2 % der Mädchen zu“ (Lampert, 2011, S. 587).

Diese Trends wurden durch Ergebnisse des Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (KiGGS) des RKI hinsichtlich Zunahme bei Adipositas (mindestens Verdoppelung der Raten), bei Essstörungen (Prävalenzrate 21,9 %), bei allergischen Erkrankungen, Bewegungsmangel und Motorik eindrucklich bestätigt (KiGGS, 2007). Festzuhalten ist hierbei, dass bei den allermeisten Gesundheitsstörungen ein sozialer Gradient vorhanden ist: Kinder und Jugendliche aus unteren sozialen Schichten weisen ein mindestens doppelt so hohes Risiko zu erkranken auf wie diejenigen aus höheren sozialen Schichten.

Dies zeigen insbesondere auch die Daten der im Rahmen der KIGGS-Studie durchgeführten BELLA-Studie zur psychischen Gesundheit der Kinder in Deutschland. Vor dem Hintergrund der Entwicklung der „neuen Morbidität“ (Verschiebung der Krankheitslast zu chronischen Krankheiten und psychischen/psychosomatischen Störungen) sind vor allem „Auffälligkeiten“, wie z. B. Störungen des Sozialverhaltens, Depression, Angst, hyperkinetisches Syndrom, Enuresis und Substanzmissbrauch, zu verzeichnen. Der BELLA-Studie (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007) zufolge beträgt die Prävalenzrate bei psychischen Störungen und Suchtverhalten 21,8 % der Kinder und Jugendlichen, wobei sich bei Kindern Alleinerziehender das Erkrankungsrisiko verdoppelt und sich bei Vorliegen von chronischen Konflikten in den Familien verfünffacht. Bei Vorliegen von 3 Risiken steigt die Prävalenzrate auf 30,7 % und bei 4 Risiken auf 47,7 % aller betroffenen Kinder mit den bekannten desaströsen biographischen Langzeitwirkungen (vgl. auch Laucht, 2009).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich die Armutprobleme und die damit verbundenen massiven gesundheitlichen Belastungen bei den Kindern und Jugendlichen des untersten Fünftels der Bevölkerung dramatisch kumulieren (BMSFSJ, 2009).

Innerhalb dieser Gruppe gibt es unterschiedliche Hochrisikopopulationen, zu denen z. B. Kinder psychisch kranker Eltern, Kinder aus Gewaltfamilien (mit Typ-2-Traumata), Kinder aus Suchtfamilien etc. und speziell die Heimkinder gehören (Schmid, 2007). Zurzeit leben ca. 80.000 Kinder, Jugendliche und Adoleszente in stationären Jugendhilfemaßnahmen nach § 34 KJHG in Heimerziehung und betreuten Wohnformen. Der weitaus größte Teil kommt aus Verhältnissen, in denen frühkindliche Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlungen und ungünstige psychosoziale und ökonomische Lebensbedingungen an der Tagesordnung sind. Zwar gibt es eine Reihe von Jugendhilfe-Studien (JES-Studie, EVAS, JULE, WJE), die eine starke Symptombelastung der Heimkinder feststellen. Aber erst Schmid (2007) hat in seiner repräsentativen Studie auf der Basis von ICD-10-Diagnostik und klinischen Interviews belastbare Aussagen zum Ausmaß der psychischen Beeinträchtigungen der Heimkinder in Deutschland gemacht. Er fasst die zentralen Ergebnisse folgendermaßen zusammen: „60 % der Kinder und Jugendlichen aus den untersuchten Heimen erfüllten die Diagnosekriterien für eine



psychische Störung. 37,7 % der Kinder und Jugendlichen erfüllten die Diagnosekriterien für mehrere psychische Störungen. Im Vergleich zur psychischen Auffälligkeit zeigte sich eine kinder- und jugendpsychiatrische Unterversorgung. Lediglich ca. 50 % der Kinder und Jugendlichen mit einer Diagnose erhielten eine Form von psychologischer, psychotherapeutischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Nur 12 % aller Kinder wurden medikamentös behandelt. Außerdem zeigte sich, dass nur 13 % der Kinder und Jugendlichen über die Rechtsgrundlage des § 35a KJHG in ihren Jugendhilfeeinrichtungen lebten. Dies ist in Anbetracht der Vielzahl der Kinder und Jugendlichen, die die Kriterien für eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose erfüllen, überraschend“ (Schmid, 2007, S. 180).

Wie bereits ausgeführt, ist die Lage dieser Kinder und Jugendlichen, die kaum den Weg in eine ambulante Psychotherapie finden und als *hard-to-reach*-Patienten bezeichnet werden, kein Thema in den Psychotherapie-Richtlinien. Diese unterlaufen schlicht das biopsychosoziale Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit, wie es von der WHO 1946 und folgend in der Ottawa-Charta von 1986 ausführlich und für die Unterzeichnerstaaten verbindlich definiert worden ist. Zur Erinnerung seien lediglich zwei Passagen zitiert:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (Verfassung der WHO New York, 1946).

„Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986).

### 3. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie benötigt psychosozial angemessene Diagnostiksysteme

Die Negierung psychosozialer Grundlagen und die Ignoranz bezüglich des sozialen Gradienten bei der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen trifft aber nicht nur auf die Psychotherapie-Richtlinien zu, sondern auch auf die klassifikatorischen Diagnostik-Systeme wie ICD-10, MAS, DSM-IV und auch OPD-KJ.

Zunächst könnte man auf die Idee kommen, dass der Gegenstand „psychische Gesundheit/Krankheit“ durch die internationalen Klassifikationen ICD-10 der WHO und DSM-IV/V der APA klar und hinreichend bestimmt ist. Doch weisen die deutschen Übersetzer des hier interessierenden Kapitels V (F) (Klassifikation psychischer Störungen) in der Einleitung auf eine höchst bedeutsame Unterscheidung von „Krankheit“ und „Störung“ hin:

„Der Begriff ‚Störung‘ (disorder) wird in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Begriffen wie ‚Krankheit‘ oder ‚Erkrankung‘ weitgehend zu vermeiden“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993, S. 22). Begründet wird dies mit einer für die internationale Verständigung notwendigen Abkehr von den klassischen Ansätzen der deutschsprachigen Psychiatrie (wie z.B. Neurose, Psychose, Endogenität). Stattdessen geht es um „reine Deskription“ bzw. einen „atheoretischen Ansatz“ (ebda., S. 9). Jede Art von Ätiologie oder „Theorie“ soll aus dem Störungsbegriff ausgeschlossen sein, wobei sogleich eingeräumt wird: „Störung‘ ist kein exakter Begriff. Seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind“ (ebda., S. 23).

Auch ermahnen die Autoren die Benutzer der ICD, „nicht zu vergessen, dass deskriptive Diagnostik nur einen, wenn auch wesentlichen Teil des nosologischen Verständnisses unserer Patienten erfasst“ und deshalb „Aspekte der Psychopathologie, der Psychodynamik, wie auch der Psychophysiologie, vor allem aber die individuellen Besonderheiten des einzelnen Patienten ... nicht aus dem Auge zu verlieren“ (ebda., S. 10).

Dieser „atheoretische“, deskriptive Störungsbegriff, der sich nicht nur gegen die deutsche Psychiatrie, sondern vor allem auch gegen die Psychoanalyse richtet, ist Ausdruck eines verhaltensmedizinischen Programms, das sich Herta Flor zufolge als „Gegenbewegung zur Psychosomatik“ versteht, weil diese „stark psychodynamisch und wenig an empirischer Forschung orientiert“ (Flor, 2002, S. 624) sei. Die biologische und empirisch-experimentelle Ausrichtung der Verhaltensmedizin zielt nicht nur darauf ab, „die Integration verhaltenswissenschaftlicher Forschung in die Analyse von Gesundheit und Krankheit“ (ebda.) zu betreiben, sondern fügt sich auch nahtlos den Forschungsinteressen der Pharmaindustrie.

Die Frage, die sich bei einem solchen angeblich „atheoretischen“, in Wirklichkeit aber verhaltensmedizinisch-orientierten Störungsbegriff stellt, ist, ob die hier vorgenommene Gleichsetzung von „Symptom“ und „Störung“ durchführbar ist. Jedenfalls deuten die schwachen Ermahnungen von Dilling, Mombaur und Schmidt schon an, dass ihr Störungsbegriff keineswegs unproblematisch ist. In der Tat ist ja nicht einsichtig, dass aus der reinen Beschreibung eines Symptoms oder einer Verhaltensauffälligkeit bereits ein Verständnis der Störung bzw. der Auffälligkeit selbst resultieren soll. Und schon gar nicht kann aus Symptombeschreibungen eine therapeutische Handlungsregel „abgeleitet“ werden.

Die angedeuteten Schwachpunkte sollen nun aber insofern abgeschwächt werden, als zu den „atheoretischen“, ätiologiefreien und völlig dekontextualisierten Deskriptionen sog. Z-Faktoren, also Faktoren, „die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“, hinzugefügt werden. Hierzu gehören z.B. auch „potentielle Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände“ (Z 55-Z 66), so dass man meinen könnte, hier sei ein klarer Bezug zur sozialen Dimension psychischer Störungen hergestellt. Es heißt dann aber eindeutig, dass „die Kategorien Z00-Z99 ... für Fälle vorgesehen (sind), in denen Sachverhalte als ‚Diagnosen‘ oder ‚Probleme‘ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind“.



In derselben Weise und mit direktem Bezug auf die Z-Faktoren verfährt auch das Multiaxiale Klassifikationsschema (MAS).

Hier wurden speziell die Achsen 5 und 6 entwickelt: Sie sollen wichtige zusätzliche Informationen zur Genese einer Störung, zur Abschätzung aktueller Belastungen und zur Möglichkeit der Integration des Patienten in seine Umgebung liefern. Das Schema ist ebenfalls deskriptiv und atheoretisch orientiert. Phänomene werden unabhängig davon erfasst, ob sie als (mit-)ursächlich für die jeweilige Störung angesehen werden. Die Kodierungen beziehen sich ausschließlich auf die aktuelle Situation/die aktuellen Probleme eines Patienten.

Schon der Titel der hier vor allem interessierenden Achse 5 lautet: „assozierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände“, die eben keinesfalls selbst als Krankheit, sondern nur als irgendwie „assoziert“ mit einer Krankheit verstanden werden. So heißt es in der Einleitung: „Die auf dieser Achse einbezogenen Kategorien wurden ausgewählt, weil man aus Erfahrung weiß, dass sie signifikante psychiatrische Risikofaktoren darstellen können. Die Kodierungen sollten sich streng danach orientieren, ob die Situation des Kindes die Zuordnungsrichtlinien für die Kategorie erfüllt, ungeachtet dessen, ob die psychosozialen Umstände als direkte Ursache der psychischen Störung betrachtet werden oder nicht“ (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006, S. 333). Offensichtlich wird ganz im Sinne eines Risikofaktorenmodells eine Trennung zwischen der eigentlichen Krankheit nach ICD-10 und den vor- oder nachgelagerten („assozierten“) psychosozialen Lebensbedingungen vollzogen. Damit jedoch wird die Bedeutung der sozialen Dimension bei Weitem unterschätzt und verkannt.

#### 4. Sozialepidemiologische Kritik der Krankheitsfolgemodelle

Es ist beim heutigen Stand der sozialepidemiologischen Forschung unbestritten, dass es nicht nur soziale Determinanten (Alter, Geschlecht, Stadt/Land, familiäre Herkunft, ethnische Zugehörigkeit etc.) für psychische Gesundheit/Krankheit gibt, sondern dass zudem, wie bereits ausgeführt, ein sozialer Gradient existiert.

Doch stellt sich die Frage, wie diese an sich schon skandalösen Verhältnisse, die mit statistischen Korrelationsstudien belegbar sind, im Einzelnen *erklärt* werden können, damit es überhaupt zu Entwicklungen handhabbarer und wirksamer Veränderungsstrategien kommen kann.

Hierzu bedarf es jedoch einer Kritik und Weiterentwicklung der bisherigen sozialepidemiologischen Forschungsmethodologie.

In diesem Zusammenhang hat sich der Medizinsoziologe Johann Behrens über die „unsoziologischen Konzeptualisierungen sozial bedingter Gesundheitsgefährdungen“ (Behrens, 2001, S. 247) in der Sozialepidemiologie Gedanken gemacht. Damit meint er zum einen die Verwendung von schichtdeterministischen Ansätzen und zum anderen die Reduktion des Krankheitsbegriffs auf körperliche Schäden (*impairments*). Dies bedeutet, dass zur *Erklärung* der Zusammenhänge zwischen sozialen Ungleichheitsdimensionen und Morbiditäts- wie Mortalitätsraten deterministische *Dosis-Wirkungs-Modelle* aus der Medizin

und/oder deterministische *Belastungs-Beanspruchungs-Modelle* aus der Materialwirtschaft verwendet werden. Was aber fehlt und einem humanspezifischen Niveau angemessen wäre, sind *handlungstheoretische, sinnverstehende Modelle* menschlicher Lebensvorgänge (Phänomenologie, symbolischer Interaktionismus, Hermeneutik). So z. B. ist es erforderlich, Verlaufs- und Lebenslauforientierung bei der Bewältigung von Krankheiten zu berücksichtigen und Bezüge zwischen psychologischen, soziologischen und neurobiologischen Bezugsmodellen herzustellen: „Neurohumorale, nervale und immunologische Reaktionen des Organismus fallen unterschiedlich aus, je nachdem, ob eine Person erfolgreich Kontrolle über aversive Umgebungsbedingungen und Reize (Eustress) ausübt, ob sie nicht kontrollierbaren Bedingungen aktiv zu begegnen versucht (aktiver Distress) oder ob sie die Kontrolle aufgibt oder verliert (passiver Distress)“ (Behrens, 2001, S. 252).

Damit ist angedeutet, dass Kranksein mehr umfasst als körperliche oder psychische impairments: „Kranksein bezeichnet genau genommen den Ausschluss von einer gewünschten und für integritätsstiftend angesehenen Teilhabe am alltäglichen sozialen Leben. Organische Schäden sind eine, aber nur eine und keine hinreichende, mitwirkende Ursache, eine der unabhängigen Variablen dieser Teilhabebehinderung, eine andere unabhängige Variable ist die gesellschaftliche Reaktion auf diese organische Schädigung“ (Behrens, 2001, S. 256).

Damit sagt Behrens: Es geht an der Sache vorbei, *Krankheitsfolgemodelle* zu konstruieren, bei denen der körperliche Schaden die unabhängige Variable und die sozialen Belastungen die abhängige Variable darstellen. Sondern krankheitswertige soziale Bedingungen sind genauso als unabhängige Variablen ernst zu nehmen.

Als Beispiel für die Konstruktionsfehler von Krankheitsfolgemodellen seien hier nochmals die Modellvorstellungen der geltenden Psychotherapie-Richtlinien angeführt, bei denen das Wort „körperlicher Schaden“ lediglich durch das Wort „seelische Krankheit“ ausgetauscht wird. Sie wird dort definiert als eine „krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind. Krankhafte Störungen können durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht werden; sie werden in seelischen und körperlichen Symptomen und in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar, denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens, aber auch pathologische Veränderungen seelischer Strukturen zugrunde liegen können. Seelische Strukturen werden in diesen Richtlinien verstanden als die anlagemäßig disponierten und lebensgeschichtlich erworbenen Grundlagen seelischen Geschehens, das direkt beobachtbar oder indirekt erschließbar ist. Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein; sie sind für sich allein nicht schon Krankheit im Sinne dieser Richtlinien, sondern können nur dann als seelische Krankheit gelten, wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes eines Menschen nachgewiesen wurde“ (Faber, Dahm & Kallinke, 1999, S. 107 f.).

Hier wird zwar ausdrücklich anerkannt, dass es krankheitswertige Beziehungsstörungen gibt, aber nicht „als solche“, sondern nur als „Ausdruck“ der „eigentlichen“ körperlichen und/oder seelischen Krankheit. Diese höchst fragwürdige ätiologietheoretische Akrobatik

mag zwar als Schutz der Versichertengemeinschaft vor zu großer Ausweitung psychotherapeutischer Leistungen gedacht sein. Sie zeigt aber auch, welche Anstrengungen unternommen worden sind, den Bereich der „Krankheit“ für eng umrissene Berufsgruppen zu reservieren und alle weiteren als außerhalb des Krankheitsgeschehens anzusiedelnde „Hilfsberufe“ zu platzieren.

Es wird zwar eingeräumt, dass Krankheit durch unterschiedliche „Faktoren“ (körperliche, psychische, soziale, umweltliche) entsteht und in ihrem Verlauf beeinflusst wird. Jedoch wird nirgends betont, dass die sozialen Faktoren selbst „krank“ sind. Damit bleibt das biomedizinische Modell unangetastet.

Im Gegensatz hierzu geht die von der WHO in die Wege geleitete International Classification of Functioning (ICF/ICF-CY), die 2001 in Kraft getreten ist und in der deutschen Übersetzung den Titel: „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ trägt (Schuntermann, 2006), in ihrem Konzept der Teilhabe von „Fragen nach dem Zugang zu Lebensbereichen sowie der Daseinsentfaltung und dem selbstbestimmten und gleichberechtigten Leben ... sowie mit Fragen der Zufriedenheit, der erlebten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der erlebten Anerkennung und Wertschätzung“ (ebda., S. 6) aus. Schuntermann betont bei diesem Konzept vor allem die Abkehr von dem biomedizinisch orientierten Krankheitsfolgemodell (wie es noch in der ICDH, dem Vorgängermodell der ICF, üblich war) und spricht nun von einem Paradigmenwechsel: „Im Gegensatz zum bio-medizinischen Modell (ICD) wird in der ICF der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren (bio-psycho-soziales Modell der ICF) aufgefasst“ (S. 2). Während also das biomedizinische Modell „Behinderung“ (körperliche, psychische, geistige Behinderung) „als ein Problem einer Person, das unmittelbar von einer Krankheit, einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem verursacht wird, und welches der medizinischen Versorgung bedarf“, betrachtet, sieht „das soziale Modell ... Behinderung hauptsächlich als ein gesellschaftlich verursachtes Problem und im Wesentlichen als eine Frage der vollen Integration Betroffener in die Gesellschaft. Hierbei ist ‚Behinderung‘ kein Merkmal einer Person, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden. Daher erfordert die Handhabung dieses Problems soziales Handeln“ (Schuntermann, 2001, S. 18). Wenn es auch verwundert, wieso unter dieser Maßgabe psychische und geistige Behinderungen unter die „körperlichen Funktionen“ subsumiert werden, so wird doch klar, dass eine Behinderung ohne soziale Dimensionen gar nicht gedacht werden kann und dass die Frage der Behinderung damit zugleich eine Frage der selbstbestimmten Lebensführung ist.

Diese Zusammenhänge werden eindrucksvoll auch von der Forschung seitens der Psychoneuroimmunologie bestätigt, die sich am biopsychosozialen Modell (BPS-Modell) orientiert. Von besonderem Gewicht ist hier die Einführung der Kategorien „Zeit“ und „Bedeutung“. Nach Thure von Uexküll ist das BPS-Modell so lange eine „Mogelpackung“ (z. n. Schubert 2015, S. 423), bis es unter „bio“ nicht die Biologie als Wissenschaft *lebender* Systeme versteht. Denn ein wesentliches Merkmal lebender Organismen ist, dass sie *nicht konstant in der Zeit* sind. Das trifft auch auf die weiteren Systemebenen zu. „Unser Bewusstsein von sozialem Alltagsgeschehen macht z. B. deutlich, dass Alltagsprozesse ein

kontinuierliches Entstehen und Vergehen von Ereignissen sind ... Mit der dynamischen Veränderung der sozialen Ebene des BPS-Modells ändert sich wiederum die psychische Ebene, also der *Bedeutungsgehalt* unseres Lebens. Dass sich subjektive Bedeutung im zeitlichen Fluss befindet, lässt sich an den ständig emergierenden und fluktuierenden Emotionen erkennen, die je nach Individuum-Umwelt-Ereignis laufend Qualität und Intensität wechseln ... Und mit der zeitlichen Veränderung emotionaler Befindlichkeiten verändern sich auch physiologische Abläufe, z. B. immunologische Prozesse, in dynamisch komplexer Weise“ (Schubert, S. 423).

Das Immunsystem wird also als ein dynamisches Netzwerk von Zellen und Molekülen gesehen, das mit dem Nerven- und Hormonsystem über Regulationsschleifen verbunden ist. Dies ist die biologische Basis dafür, „dass innerhalb des BPS-Modells die Wirkgerichtetheit nicht nur im Sinne von *Top-down-Prozessen* von sozial nach biologisch, sondern auch im Sinne von *Bottom-up-Vorgängen* von biologisch nach sozial möglich ist“ (ebda.). Damit taucht die Frage auf, inwiefern sich über die Art und Weise, wie sich physiologische Parameter in Anpassung an psychosoziale Faktoren verändern, Aussagen über ein gesundes bzw. krankes soziales System gemacht werden können bzw. wie eine körperliche Krankheit emergenter Ausdruck dysfunktionaler Person-Umwelt-Beziehungen sein kann.

Diese Erkenntnisse führen zu erheblichen Konsequenzen für die gesamte medizinische wie auch akademisch-psychologische Forschung: „Die empirische Untersuchung von Lebendigem, d.h. die Integration von ‚Zeit‘ und ‚Bedeutung‘ in die psychosomatische Forschung, erfordert nun eine radikale Abkehr von der Pseudomethodologie (Devereux, 1984) der biomedizinischen Forschung, die für die Erforschung trivialer Maschinen, also lebloser Objekte, konzipiert wurde. BPS-Forschung macht somit ein weitgehendes Aufgeben von wissenschaftsimmanenten und daher kollektiven Mechanismen zur Abwehr von Angst bei Konfrontation mit dem Lebendigen notwendig“ (Schubert, 2015, S. 444).

Fazit: Solange die biomedizinische und verhaltensmedizinische Forschung, einschließlich der dominanten subjektverleugnenden Psychotherapieforschung, „Zeit“ und „Bedeutung“ aus der Forschung ausschließt, verfehlt sie – trotz einiger Erfolge in der Vergangenheit – den Forschungsgegenstand: das biopsychosoziale Leben von Menschen. Hierzu ist eine angemessene Forschungsmethodologie und Methodik erforderlich, wie sie von Schubert an Beispielen vorgelegt wird (s. auch Zurhorst, 1988, 2004).

## 5. Das erforderliche biopsychosoziale Kompetenzprofil der KJPT

Aus all diesen Daten und aufgezeigten Zusammenhängen kann nur der Schluss gezogen werden, dass sowohl angesichts der extrem problematischen Verläufe der erzieherischen Prozesse als auch der starken Symptombelastung und Komplexität der Störungen und der zu erwartenden schwierigen Therapieverläufe konstruktive Wege der gesundheitlichen Versorgung der Kinder und Jugendlichen sowie deren Bezugspersonen gefunden werden müssen. Dazu bedarf es versierter Fachkräfte, die in der Lage sind, psychotherapeutische und sozial-/pädagogische Strategien im Zusammenhang mit der Jugendhilfe (SGB VIII) zu initiieren und umzusetzen.

Angesichts dieser Situation ist es eine fatale fachliche und berufspolitische Fehlentscheidung, dass große Teile der psychotherapeutischen Profession beschlossen haben, den mühsam errungenen eigenständigen Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abzuschaffen und ihn in einen allgemeinen Beruf „Psychotherapeut“ mit diversen Schwerpunktbildungen aufgehen zu lassen. Dies ist nicht nur eine Missachtung der eindeutig gegenteiligen Ergebnisse des umfangreichen BMG-Forschungsgutachtens von 2009 (Strauß et al., 2009, S. 355 ff.; Fliegel, 2013), sondern stößt auch auf den Protest von relevanten Teilen der Profession (Sulz, 2014). So fordert z.B. der DBSH-BHP in einer öffentlichen Stellungnahme die Abkehr von „einer dem Berufsbild des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abträglichen, stark psychologisch ausgerichteten und pädagogische Inhalte vernachlässigenden Veränderung des Berufsbildes des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ und den Erhalt des „SGB VIII als Leitlinie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (DBSH-BHP, 2015). Auch der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge, dem ca. 2500 Mitglieder (Ministerien, Landkreise, Städte und Gemeinden sowie deren Spitzenverbände und weitere Organisationen) angehören und der insbesondere mit der Jugendhilfe und Gesundheitshilfe befasst ist, spricht sich in einer öffentlichen Stellungnahme vom März 2015 an das BMG und den Deutschen Bundestag dafür aus, dass „der Zugang der Absolventen/-innen aus den Studiengängen der Sozialen Arbeit, der Heilpädagogik und der Erziehungswissenschaft zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Ausbildung erhalten bleiben muss. ... Die universitären Bachelor- und Masterstudiengänge der Erziehungswissenschaft beinhalten in ihrem Kerncurriculum u. a. die Wissensvermittlung über sozioemotionale und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, entsprechende pädagogische Handlungsmodelle sowie verschiedene Ansätze der Beratung. Zudem werden neben dem Nebenfach Psychologie Schwerpunktsetzungen in Sozialpädagogik und Rehabilitation angeboten, so dass die in diesen Bereichen qualifizierten Absolventen/-innen ein hohes Passungsverhältnis zur postgraduellen Ausbildung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie haben. Ein gemeinsamer Beruf „Psychotherapeut/-in“ auf der Basis eines konsekutiven psychotherapeutischen Bachelor-Master-Ausbildungs-/Studiengangs würde hingegen den bisher erfolgreichen Zugang der Absolventen/-innen aus den sozialpädagogischen, heilpädagogischen und pädagogischen Studiengängen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Ausbildung beenden. Derzeit sind etwa 3/4 der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen Sozial-, Heil- oder Diplom-Pädagogen/-innen. Der Erfolg der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist auch ein Erfolg auf dem Boden dieser sozialberuflichen Studiengänge. Der Deutsche Verein fordert daher, dass der Zugang der Absolventen/-innen aus den sozialpädagogischen, heilpädagogischen und pädagogischen Studiengängen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Ausbildung erhalten bleiben muss“ (Deutscher Verein, 2015).

Und auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) fürchtet, dass mit der Engführung der Ausbildung auf psychologische Studiengänge die Versorgung der Kinder und Jugendlichen gefährdet werden könnte: *„Für die zukünftigen Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche wird sich die gravierendste Änderung in ihrem Berufsbild ergeben. Sie werden die Zugangsmöglichkeit über ein Studium der Pädagogik und Sozialpädagogik verlieren und in Zukunft direkt Psychotherapie studieren müssen. Dabei muss beobachtet werden, wie intensiv Inhalte*

*der Pädagogik und Sozialpädagogik und die spezifischen Entwicklungsparameter von Kindern und Jugendlichen in dem künftigen Direktstudium vermittelt werden ... Es gibt aber auch Stimmen, die einen Niedergang der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kommen sehen, da sich zukünftige Psychotherapeuten möglicherweise wesentlich weniger für eine Spezialisierung für Kinder und Jugendliche in der Weiterbildung entscheiden könnten. Auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände haben sich bereits in diesem Sinne geäußert ... Kinder und Jugendliche müssen auf jeden Fall auch künftig von „Kinderspezialisten“ behandelt werden, die besondere Kenntnisse und spezielle Kompetenzen im Umgang mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erlernt haben“ (DGKJP, 2013).*

### **Wie könnte auf der beruflich-fachlichen Ebene der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die soziale Dimension weiter gestärkt und ausgebaut werden?**

Eine Möglichkeit wäre die stärkere Einbeziehung der bereits approbierten und niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die psychotherapeutische Versorgung dieser Klientel. Doch muss trotz dieser wichtigen Schritte für die Sicherung der Versorgung festgestellt werden, dass ein nicht geringer Teil der Kinder- und Jugendlichen, die dringend psychotherapeutischer Hilfe bedürfen, diese nicht erhalten, weil sie und auch deren Bezugspersonen nicht in der Lage sind, den Anforderungen einer Kommstruktur in niedergelassenen Praxen zu entsprechen. Zur Verminderung dieser sozialen Selektionswirkung sind inzwischen einige PT-Kammern bemüht, die Schnittstellen zwischen Psychotherapie und Jugendhilfe genauer in den Blick zu nehmen, wie dies z. B. von der Berliner Psychotherapeutenkammer in Zusammenarbeit mit der für die Jugendhilfe zuständigen Senatsverwaltung seit 2004 in Berlin geschehen ist (PTK-Berlin, 2015). Hier können Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach einer mit dem Senat abgestimmten Fortbildung psychotherapeutische Leistungen nach SGB VIII abrechnen.

Angesichts der durchgängigen Multiproblemlagen und komplexen psychiatrischen Diagnosen in der Vorgeschichte von Kindern und Jugendlichen müssen zusätzliche und intensivere Formen der Kooperation bereits in der Ausbildung vermittelt und eingeübt werden. Denn der familiäre Hintergrund weist oft extreme Konfliktlagen, Verwahrlosungstendenzen, gewaltförmige Beziehungen, soziale Isolierung, gesellschaftliche Stigmatisierung, psychische Krankheiten der Eltern sowie erhebliche Bindungsdefizite und Bindungsstörungen auf, die einer höchst vielgestaltigen und breitgefächerten kompetenten Hilfe bedürfen. Dies heißt auch für die Jugendhilfeeinrichtungen, dass ausreichendes störungsspezifisches Wissen in die Planung der pädagogischen Prozesse einfließen muss, was nicht nur eine entsprechende Fort-, Weiter- und Ausbildung der Fachkräfte bzw. ein entsprechend qualifiziertes und leistungsfähiges Personal erfordert, sondern auch den Aufbau von umfänglichen und nachhaltigen psychosozialen Netzwerken.

Eine KJPT-Ausbildung, die auf biopsychosozialer Grundlage stattfindet und einen nachhaltigen Behandlungs-/Betreuungserfolg anstrebt, muss sich aktiv gestaltend im Rahmen der folgenden Kooperations- und Hilfestrukturen bewegen (Gahleitner, 2014; Gahleitner et al., 2013):





In Abwandlung eines BPtK-Entwurfes der kompetenzbasierten Ausbildungsziele (Approbation Einheitsberuf) sollen hier die folgenden Merkmale hervorgehoben werden:

Die KJPT-Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, eigenverantwortlich und selbstständig

- a) unter Berücksichtigung der verfügbaren Evidenz, klinischen Erfahrung und Patientenpräferenz im Bereich psychischer Gesundheit, psychosozialer Entwicklung, psychischer Störung und bei psychosozial bedingten körperlichen Erkrankungen zu diagnostizieren, zu beraten, psychotherapeutisch zu behandeln oder Behandlungsmaßnahmen zu veranlassen sowie auf das Entwicklungsalter bezogene präventive und rehabilitative Maßnahmen durchzuführen oder zu veranlassen,

- b) psychotherapeutische Beziehungen zu Familien, deren einzelnen Mitgliedern und anderen für Kinder und Jugendliche relevanten Gruppen und Bezugspersonen herzustellen und Behandlungen in unterschiedlichen Settings durchzuführen,
- c) in ambulanten, teilstationären und stationären sowie anderen institutionellen Versorgungsbereichen und -settings unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen Bedingungen für Kinder und Jugendliche und in Kooperation mit den relevanten Einrichtungen und Institutionen psychotherapeutisch tätig zu sein,
- d) verhaltens- und strukturbezogene Maßnahmen in verschiedenen Feldern der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation zu planen, durchzuführen und zu evaluieren,
- e) Patienten sowie anderen Rat- und Hilfesuchenden behandlungsrelevante und pädagogisch-lebensweltorientierte Erkenntnisse zu vermitteln, indizierte Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und über die Prognose und die aus einer Behandlung möglicherweise resultierenden Belastungen aufzuklären,
- f) die Risiken, Belastungen und Ressourcen in den altersbedingten und sozial und kulturell unterschiedlichen Lebenswelten der Patienten sowie anderer Rat- und Hilfesuchender einzuschätzen,
- g) institutionelle, rechtliche und sozialstrukturelle Bedingungen zu berücksichtigen und in die psychotherapeutische Behandlung einzubeziehen,
- h) die Kommunikation und Kooperation mit anderen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie Institutionen und weiteren Berufsgruppen aktiv herzustellen und mitzugestalten,
- i) Maßnahmen zur Prüfung, Sicherung und Verbesserung vor allem der sozial ungleich verteilten Versorgungsqualität auf dem höchst möglichen Niveau umzusetzen,
- j) in Kenntnis unterschiedlicher erkenntnistheoretischer und methodologischer Zugänge wissenschaftliche Arbeiten kritisch zu rezipieren, zu planen, durchzuführen, auszuwerten, zu dokumentieren und zu vermitteln,
- k) das eigene professionelle Handeln im Umgang mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen vor dem Hintergrund der persönlichen Haltungen und Handlungsbereitschaften zur Förderung des psychotherapeutischen Prozesses zu reflektieren und im persönlichen und fachlichen kollegialen Austausch zu gestalten,
- l) berufsethische Dimensionen im eigenen psychotherapeutischen Handeln und bei anderen zu erkennen und zu vermitteln, die Einhaltung berufsethischer Verpflichtungen zu beurteilen sowie berufsethische Prinzipien im professionellen Handeln zu verwirklichen.

## 6. Fazit

Dreh- und Angelpunkt der aktuellen Bestrebungen zur Neugestaltung der Psychotherapeutenausbildung ist die Haltung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJPT). Dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind und in ihrer eigenen Welt psychotherapeutisch verstanden werden müssen, ist u. a. daran sichtbar, dass Kinder und Jugendliche in ihren Leidenszuständen in erheblichem Maße und entwicklungsbedingt von ihren sozialstrukturellen bzw. sozialen Lebenszusammenhängen (Eltern, Geschwister, Schule, Peers, erzieherische Hilfen etc.) abhängig sind, was eine besondere Schulung bzw. Ausbildung der Psychotherapeuten im Spannungsfeld von Psychotherapie und Sozial-/Pädagogik erfordert. Dass nach Ansicht einiger Vertreter der Psychotherapieverbände bei der Etablierung eines sog. Direktstudiums ausgerechnet die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als eigenständiger Heilberuf verschwinden und in einem Einheitsberuf „Psychotherapeut“ aufgehen soll, spricht eine deutliche Sprache. Den berufsständisch agierenden psychologischen Gruppierungen in der Profession ist es ein Dorn im Auge, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie traditionell wie aktuell zu 75 % von sozialberuflich ausgebildeten Hochschulabsolventen getragen wird und nur 8 % aus den psychologischen Studiengängen diesen Beruf ergreifen. Es geht offensichtlich um „Marktbereinigung“ und um das Ziel, die KJP demnächst ganz auf die verhaltensmedizinisch orientierte Ausbildung zurechtzustutzen.

Aus der Sicht der Versorgung der Kinder und Jugendlichen wäre dies ein katastrophaler Rückschritt. Seit mindestens 70 Jahren hat die WHO große Anstrengungen unternommen, die Einseitigkeiten der biomedizinischen Theorie und Praxis in Richtung auf den Einbezug der sozialen Dimension des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens zu überwinden. Es scheint, dass in der heilkundlichen Psychotherapie diese elementaren Erkenntnisse noch immer nicht angekommen sind.

## Literatur

- Behrens, J. (2001). Das Soziale in der Sozial-Epidemiologie. In Mielck, A. & Bloomfield, K. (Hrsg.). Sozial-Epidemiologie. Weinheim/München: Juventa.
- Bertelsmann-Studie (2012): [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-E9AEFC5B-C7508AD9/bst/hs.xml/nachrichten\\_111284.htm](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-E9AEFC5B-C7508AD9/bst/hs.xml/nachrichten_111284.htm). (Zugriff 28.8.2015).
- BMFSFJ (2008): Dossier Armutsrisiken von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, erstellt durch: Prognos AG im Auftrag: Kompetenzzentrum für familienbezogene Leistungen im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.Berlin.
- BMSFSJ (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin. BT-Drs. 16/12860.
- Borg-Laufs, M. (2009). AZA-KJP. Ein Beruf-zwei Berufe. Hearing 28. Januar 2009. In Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Begleitband (S. 466). [http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy\\_media/Downloads/Begleitband\\_Forschungsgutachten\\_Psychotherapieausbildung\\_300409.pdf](http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/Begleitband_Forschungsgutachten_Psychotherapieausbildung_300409.pdf).
- DBSH-BHP (2015). SGB VIII als Leitlinie der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie erhalten! <http://bhponline.de/download/BHP%20Informationen/BHP%20Stellungnahmen,%20BHP%20Position/BHP-DBSH%20Stellungnahme%20Ausbildung%20KJP-3.pdf>.

- Deutscher Verein (2015). <https://www.deutscher-verein.de/de/empfehlungen-stellungnahmen-2015-empfehlungen-des-deutschen-vereins-zur-geplanten-novellierung-des-psychotherapeutengesetzes-insbesondere-im-hinblick-auf-die-zulassung-zur-ausbildung-in-kinder-und-jugendlichen-psychotherapie-1859,433,1000.html>.
- Devereux, G. (1984). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Berlin: Ullstein.
- DGKJP (2013). Positionspapier. <http://www.dgkjp.de/publikationen/stellungnahmen/299-positionspapier-psychotherapeutenausbildung>.
- Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- DIW(2011):[http://www.diw.de/de/diw\\_01.c.372595.de/themen\\_nachrichten/statistikdebatte\\_kinder\\_und\\_jugendarmut\\_ist\\_nach\\_wie\\_vor\\_das\\_draengengste\\_problem.html](http://www.diw.de/de/diw_01.c.372595.de/themen_nachrichten/statistikdebatte_kinder_und_jugendarmut_ist_nach_wie_vor_das_draengengste_problem.html).
- Faber, F.R., Dahm, A. & Kallinke, D. (1999). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. München: Urban & Fischer.
- Fliegel, S. (2013). *Direktausbildung Psychotherapie. Ein Weg mit fatalen Konsequenzen*. <http://www.gesundheitspolitik.de/wp-content/uploads/2013/04/Direktausbildung-Psychotherapie-Ein-Weg-mit-fatalen-Konsequenzen.pdf>.
- Flor, H. (2002). *Verhaltensmedizin* (S. 285-297). In Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Gahleitner, S., Wahlen, K., Bilke-Hentsch, O. & Hillenbrand, D. (Hrsg.). (2013). *Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gahleitner, S. (2014). *Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen – biopsychosozial denken und handeln*. SIMKI-Vortrag Juni 2014. Mittweida.
- Helle, M. & Zurhorst, G. (2014). *Empirie oder Berufspolitik?* In PTJ 1/2014, S. 54.
- Hurrelmann, K. (2006). *Manchmal hilft nur Zwang*. In zeit-online 18. Oktober 2006. <http://www.zeit.de/2006/43/Interview-Hurrelmann/seite-2>.
- Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie*. Weinheim: Juventa.
- KIGGS (2007): *Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys*. In Bundesgesetzblatt (Bd. 50, Heft 5/6, Mai-Juni 2007).
- Lampert, T. (2011). *Armut und Gesundheit* (S. 575-597). In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Laucht, M. (2009). *Die Mannheimer Längsschnitt-Studie*. [www.akip.de/cms/media/pdf/kkk/laucht\\_handout\\_mai\\_09.pdf](http://www.akip.de/cms/media/pdf/kkk/laucht_handout_mai_09.pdf)
- Lehmkuhl, U. (2001). *Biologische Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen*. In *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50 (8), 664-675.
- Meyer, A.E., et al.(1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.
- PTK-Berlin (2015). <http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/themen/kjhg/5312961.html>
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 871-878.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.). (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (5. Aufl)*. Bern: Huber.

- Richter, M., Bohn, V. & Lampert, T. (2011). Kinder und Jugendliche: Die Gesundheit der heranwachsenden Generation S. 489-508). In Schott, T., Hornberg, C. (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Heidelberg: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ruoß, M., Ochs, M., Jeschke, K. & Peplau, L. (2012). Berufssituation, Zufriedenheit und Zukunftsperspektiven von Neu-approbiierten PP/KJP: Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 2011. Psychotherapeutenjournal, 2/12, 105-114.
- Schmidt, M. (2007). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Weinheim: Juventa.
- Schubert, C. (Hrsg.). (2015). Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schuntermann, M. (2001). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Entwurf der deutschsprachigen Fassung. <http://www.vdr.de>.
- Schuntermann, M. (2006). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Kurzeinführung. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/sozmed/klassifikationen/dateianhaenge/icf\\_kurzeinfuehrung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/klassifikationen/dateianhaenge/icf_kurzeinfuehrung.pdf?__blob=publicationFile&v=5)
- Strauß, B. et al. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten\\_200905.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten_200905.pdf).
- Sulz, S. (Hrsg.). (2014). Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. München: CIP-Medien.
- WHO-Ottawa-Charta (1986). [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf).
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Frankfurt/Main: Zweitausendeins.
- Zurhorst, G. (1988). Die Verzeitlichung psychischer Funktionen und Strukturen (S. 417-430). In Jüttemann, G. (Hrsg.). Wegbereiter der Historischen Psychologie. München, Weinheim: Beltz/PVU.
- Zurhorst, G. (2004). Eine Gesundheitspsychologie für Leib und Seele (S. 254-271). In Jüttemann, G. (Hrsg.), Psychologie als Humanwissenschaft. Ein Handbuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst | SIMKI e.V. an der Hochschule Mittweida  
Hochschule Mittweida | Fakultät Soziale Arbeit  
Tzschirnerplatz 6 | 09648 Mittweida  
[zurhorst@hs-mittweida.de](mailto:zurhorst@hs-mittweida.de) | [www.simki.org](http://www.simki.org)