

# Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie damals, heute und morgen eine kritische Bestandsaufnahme

**Silke Birgitta Gahleitner & Adrian Golatka**

[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 26 (2021), Ausgabe 1]

## Zusammenfassung

Der Berufsstand der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie war über viele Jahre hinweg psychosozial und sozialpädagogisch geprägt. Der Artikel stellt die Frage, inwiefern die Gesetzesnovelle des PsychThGAusbRefG die Chance wahrgenommen hat, diese Tradition erfolgreich fortzusetzen und darüber dem aktuellen Versorgungsbedarf entlang der Globalisierung und Diversifizierung nachzukommen. Herausgearbeitet wird, dass die Grenzziehung zwischen Psychotherapie und vielen anderen Formen psychosozialer Hilfen durch die Gesetzesnovelle eher zugenommen hat bzw. sich in Zukunft noch weiter verschärfen wird. Der Beitrag beleuchtet Historie, aktuellen Stand und Entwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie der psychosozialen Beratung und veranschaulicht diese an einem Fallbeispiel.

*Schlüsselwörter:* Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, psychosoziale Arbeit, Psychotherapeutengesetz, hard to reach -Klientel, Beratung

## Summary

### **Child and adolescent psychotherapy yesterday, today, and tomorrow – a critical review**

Child and adolescent psychotherapy as a profession has been shaped by psychosocial and socio-pedagogical approaches for many years. The article questions the extent to which the amendment to the German Psychotherapist Training Reform Act (PsychThGAusbRefG) has seized the opportunity to continue this tradition and thereby meet current care needs in a context of globalization and diversification. The article shows in detail that the demarcation between psychotherapy and many other forms of psychosocial support has increased due to the amendment to the law and that it will become even more severe in the future. It illuminates the history and the current status and development of child and adolescent psychotherapy and psychosocial counseling, using a case study to illustrate each.

*Keywords:* Child and adolescent psychotherapy, psychosocial work, psychotherapist law, hard-to-reach clients, counseling

# Einleitung

Im Rahmen des Bologna-Prozesses an den Hochschulen und der damit verbundenen Notwendigkeit der Umformulierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) entstand die Chance, fachlich-inhaltliche Fragen der Psychotherapieausbildung kritisch zu überdenken. Die Bologna-Idee mit ihrer gezielten Ausrichtung an der Vermittlung von Kompetenzen in Studium, Fort- und Weiterbildung und dem Vorhaben von Durchlässigkeit, Entsäulung und Internationalisierung des Bildungssystems ließ hoffen, das Berufsbild der Psychotherapie würde aktuellen Bedarfen und Entwicklungen der Globalisierung und Diversifizierung nachkommen und sich entsprechend professionalisieren. Versorgungspolitisch für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hätte dies bedeutet, die psychosozialen und sozialpädagogischen Besonderheiten des Berufs eines/einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in ernst zu nehmen und bedarfsgerecht auszugestalten.

Das PsychThG ist inzwischen verabschiedet. Im Zuge dessen wurden an vielen Stellen fortschrittliche Aspekte und Überlegungen vorangetrieben. Die Diskussion blieb jedoch bis zur Verabschiedung des neuen Gesetzes äußerst heterogen. Der psychotherapeutische Professionalisierungsschub für die klinischen Psycholog\*innen durch das Psychotherapeutengesetz 1998 (PThG) und die zugehörige, am 1. September 2020 in Kraft getretene Gesetzesnovelle (PsychThGAusbRefG), die grundsätzlich zu begrüßen ist, ging mit einer Reihe von Opfern einher. Nach wie vor sind viele Kritiker\*innen der Meinung, dass damit eine radikale Grenzziehung zwischen Psychotherapie und vielen anderen Formen psychosozialer Hilfen einherging. Diese Position bezieht sich häufig besonders auf den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, der noch stärker als der Erwachsenenbereich der Psychotherapie auf kontextsensitive und milieuorientierte Behandlungsformen angewiesen ist.

Diese Entwicklung ist umso bedauerlicher, wenn man betrachtet, dass in der historischen Entwicklung von Pädagogik, Sozialer Arbeit, Pädiatrie, Psychiatrie, Psychotherapie und Behindertenfürsorge diese Bereiche eng miteinander verbunden waren (Bois, 2004; Gahleitner et al., 2011). Dieser vielversprechende Überschneidungsbereich ist in den letzten Jahrzehnten in Abgrenzungsdiskursen und Versorgungsgräben zunehmend verschwunden. Stattdessen konstatiert das PsychThG, dass Tätigkeiten, die nur die Aufarbeitung sozialer Konflikte ... zum Gegenstand haben (§ 1, Abs. 2), explizit aus dem Leistungsspektrum heilkundlicher Psychotherapie ausgeklammert sind. Chance verpasst!, konstatierte Borg-Laufs in seinem Vortrag KJP Zukünftige Entwicklung einer beruflichen Identität (2019, o. S.). Institute mit einer stark psychosozialen Ausrichtung bangen bereits jetzt um ihr Überleben. Diese Entwicklung, so die Kritik an der Gesetzesnovelle, wird sich in Zukunft noch weiter verschärfen. Der Beitrag nimmt eine Bestandsaufnahme vor, die das Woher, den State of the Art und das Wohin in den Blick nimmt und an einem Fallbeispiel näher beleuchtet.

# Historie

Die Bedeutung der psychosozial ausgerichteten Fächer, die auf einem (sozial)pädagogischen Studium oder aber einer gemeindenah, kontextuell und sozialpsychologisch ausgerichteten Psychologie fußen, kann in der Psychotherapie nicht bestritten werden. Sozialpädagogische Grundberufe befinden sich in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit zahlreichen Pionier\*innen in einer langjährigen Tradition. In der Historie der Psychotherapie und Psychiatrie gibt es zahlreiche Beispiele gelungener Integration und Konvergenz pädagogischen, psychologischen und medizinischen Denkens. Einige für die Entwicklung der Kinderpsychiatrie bedeutsame Therapeut\*innen kamen aus der Heimpädagogik und der Sozialen Arbeit (Bois, 2004; Gahleitner et al., 2011). Deutlich mehr Einfluss in pädagogischen Kreisen als in der Psychiatrie gewann auch Sigmund Freuds Psychoanalyse im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts, unter anderem durch die Arbeiten der Kinderanalytiker\*innen Pfister (u. a. 1913), Hug-Hellmuth (u. a. 1913), Klein (u. a. 1932), Anna Freud (u.

a. 1927; vgl. Hauser, 2012, S. 52f.). Insbesondere Bernfeld (u. a. 1929/1974) prägte die psychoanalytische Pädagogik und ihren reflexiven Modus sowie ihre Umfeldkontextualisierung. Eine Reihe heilpädagogischer Heime fungierte als Vorläufer kinderpsychiatrischer Stationen (Bois & Ide-Schwarz, 2018). Sie stellten die Nähe psychotherapeutischen Denkens zur alltäglichen Lebenswelt her und verbanden das Wissen der Fachpersonen mit den Lebensformen der Adressat\*innen (vgl. auch Gahleitner et al., i.Dr.).

Sozialarbeiter\*innen, Sozialpädagog\*innen und Heilpädagog\*innen sind in ihrem Studium in großem Umfang mit psychosozialen Problemstellungen des Kindes- und Jugendalters sowie mit Aspekten der Entwicklung und Sozialisation befasst. Sie leisten ihre Praktika oftmals in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und erfahren dort u. a. die Notwendigkeit der Integration von psychosozialen Hilfen in die psychotherapeutischen Behandlungen. Die im Studium vermittelten klinischen Kompetenzen betonen die Integration, Kooperation und Vernetzung der beratenden, sozial- und psychotherapeutischen sowie pädagogischen Arbeit (Pauls, 2013). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie trägt nach diesen Überlegungen dem Umstand Rechnung, dass jedes Kind insbesondere im Kontext sozialer Benachteiligung fortwährend vor der Aufgabe steht, bedeutsame Veränderungen seiner Lebenslage vor dem Hintergrund seiner bisher entwickelten psychischen Struktur und seiner aktuellen psychosozialen Situation bio-psycho-sozial zu verarbeiten. Auch von medizinischer Seite wird zunehmend anerkannt, dass zum Wohle der Betroffenen eine enge Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erforderlich ist (Fegert, 2001). Es geht jedoch weniger um die Rettung einer Berufsgruppe oder gar eines Studienfachs und dahinter stehenden Disziplinen, sondern um die Inhalte und Kompetenzen, die an zukünftige Absolvent\*innen der Psychotherapie herangetragen werden.

Bei Realisierung der Ausbildung von Psychotherapeut\*innen fortan in Form eines Direktstudiums an Universitäten (das für Absolvent\*innen einen Berufsabschluss als Psychotherapeut\*innen ermöglicht) sowie einer anschließenden Weiterbildung geraten Kompetenzen der biopsychosozialen Diagnostik und Gesprächsführung, ein kompetenter Umgang mit psychosozialen Modellen von Gesundheit, Krankheit, Normalität und Abweichung ins Hintertreffen. Damit markiert die Gesetzesnovelle eine noch deutlichere Grenzziehung zwischen individuumszentrierter Psychotherapie und anderen Formen psychosozialer Hilfen. Die Uni- versus Multidisziplinarität wird zu einem nun zentralen Unterscheidungskriterium zwischen Beratung und Psychotherapie. Will sich Psychotherapie nicht nur auf Psychisches oder Somatisches richten, sondern auch umfassendere Dimensionen miteinbeziehen, muss sie sich als Humantherapie einer Sozialen Psychotherapie (Deloie, 2011) verpflichtet fühlen. Heute ist es jedoch still geworden um das ehemalige Spezifikum einer kontextuellen, sozialpsychologisch und kritisch ausgerichteten Psychologie und Psychotherapie, die von der Prämisse ausgeht, dass psychische Problemlagen in objektive gesellschaftliche Zusammenhänge eingebunden sind (Keupp, 1978, S. 221).

## Aktueller Bedarf

Dies wäre kein Problem, wenn die mit den kritischen Strömungen der Psychologie und Sozialen Arbeit verbundenen Anliegen in unserer heutigen Wohlstandsgesellschaft ihre Bedeutung verloren hätten. Das Gegenteil ist jedoch der Fall: Die Bedeutung der Mehrdimensionalität in der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit nimmt in den Versorgungsstrukturen sogar eher zu. Forderungen nach einer Überwindung zunehmender Gesellschaftsblindheit oder sozialen Amnesie (Keupp, 2016, S. 7) sind bis heute hoch aktuell. Von der fortgesetzten Ausweitung und Steigerung des sozialen Gradienten in unserer Gesellschaft sind längst nicht mehr nur soziale Randgruppen betroffen. Dies gilt in besonderem Maße für Kinder und Jugendliche. Nach Ansicht der WHO (2001) muss die soziale Komponente in der psychotherapeutischen Behandlung gestärkt werden, bisher klaffe in der Versorgung ein beträchtlicher treatment gap (ebd., S. 3; vgl. auch Gühne et al., 2019, S. 7; vgl. national Mielck, 2005; international Rutz, 2003; vgl. u. a. auch Sting & Zurhorst, 2000). Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der

wirtschaftlichen oder sozialen Stellung , berichtet die WHO 1946 (S. 1). Es bedarf einer Entwicklung von adäquaten Konzepten und Diagnostik- sowie (Be-)Handlungsstrategien (Armbruster, 2007; Borg-Laufs et al., 2018; Pauls, 2013).

Soll also Psychotherapie und insbesondere Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eine angemessene professionelle Antwort auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse bereitstellen, muss sie effektiv zu einer Verbesserung der psychosozialen Passung in den verschiedenen Dimensionen des menschlichen Lebens und der jeweils vorhandenen sozialen Chancenstruktur beitragen (Cicchetti, 1999). Ganz im Kontrast zu der in den westlichen Ländern lange gehegten Illusion gleicher Entwicklungschancen spielt der soziale Hintergrund keine abnehmende, sondern eine zunehmende Rolle in der Entwicklung von Heranwachsenden. So zeigt u. a. eine weltweit angelegte Studie von Wilkinson und Pickett (2010), wie stark Ungleichheitsverhältnisse sich auf nahezu alle Lebensbereiche auswirken sowie gesundheitliche und soziale Probleme bewirken. Arm sein macht krank (Reichel, 2011, S. 232). Ein Mangel an Respekt, Wertschätzung, Ansehen und sozialer Einbettung sind bedeutsame Faktoren mit negativem Einfluss auf Gesundheit, Lebenserwartung und Konfliktpotenzial. Der seit 1946 geforderte Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das seelische und soziale Moment von Gesundheit und Krankheit in ganzem Umfang einzubeziehen, ist bis heute nicht eingelöst.

Zusätzlich bewirken steigende Anforderungen und Erwartungen an den Menschen bei gleichzeitiger Entraditionalisierung eine Mischung von Belastungen, Risiken und Chancen mit Konsequenzen für Entwicklungs- und Identitätsprozesse (Keupp, 2012). Wer mit einer guten Ressourcenausstattung schnell wechselnde soziale und kulturelle Bedingungen flexibel zu nutzen weiß, sieht sich einem attraktiven Angebot an Lebenswegen und Gestaltungsformen gegenüber. Für viele Menschen, die durch physische wie psychische Krankheiten, Behinderungen oder andere Benachteiligungen beeinträchtigt sind, ist dieses Versprechen jedoch nicht einzulösen. Exklusionsdynamiken sind die Folge. Aus dieser Perspektive muss Krankheitsentstehung als ein multikausaler Prozess begriffen werden. Solche Überlegungen führten bereits im 20. Jahrhundert zu biopsychosozialen Konzeptbildungen (Engel, 1977/1979, 1980; Uexküll, 1963; Uexküll & Wesiack, 1996; erweitert Egger, 2005; im Überblick Gahleitner et al., 2013). Das moderne Verständnis psychischen Geschehens und somit auch der Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen sollte daher auf einem biopsychosozialen Paradigma beruhen. Wenn unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen sich mit dem psychischen Leben und Leiden des Menschen beschäftigen und jeweils eigene Beiträge dazu liefern, können diese im Idealfall in einer ganzheitlichen Sichtweise integriert werden (Pauls, 2013).

## Fallbeispiel

Ali wurde seit seinem zweiten Lebensjahr in verschiedenen Hilfeformen stationär untergebracht. Veranlasst wurde die Herausnahme aus der Familie aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung der Mutter mit komorbider und bis heute andauernder Major Depression. Die Kindsmutter ist dauerhaft auf gesetzliche Betreuung angewiesen. Laut Akten war Ali seit seinem zweiten Lebensjahr in elf verschiedenen Einrichtungen. Manchmal wechselte er, weil das Höchstalter erreicht war, häufiger aufgrund von Regelverstößen. Die Gründe für die Entlassungen waren u. a. wiederholtes Der-Einrichtung-Fernbleiben, Impulsdurchbrüche, Beleidigung des pädagogischen Personals und Verweigerung des Schulbesuchs. Die Akte beschreibt auch den Verdacht, dass Ali über einen Zeitraum von etwa einem halben Jahr regelmäßig Opfer sexualisierter Gewalt durch Peers wurde. Als ein Erzieher einen Übergriff bemerkte, wurden Ali und der missbrauchende Jugendliche aus der Einrichtung entlassen. Es folgte keine weitere Auseinandersetzung mit dem Geschehenen. Im Alter von 14 Jahren kam Ali aus einer Krisen- und Clearing-Einrichtung in eine Therapeutische Wohngruppe, aus deren Aufenthalt hier berichtet wird.

In zwei Vorgesprächen mit Ali unter Anwesenheit des Psychotherapeuten und der künftigen Bezugsbetreuerin wurde deutlich, dass es bei dem Jugendlichen aufgrund der frühen und komplexen Traumatisierungen

zunächst um die behutsame Anbahnung von Vertrauen gehen würde und einer trauma- und bindungssensiblen Beziehungsgestaltung in der Einrichtung sowie in der Psychotherapie bedurfte, die Ali hält und aushält. Zu Beginn der Arbeit mit Ali zeigten sich vor allem Schwierigkeiten im Kontext mit den anderen Jugendlichen. Die oben genannten Symptome machten ein reibungsloses Zusammenleben schwer. Ali erzählte zudem häufig Geschichten, in denen er sich als besonders mächtig, wissend und stark darstellte. Im interdisziplinären Team wurde der Umgang mit diesem Phänomen immer wieder diskutiert und zunächst entschieden, in solchen Momenten das Thema auf reale Erfahrungen zu lenken. An eine richtlinienorientierte, traumakonfrontative Traumatherapie war zu Beginn noch gar nicht zu denken. Ali war dazu deutlich zu instabil und begann früh, über Nacht der Einrichtung fernzubleiben. Er war noch weit davon entfernt, Vertrauen in die Behandlung zu haben.

In gemeinsamer interprofessioneller Absprache gestalteten der Psychotherapeut und die Einrichtung jede einzelne Begegnung nach einer Rückkehr in die Einrichtung für Ali potenziell zu einem Bindungs- und Beziehungskorrektiv. Während er im gesamten ersten Jahr mit einer Straferwartung in die Einrichtung zurückkehrte und für ihn das feinfühliges Gespräch mit partieller Selbstoffenbarung der Betreuer\*innen über die große Sorge um ihn zeitweise schwer aushaltbar war, entwickelte sich bei ihm dennoch allmählich mehr Vertrauen zum Hilfesystem. Anfangs bekämpfte er zwar diese Sorge u. a. mit dem Satz: *Mir doch scheißegal, ob ihr euch Sorgen macht*, doch im Laufe eines Jahres setzte allmählich eine Veränderung ein. Zu einem wesentlichen gemeinsamen Moment in der Arbeit wurde die Entscheidung zu einem Schulwechsel. Ali war es gewohnt, dass Schulen *für ihn* und nicht *mit ihm* gesucht wurden. Zunächst wurde sein Wunsch, keine Schule besuchen zu wollen, respektiert. Stück für Stück wurde das Thema jedoch immer wieder behutsam von seiner Bezugsbetreuerin eingebracht, bis hin zu einem ausführlichen Gespräch über Alis bisherige Schulerfahrungen und seine Interessen und Wünsche heute. In einer interdisziplinären Zusammenkunft wurde der Schritt schließlich gemeinsam mit Ali beschlossen.

Erst auf dieser Basis wurde es allmählich möglich, ebenfalls abgestimmt im interprofessionellen Gefüge, lebensweltorientierte traumasensible diagnostische und interventive Elemente wie die *fünf Säulen der Identität* (Petzold et al., 2000, S. 486) einzusetzen. Alis Interessen entsprechend computergestützt. Die Ergebnisse dieser Gespräche wurden im interdisziplinären Team besprochen und lieferten wertvolle Hinweise für die Therapie wie auch den Alltag. Der therapeutische Prozess befand sich zu diesem Zeitpunkt nach wie vor in der Stabilisierungsphase und hatte bisher nur wenige biografische Aspekte ermöglicht. Dem Betreuungsteam war etwa zur gleichen Zeit aufgefallen, dass Ali Fotos von sich und anderen in seinem Zimmer hängen hatte. Als der Therapeut diese Beobachtungen aufgriff, stellte sich heraus, dass es sich um Freund\*innen aus anderen Einrichtungen und Familienmitglieder handelte. Mithilfe dieser Fotos war der Einstieg in eine behutsame biografische Arbeit in der Therapie möglich.

Auf diese Weise gehalten, gesehen und ernst genommen konnte im Alltagsgeschehen wie in der Therapie gezielter traumaorientiert gearbeitet werden. So brachte Ali z. B. in der Einrichtung nach und nach eigene Wünsche ein, die ihm Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichten und über Umwege seine Ängste adressierten. So wünschte er sich beispielsweise ein Nachtlicht auf dem Flur, weil man nachts sonst so leicht stolpere. Die Tatsache, dass dieses Licht installiert und von den anderen Jugendlichen nicht abfällig kommentiert wurde, gab ihm einen Hinweis auf die Solidarität der Jugendlichen untereinander und ließ die Wirkung von Partizipation für ihn plastisch werden. Ali hatte angefangen, seinen sicheren Ort aktiv mitzugestalten. Auf Basis dieser verschiedenen Vorarbeiten konnte er sich in der Therapie an zentrale Themen wie seine Mutterbeziehung herantasten. Trotz anfänglichen Widerstands der Mutter gelang auch hier durch ein Halten und Aushalten, Alis Mutter zu regelmäßigen gemeinsamen therapeutischen Gesprächen zu bewegen, die das Verhältnis der beiden zueinander deutlich verbesserte. Nach etwa zwei Jahren nahmen Alis größenwahnähnliche Geschichten ab. Er konnte einen stabilen Platz in der Gruppe einnehmen.

Auch wenn an Traumaexposition nicht zu denken war und aufgrund der Masse an verletzenden Lebensereignissen zum Teil vermutlich auch für die Zukunft unrealistisch war, war ein großes Maß an

Stabilisierung und Integration möglich. Der Weg führte von einem fragmentierten, fast beziehungslosen Selbst hin zu einer deutlich besser integrierten, kohäsiven Existenz. Nach etwa dreieinhalb Jahren Psychotherapie sowie Betreuung und mit Blick auf Alis 18. Geburtstag scheint es heute durchaus realistisch, dass er selbstreflektiert entscheidet, wo er nach Ende der Jugendhilfe leben will und welche berufliche Orientierung für ihn möglich ist. Dieses Maß an Selbstbestimmung und Selbstermächtigung hatte er bisher nur in seiner Fantasie gelebt, jetzt wird es in der Auseinandersetzung mit der auch schmerzhaften Realität zu einer realen Erfahrung. Ob er später im Leben erneut eine Traumatherapie aufsucht, wird seine eigene Entscheidung sein. Er hat jedoch zahlreiche Erfahrungen gemacht, die ihm diesen Weg ebnen, und von dem fruchtbaren Zusammenspiel zwischen dem Betreuungssystem und der Psychotherapie umfangreich profitiert.

## Schlussfolgerungen

Wovon hat Ali, ein ursprünglich als hoffnungsloser Jugendhilfefall deklariertes Klient, so sehr profitiert, dass er künftig eine hoffnungsvolle Entwicklung nehmen kann? In der Sozialen Arbeit werden Kinder und Jugendliche wie Ali als *hard to reach* -Klientel (Giertz et al., 2021) bezeichnet. Sie stammen aus multiproblembelasteten Familien, die von psychosozialen Hilfen nur schwer erreicht werden. Sie stoßen also auf Barrieren im Hilfezugang und sind in diesem Sinne weniger *hard to reach* als vielmehr selten gehört (Schaefer et al., 2021; Hernandez et al., 2010; Kelleher et al., 2014). Auf Basis komplexer psychosozialer Diagnostik und unter Einbezug interdisziplinärer Theoriebestände lassen sich psychische *Störungen im hard to reach* -Bereich häufig viel besser als Ausdruck von Bewältigungsversuchen verstehen und (an)erkennen, u. a. im Sinne eines Überlebens in Armut, Diskriminierung, nicht vorhandener Bindung und Versorgung, Benachteiligung (Gahleitner et al., 2018). Dazu ist es nötig, biografische Wissensbestände psychischer und sozialer Phänomene zusammenzudenken. Dann kann Mehrperspektivität gelingen und das Zusammenwirken thematisiert und strukturiert werden (Böhnisch, 2005, S. 203).

*Hard to reach* bedeutet für betroffene Kinder und Jugendliche häufig auch, bereits eine von zahlreichen Abbrüchen gekennzeichnete Kinder- und Jugendhilfe- Karriere durchlaufen zu haben. Das schwer erschütterte Vertrauen in Menschen wie in Institutionen bedarf daher besonderer Aufmerksamkeit. Vertrauen ist jedoch immer mit dem Risiko verbunden, enttäuscht zu werden (Schweer & Thies, 2008, S. 140). Professionelle wie Unterstützer\*innen stehen daher vor dem Problem, zunächst vor allem das berechtigte Misstrauen der Klient\*innen abbauen zu müssen (Flick, 1989), das heißt, sie müssen in Vorleistung gehen und vorab Vertrauen schenken (Luhmann, 2014, S. 23). Das therapeutische Verstehen, so Finke (2004, S. 1), ist daher unerlässlich auf Verständigung gerichtet und an ein *spezifisches vertrauensbildendes Beziehungsangebot* gebunden (ebd.; Hervorh. v. Verf.). Zentral aus der Perspektive der Bindungstheorie ist das Erleben aufrichtiger menschlicher Begegnungen als Alternativerfahrung zur bisherigen Beziehungsverunsicherung eine (gemeinsame) Ko-Konstruktion (Grossmann & Grossmann, 2012/2017, S. 458). Die Beziehung selbst wird zur Therapie. Dafür wird Geduld und Zeit benötigt.

Gelungene oder weniger gelungene Interaktionen werden auf diese Weise zu einem grundlegenden Organisationsprinzip der gesamten emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung. Ein heilsames Beziehungsmilieu konstituiert sich dafür jedoch zunächst mittels und innerhalb einer professionellen und tragfähigen Bindungsbeziehung. Im Falle des Gelingens geht es aber über diese dyadische Beziehung hinaus. Bettelheim (1950/2007; bereits Bettelheim & Sylvester, 1948) und Redl (1971) prägten mit ihrer These, alle Faktoren in der Lebensumwelt des Kindes hätten auch therapeutische Auswirkungen, den Begriff des *Therapeutischen Milieus*. Um umfassend Stabilität herzustellen, bedarf es also zusätzlich zu einzelnen dyadischen vertrauensvollen Beziehungen auch wenn diese oft einen wichtigen Startpunkt bieten umfassendere Beziehungsnetzwerke bis hinein in konstruktive Vernetzungssettings zwischen Institutionen. Aktuellen Forschungsergebnissen zufolge (vgl. Kupfer, 2020) sind aus dieser Perspektive jedoch neben der Bindungs- und Vertrauensstheorie insbesondere Netzwerktheorien und Theorien sozialer Unterstützung heranzuziehen (vgl. auch Nestmann, 2010). Letztlich geht es also um die Herstellung eines förderlichen

*Milieus als biografisch verfügbarer sozialräumlicher und sozialemotionaler Kontext* (Böhnisch, 1994, S. 222; Hervorh. v. Verf.). Die aufwendige Kooperationspraxis ist in den Kassenverträgen jedoch nicht vorgesehen und aufgrund des hohen zeitlichen und finanziellen Aufwands in der ambulanten Psychotherapie kaum zu leisten. Darüber hinaus ist sie auch in den geplanten Curricula nicht vorgesehen.

## Ausblick

In den 1970er-Jahren entwickelten sich im Umfeld kritischer Pädagogik, Psychologie, Soziologie und Sozialer Arbeit (Engel & Nestmann, 2020, S. 29) Konzepte im Sozial- und Gesundheitsbereich, die Entwicklungen von Jungen und Mädchen wie Ali vor dem Hintergrund ihrer verhinderten Chancenstruktur verstehbar machten und deren systemstützende und gesellschaftlich anpassende Funktionen aufdeckten. Unterfüttert waren diese Positionen von der Kritik an einem positivistischen Wissenschaftsverständnis ebenso wie von der Kritik an kapitalistischen Lebens- und Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen auf die Psyche, das Selbst, das Individuum, das Subjekt und auch auf die Lebenswelten (ebd.). Ob über Psychotherapie Lebensmöglichkeiten erkämpft werden können, die über die bloße Verfügbarkeit von affirmativen Grundqualifikationen reibungslosen Funktionierens in einer auf kapitalistische Rationalität hin normalisierten Gesellschaft hinausreichen (Keupp, 1978, S. 221), wurde damals wesentlich lebendiger diskutiert. Es ist bedauerlich, dass diese Überlegungen nahezu keinen Eingang mehr in aktuelle Konzepte und Curricula der Psychotherapie finden. Das Psychotherapeutengesetz 1998 (PThG) und die zugehörige, am 1. September 2020 in Kraft getretene Gesetzesnovelle (PsychThGAusbRefG) haben die Kluft zwischen Psychotherapie und Formen breiterer psychosozialer Hilfen deutlich vertieft. Die aktuelle Psychotherapie im medizinischen Modell und in lebensweltabgehobener Praxis (Engel & Nestmann, 2020, S. 30) vernachlässigt zwischenmenschliche, soziologische und kulturelle Aspekte, die für den psychosozialen Bereich maßgeblich sind.

Die Frage, ob die Gesetzesnovelle des PsychThGAusbRefG die Chance wahrgenommen hat, dem aktuellen Versorgungsbedarf entlang der Globalisierung und Diversifizierung nachzukommen, kann daher eindeutig mit Nein beantwortet werden. Die Notwendigkeit der Gesellschaftsdiagnostik (Keupp, 2018) wird immer sichtbarer. Aus der Perspektive der Professionalisierung der Beratung und Sozialtherapie ist diese Entwicklung zu begrüßen. Beratung stellt natürlich auch immer einen Teil der gesellschaftlich omnipräsenten Diskriminierungs- und Herrschaftsverhältnisse dar, aber sie kann im besten Fall ... Teil einer Gerechtigkeits- und Selbstbemächtigungsorientierung werden (Engel & Nestmann, 2020, S. 31). Beratung thematisiert wesentlich mehr (Kupfer et al., 2021), dass Scheitern ... nicht lediglich und ausschließlich in einer individuellen oder biografischen Kausalitätskette krisenhafter Lebensereignisse, problematischer Abweichung und individueller Missgeschicke zu verorten, zu beraten oder therapeutisch zu behandeln (ebd., S. 30) ist. Hierzu gehört neben der Thematisierung von Diskriminierungs- und Differenzverhältnissen, von Ungleichheitsbehandlungen selbstverständlich eine intersektionale diskriminierungskritische Perspektive (Gebrande et al., 2017, S. 17), die u. a. ökonomische oder geschlechterbezogene Benachteiligung anspricht und beratungskritisch reflektiert (Kupfer, 2019). Sie ist damit normativ, parteilich, verweigert sich nicht der (beratungs)politischen Positionierung, erkennt einerseits Beratung in ihren affirmativen und anpassenden Funktionen und rückt sie dennoch unter kritischen, ethischen und gerechtigkeitsorientierten Aspekten ins Zentrum der Debatte (Engel & Nestmann, 2020, S. 31).

Aber gilt dies alles tatsächlich nur für die Beratung? Könnte nicht ein breiter Überschneidungsbereich zwischen den beiden Professionen, von Interdisziplinarität geprägt, eine wesentlich leistungsstärkere Versorgungslandschaft formen (vgl. dazu Kupfer et al., 2021)? Der dargestellte Fall macht schmerzlich deutlich, wovon Ali profitiert hat und auch künftig profitieren könnte. Letztlich lässt sich mit Engel und Nestmann (2020) resümieren: Es gibt weder Therapie noch Beratung jenseits von Politik, Macht und Kultur (S. 37). Eine auf Machtkritik bezogene psychosoziale Hilfeleistung sei es nun Beratung oder Psychotherapie muss somit an diesen ... Machtformen, die sich in jeder Kommunikation und Interaktion

widerspiegeln, ansetzen, sie zur Sprache bringen, sie nachvollziehbar und verstehbar und zum Ausgangspunkt machtsensibler sowie kritischer Thematisierungen, Aus- und Weiterbildungen und Supervision machen (ebd., S. 33).

## Literatur

Armbruster, M. (2007). Mehr Elternkompetenz für Problemfamilien – Wie die Quadratur des Kreises gelingt. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 3 (1), 19-26.

Bernfeld, S. (1974). Der soziale Ort und seine Bedeutung für Neurose, Verwahrlosung und Pädagogik. In S. Bernfeld (Hrsg.), Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse. Ausgewählte Schriften (S. 198-211). Frankfurt: Ullstein (Original erschienen 1929).

Bettelheim, B. (2007). Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder. 2. unveränderte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1950).

Bettelheim, B. & Sylvester, E. (1948). A therapeutic milieu. American Journal of Orthopsychiatry, 18 (2), 191-206.

Böhnisch, L. (1994). Gespaltene Normalität. Lebensbewältigung und Sozialpädagogik an den Grenzen der Wohlfahrtsgesellschaft. Weinheim: Juventa.

Böhnisch, L. (2005). Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage (S. 199-213). Wiesbaden: VS.

Bois, R. d. (2004). Historische Trennlinien und Berührungspunkte zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In J. M. Fegert & C. Schraper (Hrsg.), Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation (S. 421-427). Weinheim: Juventa.

Bois, R. d. & Ide-Schwarz, H. (2018). Psychiatrie und Jugendhilfe. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 6. überarbeitete Auflage (S. 1214-1223). München: Reinhardt.

Borg-Laufs, M. (2019). KJP – Zukünftige Entwicklung einer beruflichen Identität. Vortrag bei der Jubiläumstagung der Frankfurt University of Applied Sciences – Sein oder Ich-Sein: Facetten der Identitätsbildung in unserer multioptionalen Gesellschaft , 22.03.2019 in Frankfurt.

Borg-Laufs, M., Gahleitner, S. B. & Hungerige, H. (2018). Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Cicchetti, D. (1999). Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptionelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In R. Oerter, C. v. Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), Klinische Entwicklungspsychologie (S. 11-44). Weinheim: Beltz – PsychologieVerlagsUnion.

Deloie, D. (2011). Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit: Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden. Gießen: Psychosozial-Verlag.



Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16 (2), 3-12. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/publication/286198954> [28.01.2021].

Engel, G. L. (1979). Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In H. Keupp (Hrsg.), *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse* (S. 63-85). München: Urban & Schwarzenberg (englisches Original erschienen 1977).

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137 (5), 535-544. Verfügbar unter: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.921.5890&rep=rep1&type=pdf> [28.01.2021].

Engel, F. & Nestmann, F. (2020). Kritische Beratung und Macht. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 52 (1), 29-40.

Fegert, J. M. (2001). Ein schwieriges Verhältnis – Problemfelder in der Zusammenarbeit von Psychiatrie und Jugendhilfe. *AGJ-Gespräch*, 10 (1), 15-31.

Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme.

Flick, U. (1989). *Vertrauen, Verwalten, Einweisen. Subjektive Vertrauenstheorien in sozialpsychiatrischer Beratung*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Freud, A. (1927). *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. Gahleitner, S. B., Golata, A., Rothdeutsch-Granzer, C. & Kronberger, H. (i. Dr.). *Traumapädagogik. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 20.

Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013). Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. *Resonanzen*, 1 (1), 1-14. Verfügbar unter: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/188/245> [28.01.2021].

Gahleitner, S. B., Pauls, H. & Glemser, R. (2018). Diagnostisches Fallverstehen. In Peter Buttner, Silke Birgitta Gahleitner, Ursula Hochuli Freund & Dieter Röh (Hrsg.), (Reihe: Hand- und Arbeitsbücher, Bd. 24; S. 117-127). Berlin: DV.

Gahleitner, S. B., Schwarz, M. & Bois, R. d. (2011). Interdisziplinäre Zusammenarbeit und neue Versorgungsformen: Chance und Herausforderung in komplexen Jugendhilfefällen. In S. B. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, M. Schwarz & F. Wetzorke (Hrsg.), *Ich sehe was, was Du nicht siehst... Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 171-187). Stuttgart: Kohlhammer.

Gebrande, J., Melter, C. & Bliemetsrieder, S. (2017). Kritisch ambitionierte Soziale Arbeit – intersektional praxeologische Perspektiven. Einleitende Überlegungen. In J. Gebrande, C. Melter & S. Bliemetsrieder (Hrsg.), *Kritisch ambitionierte Soziale Arbeit. Intersektional praxeologische Perspektiven* (S. 9-25). Weinheim: Beltz. Verfügbar unter: [http://www.ciando.com/img/books/extract/3779945258\\_lp.pdf](http://www.ciando.com/img/books/extract/3779945258_lp.pdf) [28.01.2021].

Giertz, K., Große, L. & Gahleitner, S. B. (Hrsg.) (2021). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klientel unterstützen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2017). Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit, 7. unveränderte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta (letzte überarbeitete Auflage erschienen 2012).

Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G. & Becker, T. (Hrsg.) (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, 2. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.

Hauser, K. (2012). Julie Aichele. Eine pädagogisch-biografische Sicht auf alltagsnahe Psychotherapie. Wiesbaden: VS.

Hernandez, L., Robson, P. & Sampson, A. (2010). Towards integrated participation: Involving seldom heard users of social care services. *The British Journal of Social Work*, 40 (3), 714-736.

Hug-Hellmuth, H. v. (1913). Aus dem Seelenleben des Kindes. Eine psychoanalytische Studie. Leipzig: Deuticke.

Kelleher, C., Seymour, M. & Halpenny, A. M. (2014). Promoting the participation of seldom heard young people: A review of the literature on best practice principles. Dublin: DCYA. Verfügbar unter: <https://arrow.tudublin.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=aaschsslrep> [28.01.2021].

Keupp, H. (1978). Gemeindepsychologie als Widerstandsanalyse des professionellen Selbstverständnisses. In H. Keupp & M. Zaumseil (Hrsg.), *Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen* (S. 180-220). Frankfurt: Suhrkamp.

Keupp, H. (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 34-51). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Keupp, H. (2016). Das erschöpfte Selbst der Psychologie. *Journal für Psychologie*, 24 (2), 7-36. Verfügbar unter: <https://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/409> [28.01.2021].

Keupp, H. (2018). Die soziale Amnesie der Psychotherapie und von der Notwendigkeit der Gesellschaftsdiagnostik. In S. Rietmann & M. Sawatzki (Hrsg.), *Zukunft der Beratung. Von der Verhaltens- zur Verhältnisorientierung* (S. 21-45). Wiesbaden: Springer VS.

Klein, M. (1932). *Die Psychoanalyse des Kindes*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Kupfer, A. (2019). Geschlecht plus X – Eine intersektionelle Perspektive auf professionelle Kompetenzen in Beratung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 51 (2), 789-801.

Kupfer, A. (2020). Soziale Netzwerke ebnet viele Wege – Oder: Ein Netzwerk prominenter Bezugskonzepte und aktueller gesundheits- und sozialpolitischer Rahmungen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 52 (1), 41-50.

Kupfer, A., Wesenberg, S., Gahleitner, S. B. & Nestmann, F. (2021). *Beratung und Psychotherapie. Aktuelle Entwicklungen im Spannungsfeld von Abgrenzung und fruchtbarer Kooperation*. Tübingen: DGVT.

Luhmann, N. (2014). *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*, 5. durchgesehene Auflage. Stuttgart: UTB.

Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Huber.

- Nestmann, F. (2010). Soziale Unterstützung Social Support. Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online, 2 (8), 1-39.
- Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell Herkunft und Aktualität. Resonanzen, 1 (1), 15-31. Verfügbar unter: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191/124> [28.01.2021].
- Petzold, H. G., Wolf, H. U., Landgrebe, B., Josić, Z. & Steffan, A. (2000). Integrative Traumatherapie Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung . In B. A. v. d. Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie (S. 445-549). Paderborn: Junfermann.
- Pfister, O. (1913). Die psychoanalytische Methode. Eine erfahrungswissenschaftlich-systematische Darstellung. Leipzig: Klinkhardt.
- Redl, F. (1971). Erziehung schwieriger Kinder. Beiträge zu einer psychotherapeutisch orientierten Pädagogik. München: Piper.
- Reichel, R. (2011). Psychotherapie ist keine Privatsache. Sozial- und gesundheitliche Überlegungen zur Psychotherapie. In M. Kierein & A. Leitner (Hrsg.), Psychotherapie und Recht (S. 231-260). Wien: Facultas.
- Rutz, W. (2003). The European WHO mental health programme and the World Health Report 2001: input and implications. The British Journal of Psychiatry, 183 (1), 73-74. Verfügbar unter: <http://bjp.rcpsych.org/content/183/1/73> [28.01.2021].
- Schaefer, I., Kümpers, S. & Cook, T. (2021). Selten Gehörte für partizipative Gesundheitsforschung gewinnen: Herausforderungen und Strategien. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 64 (2), 163-170. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-020-03269-7.pdf> [28.01.2021].
- Schweer, M. K. W. & Thies, B. (2008). Vertrauen. In A. E. Auhagen (Hrsg.), Positive Psychologie. Anleitung zum besseren Leben, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 136-149). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Sting, S. & Zurhorst, G. (Hrsg.) (2000). Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa.
- Uexküll, T. v. (1963). Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbek: Rowohlt.
- Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (1996). Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In T. v. Uexküll (Hrsg.), Psychosomatische Medizin (S. 13-52). München: Urban & Schwarzenberg.
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2010). Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind, 3. verbesserte Auflage. Berlin: Tolkemitt bei Zweitausendeins (englisches Original erschienen 2009).
- World Health Organization (WHO) (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Genf: WHO. Verfügbar unter: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> [28.01.2021].
- World Health Organization (WHO)

(2001). The World Health Report 2001. Mental health: new perspectives, new hope. Genf: WHO. Verfügbar unter: [www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf) [28.01.2021].

## **Autor\*innen**

### **Silke Birgitta Gahleitner**

[gahleitner@bitte-keinen-spam-ash-berlin.eu](mailto:gahleitner@bitte-keinen-spam-ash-berlin.eu)

Jahrgang 1966, Prof. Dr. phil. habil., Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit für den Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Intervention an der Alice Salomon Hochschule Berlin.

Kontakt: Alice Salomon Hochschule, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin

### **Adrian Golatka**

[a.golatka@bitte-keinen-spam-icloud.com](mailto:a.golatka@bitte-keinen-spam-icloud.com)

Jahrgang 1984, B.A. Soziale Arbeit, M. A. Klinische Sozialarbeit, Einrichtungsleiter einer therapeutischen Wohngruppe der Pfefferwerk Stadtkultur gGmbH Berlin; in Ausbildung zum analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am Alfred Adler Institut Berlin.

Kontakt: Alice Salomon Hochschule, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin