

Arne Burchartz

# Welche Kompetenzen braucht ein guter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut?

Which competences does a good child and adolescent therapist need?

Der Autor stellt die zentralen Kompetenzen eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus psychodynamischer Perspektive dar. Sein systematischer Rahmen folgt implizit der Frage, in welchen Ausbildungszusammenhängen sich diese Kompetenzen herausbilden lassen. Er gliedert in drei Kompetenzbereiche: personale Kompetenzen, fachlich-praktische Kompetenzen und wissenschaftliche Kompetenzen.

Schlüsselwörter

Empathie – Introspektion – Kinderpsychotherapie – Kompetenz – psychoanalytische Ausbildung – Wissenschaften

*The author shows the pivotal competences of a child and adolescent therapist from the psychodynamic point of view. His systematic setting implicitly pursues the question which training environment would be required to form these competences. He divides them into three groups: personal, technical-practical and scientific competences.*

Keywords

*child psychotherapy – competence – empathy – introspection – psychoanalytic training – sciences*

## 1 Einleitung

Wenn man über die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP)<sup>1</sup> nachdenkt, wird man unweigerlich auf die Frage stoßen, was denn einen guten KJP ausmacht, worauf hin er ausgebildet werden soll. Dabei wird man nicht bei der Vermittlung rein theoretisch-wissenschaftlicher Inhalte stehenbleiben können. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich damit, welche Dimensionen von Kompetenz Voraussetzung für den Beruf des KJP sein müssen. Das Wort Kompetenz kommt von lat. *competere*: zusammentreffen, ausreichen, zu etwas fähig sein und enthält den Aspekt, dass in ihr verschiedenen Fähigkeiten zusammentreffen müssen.

---

<sup>1</sup> Ich bin mir der Problematik einer gerechten Sprache bewusst, bevorzuge aber hier wie auch sonst der flüssigeren Lesbarkeit halber die traditionelle männliche Form, wenn es um allgemeine Begriffe geht – im Vertrauen darauf, die Leserin und der Leser können die weibliche Form gleichberechtigt mitdenken.

Dieser Beitrag ist geschrieben aus der Perspektive der psychodynamischen Verfahren (analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). Der Autor vermutet zwar, dass es hier große Überschneidungen zu anderen Verfahren gibt, deren Sichtweise aber gesondert dargestellt werden müssten.

Psychoanalytische und psychotherapeutische Kompetenzen wurden vielfach beschrieben:

Jutta Kahl-Popp (2007) nennt drei „Grundbefähigungen“:

1. Personale Kompetenz
2. Relationale Kompetenz
3. Konzeptionelle Kompetenz.

Sie bezieht diese Kompetenzen auf die Etablierung, Gestaltung und heilsame Verwirklichung eines Arbeitsbündnisses.

David Tuckett (2007) hält folgende Fähigkeiten für erforderlich:

- „ 1. Relevantes Material (Affekte und unbewusste Bedeutungen) zu erspüren
2. das Gespürte konzeptuell zu erfassen und
3. auf der Basis dessen Deutungen zu geben sowie deren Wirkung zu spüren und konzeptuell zu erfassen“ (S. 53).

Er definiert psychoanalytische Kompetenz folgendermaßen: „Sie umfasst die Fähigkeit, sich innerhalb dreier miteinander verbundener (und spezifisch psychoanalytischer) Rahmen zu bewähren und zu arbeiten, die ich den teilnehmend-beobachtenden, den konzeptionellen und den Interventionsrahmen nenne“ (ebd).

Herbert Will (2010) ordnet den drei „Rahmen“ von Tuckett zehn psychoanalytische Kompetenzen zu (S. 27 ff.):

Der teilnehmend-beobachtende Rahmen: Die Fähigkeit

- zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit und Zurückhaltung
- mit der Gegenübertragung zu arbeiten
- zur psychoanalytischen Interaktion und Intersubjektivität
- eine als hilfreich erlebte Beziehung entstehen zu lassen
- mit Angst, Spannungen und Konflikten umzugehen
- den Patienten psychischen Raum und Entwicklungsfreiheit zu geben und sie nicht durch eigene Bedürfnisse und Unzulänglichkeiten einzuschränken

Der konzeptuelle Rahmen: Die Fähigkeit,

- einen analytischen Prozess einzuleiten, zu gestalten und zu beenden
- theoretische Konzepte heranzuziehen
- zur Selbstreflexion und fachlichen Kommunikation

Der Interventionsrahmen: Die Fähigkeit,

- in förderlicher Weise zu deuten

Ralf Zwiebel (2013) nennt drei Kernbereiche: Präsenz, Gegenübertragung und Einsicht, die immer wieder in eine Balance zu bringen seien. Seine „Hypothesen zu einem grundlegenden Arbeitsmodell professioneller Psychotherapie“ (S. 249 ff.) lassen sich auch als Grundlagen einer Kompetenzentwicklung lesen.

Die hier dargestellten Kompetenzen werden mehrheitlich für Psychoanalytiker und Psychotherapeuten beschrieben, die mit Erwachsenen arbeiten. Sie können einen Hintergrund abgeben für die Erarbeitung von Kompetenzen für KJPs, manche gelten für die psychotherapeutische Arbeit mit allen Altersstufen. Das sind unspezifische Kompetenzen wie z. B. „eine als hilfreich erlebte Beziehung entstehen zu lassen“ oder „mit Angst, Spannungen und Konflikten umzugehen“. Letztlich lassen sich manche dieser Kompetenzen für jeden sozialen Beruf fordern. Andere müssen unter den Bedingungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie modifiziert betrachtet werden: Was heißt etwa „gleichschwebende Aufmerksamkeit und Zurückhaltung“ unter der Bedingung, dass das wesentliche therapeutische Medium in der Kinderpsychotherapie das gemeinsame Spielen ist? Die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen weist spezifische Besonderheiten und ein eigenes Profil auf und erfordert deshalb auch spezifische Kompetenzen. Einige dieser Besonderheiten sind: die Beziehung zwischen einem Erwachsenen und einem Kind, welche die kindliche Abhängigkeit berücksichtigen muss. In dieser Beziehung spielen die Eltern als „Dritte im Bunde“ nicht nur eine imaginäre, sondern auch eine ganz reale Rolle. Schließlich die Beziehung zwischen einem Erwachsenen und einem Jugendlichen, der sich in einer entwicklungstypischen Absetzbewegung von Erwachsenen befindet, um selbst einer zu werden.

Ich unternehme den Versuch, die Kompetenzen eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in drei Kategorien zu systematisieren, wiewohl sich die Kompetenzbereiche selbstverständlich überschneiden. Diese Systematisierung folgt implizit der Fragestellung, welche Kompetenzen in welchem Lernzusammenhang herausgebildet werden können.

**Personale Kompetenzen** liegen in der Persönlichkeit des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Es sind Kompetenzen, die ein Mensch in sich trägt und die Voraussetzung sind, um überhaupt erfolgreich die Ausbildung zum KJP durchlaufen und schließlich den Beruf eines KJP ergreifen zu können. Damit ist nicht gemeint, dass diese Kompetenzen schon fertig zur Verfügung stehen müssen. Sie lassen sich üben, verfeinern, erweitern, vertiefen – aber sie sollten in nuce vorhanden sein. Ihre Ausbildung und Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess.

**Fachlich-praktische Kompetenzen** sind solche, die sich – aufbauend auf den personalen Kompetenzen – erlernen lassen. Sie sind Gegenstand der Ausbildung, aber auch einer steten beruflichen Weiterbildung und beruhen auf einem Handlungs- und Erfahrungswissen. Da die *Erfahrung* in unserer Profession eine entscheidende kompetenzbildende Rolle spielt, ist die Ausbildung fachlich-praktischer Kompetenzen mit der Ausbildung nicht abgeschlossen – im Gegenteil, sie beruht auf einer stetig reflektierten Praxis (vgl. Sachse, Fasbender & Hammelstein, 2014). Fachliche Kompetenzen sind in der Psychotherapie also mehr als schematisch angewandtes Wissen auf normativ erfasste Situationen.

**Wissenschaftliche Kompetenzen** werden in einem wissenschaftlichen Studium erworben. Sie umfassen die Kenntnis verschiedener wissenschaftstheoretischer Positionen und der sich daraus ergebenden wissenschaftlich begründeten Modelle der Wirklichkeit – in unserem Fach von den menschlichen psychischen Vorgängen. Sie befähigen zum wissenschaftlichen Arbeiten – also zur selbständigen Reflexion der eigenen Praxis in wissenschaftlicher Begriffs- und Hypothesenbildung.

Ein einfaches Beispiel für das Ineinandergreifen der drei Kompetenzbereiche: Eine wissenschaftlich überprüfte Hypothese sei „*Frustration erzeugt Aggression*“. Diese Hypothese und ihre Ausarbeitung in den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen zu kennen (z. B. in der Selbstpsychologie: „*ein durch Kränkungen geschwächtes und von Fragmentierung bedrohtes Selbst neigt zu narzisstischer Wut*“) und ggf. zu überprüfen, ist wissenschaftliche Kompetenz.

Der psychotherapeutisch förderliche *Umgang* mit Wut und Destruktivität in der therapeutischen Situation ist fachlich-praktische Kompetenz.

Die Fähigkeit, durch Introspektion einen emotionalen und *reflektierten Zugang* zum eigenen *aggressiven Potential* zu haben und *eigene Affekte zu steuern*, ist personale Kompetenz.

## 2 Personale Kompetenzen

### 2.1 Die Einstellung zum Kind

Ein unbefangener Beobachter wird vielleicht sagen, ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut muss vor allem Kinder und Jugendliche mögen. Dies scheint eine Banalität zu sein, aber der Satz ist verfänglich. Was heißt „mögen?“ Welche Motive stehen dahinter? Man kann Kinder und Jugendliche auf unterschiedliche Weise „mögen“. Man kann sie idealisieren, um die hässlichen Empfindungen über die eigenen Unzulänglichkeiten und Widersprüche des Erwachsenendaseins abzumildern. Kindern werden dann kompensatorisch ideale Selbstanteile der Erwachsenen aufgebürdet, die sie stellvertretend zu erfüllen haben. Ein populäres Beispiel dafür ist das Lied „Kinder an die Macht“ von H. Grönemeyer.

Man kann Kinder mögen, weil sie abhängig sind. Menschen, die unter Verlustängsten leiden, finden in Kindern (anscheinend) Objekte, die ihnen nicht verloren gehen können, die nicht weglaufen, sich nicht abwenden – einfach weil sie den Erwachsenen in einem existentiellen Sinne brauchen. Solche Menschen pflegen Kinder wiederum abhängig zu machen, eng an sich zu binden, ihre Autonomieentwicklung zu unterlaufen.

Man kann Kinder mögen, weil sie weniger Macht haben als Erwachsene, weil man über sie bestimmen kann. Wer selbst unter Ohnmachtsgefühlen leidet, Kontrollverlustängste hat und gewohnt ist, sich zu unterwerfen, kann Kindern gegenüber „den Spieß umdrehen“ und Macht und Kontrolle ausüben, Kommandos erteilen und Gehorsam verlangen. Das Ganze kann man rationalisieren mit der pädagogischen Allerweltsweisheit, dass es schließlich Regeln und Grenzen geben muss, die allerdings die Erwachsenen diktieren, die es natürlich nur gut meinen. Dazu gehört dann, was man heutzutage eine „Konsequenz“ nennt, nur um das Wort „Strafe“ zu vermeiden. Belohnung und Strafe kommen – euphemistisch verbrämt – im Gewand positiver wie negativer „Verstärker“ daher.

Ich will es bei dieser knappen Aufzählung belassen – jeder pädagogisch und psychologisch gebildete Leser kann die Liste weiterführen. Allen diesen Varianten des „Mögens“ von Kindern liegt zugrunde, dass der Erwachsene im Kind das sieht, was er selbst als Kind einmal war und was in ihm als eine innere Repräsentanz vorkommt. An Kindern wird wieder gutgemacht, was der Erwachsene als Kind erlitten hat, an ihnen wird bestraft, was der Erwachsene als Kind an sich verachtenswert und hassenswert empfunden hat, ihnen wird „anerzogen“, was der Erwachsene an unerfüllten Kinderwünschen in sich trägt, an

ihnen wird geformt, was dem inneren Bild des Erwachsenen darüber entspricht, wie er als Kind sein wollte oder sein sollte.

Wenn Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Kinder mögen sollen, stoßen sie neben diesen Varianten des „Mögens“ auf noch ein weiteres Hindernis. Kinder sind nicht nur liebenswert. Sie sind auch zu Gemeinheiten, Destruktivität, Hass, Neid, Gier und Rücksichtslosigkeit fähig, Regungen, die ebenso spontan und unverstellt daherkommen können wie ihre Liebe, ihre Anhänglichkeit, Zärtlichkeit, Kreativität und Dankbarkeit. Welches Kind also sollen KJPs mögen? Es fällt schwer, ein Kind nicht zu hassen, das sich in hämischen Triumph über den Therapeuten erhebt: „Hä hä, du Loser!“ oder einem entgegenschleudert: „Halt doch dein Maul, du Wichser“.

Es wird deutlich, dass die Einstellung des Erwachsenen zum Kind von einer grundlegenden Ambivalenz geprägt ist. Das Kind repräsentiert nicht allein die Hoffnung, in ihm könne sich etwas Unerfülltes erfüllen, mit ihm komme etwas Neues, Heilendes in die Welt, mit ihm sei das Leben noch nach allen Richtungen offen – es repräsentiert auch gleichermaßen den Verlust, den der Erwachsene durch die Konfrontation mit der Vergänglichkeit erlebt. Er war Kind und wird es nie wieder sein. Das Kind führt dem Erwachsenen die Generationengrenzen vor Augen, und damit all die anderen Begrenzungen auch, denen das Leben im Fortschreiten der Zeit und mit seinen Möglichkeiten unterliegt.

Es ist schwer vorstellbar, dass alle diese Motive und Schwierigkeiten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht betreffen sollten. Im Gegenteil: gemäß der eigenen Professionalität müssen sich Menschen, die sich die Beschäftigung mit Kindern und Jugendlichen als Beruf gewählt haben, sehr sorgfältig mit der eigenen Motivation zu dieser Berufswahl auseinandersetzen, und zwar gerade mit der verborgenen, unbewussten, vielleicht verpönten Motivation. Es ist kein „Fehler“, wenn unerkannte, unbewusste Motive bei der Berufswahl eine Rolle spielen, das ist bei der Wahl anderer Berufe nicht anders. Ein Spezifikum der Psychotherapie jedoch ist die Arbeit mit der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient(en) – und dies erzwingt die sorgfältige Erkundung der eigenen unbewussten Motive, sich gerade in dieser Weise Kindern und Jugendlichen zuwenden zu wollen. Andernfalls kann es passieren, dass der Psychotherapeut unbewusst die eigenen Bedürfnisse unter Ausnutzung der Abhängigkeit des Patienten verfolgt und diesem damit nicht hilfreich ist und im schlimmsten Fall schadet. Diese Gefahr ist bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen besonders gegeben, da sie aufgrund ihres Alters und ihres Entwicklungsstandes nicht nur objektiv abhängiger sind als erwachsene Patienten, sondern in der Regel auch eine größere Anlehnungs- und Vertrauensbereitschaft mitbringen.

Zu einem guten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gehört also, dass er sich in einem längeren Prozess mit dem eigenen Unbewussten auseinandergesetzt hat und immer wieder auseinandersetzt. Um Kinder zu mögen (und nicht für eigene narzisstische Zwecke zu gebrauchen), muss ein KJP einen guten, achtsamen und humorvollen Kontakt zu den eigenen Ambivalenzen dem Kind gegenüber haben, das man einmal war. Mit anderen Worten, es muss eine stabile Selbstrepräsentanz der eigenen infantilen Anteile geben – den positiven wie den negativen. Er muss also eine gründliche *Selbsterfahrung* durchlaufen. In psychodynamischen Therapieverfahren gibt es dafür auch den ursprünglicheren Begriff der *Lebranalyse*.

Das ist nicht nur eine Frage der Wortwahl. Die Lehranalyse (eigentlich besser: Lernanalyse, worauf Kahl-Popp (2011, S. 117) hingewiesen hat) hat mehrere Ziele: zum einen das Erleben des eigenen Unbewussten und damit die Einleitung eines über die Analyse hinausgehenden Prozesses, mit den eigenen unbewussten Strebungen so in Kontakt bleiben zu können, dass sie nicht mit denen des Patienten verwechselt werden. Jede Lehranalyse hat deshalb ein offenes Ende. Dabei wird ein Kandidat die Erfahrung machen, dass „das Ich nicht Herr im eigenen Haus“ ist (Freud, 1917, S. 11). Das gilt insbesondere für Psychotherapien, in denen sich unweigerlich ein Beziehungsgeschehen, eine Szene (Lorenzer, 2000; Klüwer, 1983) einstellt, die zunächst ein unbewusstes, dynamisches Zusammenspiel evoziert und deren Reflexion auf ihre unbewussten Inhalte hin die entscheidenden Fortschritte in der Therapie erbringen – oder dieselbe, bleibt die Szene unerkannt, stagnieren lässt. Das ist besonders für den Anfänger schwierig, wenn er merkt, dass er anders reagiert als gewohnt, dass Gefühle und Affekte aufsteigen, die ihm unplatziert oder fremdartig vorkommen, oder sich zu Handlungen provoziert fühlt, die zu seinem Selbstbild nicht passen. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Lehranalyse während der Ausbildung erfolgt, und zwar möglichst über die gesamte Ausbildung hinweg, durchaus in unterschiedlichen Settings.

Zum anderen dient die Lehranalyse der Erfahrung der Technik an der eigenen Person. Schließlich dient sie der „Schärfung des Blicks für das Unbewusste durch Arbeit an den eigenen Verdrängungen“ (A. Freud, 1950, S. 1399).

Der Unterschied zur „Selbsterfahrung“ liegt darin, dass in dieser das Selbst sowohl Ausgangspunkt als auch Ziel der Erkenntnis ist. In der Lehranalyse rechnen wir damit, dass der Analysand einem „Selbst“ begegnet, dessen er sich bisher nicht bewusst war und über das er auch nicht verfügt. „Man weiß noch nicht, ob das Selbst, von dem man ausgeht, auch das Selbst ist, an dem man am Ende ankommt“ (Müller, 2015, noch unveröffentlichtes Manuskript). Im psychoanalytischen Kontext wäre Selbsterfahrung die Erfahrung, dass das Selbst sich selbst nie vollständig erfahren kann – und der Wunsch, dies je zu können, als omnipotente Illusion anzuerkennen ist. Psychodynamische Verfahren werden also den Begriff der „Selbsterfahrung“ im Sinne der Lehranalyse verstehen – was nicht ausschließt, dass auch andere Formen der Selbsterfahrung, etwa in kreativen Gestaltungen (s. u.) einbezogen werden.

## 2.2 Selbstreflexion und Introspektion

Eine weitere Fähigkeit hängt damit zusammen: die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur Introspektion. Das ist etwas anderes als Selbsterfahrung. Selbstreflexion, das Nachdenken über sich selbst ist eine genuin menschliche Fähigkeit, die freilich unterschiedlich ausgeprägt ist. Sie bedeutet, dass sich das Ich gewissermaßen in zwei Parteien aufteilt: ein Ich, das nachdenkt, tritt dem Ich gegenüber, über das nachgedacht wird. Die Selbstreflexion wird zur Introspektion, wenn dieses Nachdenken innere Prozesse wie Gefühle und Affekte, Wünsche und Sehnsüchte, innere Konflikte, Phantasien, Träume, Abgewehrtes, Unerwünschtes, Abwehrmechanismen, die Einstellung zu anderen Menschen, die Erinnerung an andere Menschen usw., also all das, was in unserer Psyche vor sich geht, umfasst. Selbstreflexion und Introspektion liegen der spezifisch menschlichen Fähigkeit zur Antizipation zugrunde. Damit kann der Mensch komplexe Geschehensmuster in Raum, Zeit und Kausalität mental vorwegnehmen und vorausplanen, er kann, anders ausgedrückt, gedanklich „probehandeln“. Psychotherapie lässt sich begreifen als mentaler

Raum, in dem mit bisher nicht gedachten Gedanken, bisher nicht fühlbaren Gefühlen, mit Probehandeln experimentiert wird.

Ralf Zwiebel umschreibt die „Präsenz“ als eine von drei zentralen Elementen, die in jeder Psychotherapie unverzichtbar ist. Darin „sind die Wahrnehmung und die Bewusstheit zentral: es geht um eine möglichst umfassende ‚(Selbst-)Bewusstheit‘“ (Zwiebel, 2013, S. 19). „Die therapeutische Situation stellt eine quasi-experimentelle und exemplarische Möglichkeit der Einübung dieser Praxis von Präsenz dar, im günstigen Falle eine spielerische Als-ob-Übung der Erforschung der eigenen inneren Wirklichkeit“ (a. a. O., S. 21). Zu den Implikationen für die Auffassung des Spiels, das in Kindertherapien eine zentrale Rolle spielt, komme ich später.

Es gibt Menschen, bei denen diese Fähigkeiten generell verkümmert sind. Solchen Menschen muss man abraten, Psychotherapeuten zu werden (wenn sie denn je auf diese Idee kommen), wenn nicht die Perspektive gegeben ist, diese Fähigkeiten im Rahmen der Ausbildung zu entwickeln. Warum sie so wichtig sind, erschließt sich mit einem Blick auf das therapeutische Beziehungsgeschehen. Nicht nur wir behandeln ein Kind, einen Jugendlichen – sondern unsere Patienten behandeln auch uns. Was diese „Behandlung“ mit uns macht, in uns auslöst, ist ein entscheidender Faktor, um eine tiefere Erkenntnis über das Noch-nicht-Gewusste, die unbewussten Prozesse zwischen Patient und Therapeut zu gewinnen und sie zu transformieren.

### 2.3 Empathie

Die komplementäre Fähigkeit zu Selbstreflexion und Introspektion ist die Empathie, das Einfühlungsvermögen in andere Menschen. Dabei geht es nicht um die Wortbedeutung von „Mitleid“ im landläufigen Sinne. Empathie ist die Fähigkeit, sich vor allem in die Gefühle und Gedanken, in den inneren Zustand des anderen Menschen hineinzusetzen. Sie ist eine kommunikative Fähigkeit, die vermutlich einen hohen Stellenwert in der Evolution des Menschen hat: Sie ermöglicht bereits präverbal sozial abgestimmte Handlungen, ohne die der auf Kooperation innerhalb eines sozialen Verbundes angewiesene Mensch als Gattung wohl nicht überdauert hätte. S. Freud umschrieb die Einfühlung als einen Vorgang, „der den größten Anteil an unserem Verständnis für das Ichfremde anderer Personen hat“. „... durch den uns überhaupt eine Stellungnahme zu einem anderen Seelenleben ermöglicht wird“ (Freud, 1921, S. 119, 121). Sie entwickle sich aus der Fähigkeit zur Identifikation und der Nachahmung (a. a. O., S. 121). Durch die Empathie lassen sich innerseelische Vorgänge eines anderen Menschen verstehen: auf einer intellektuellen, kognitiven, affektiven und körperlichen Ebene (vgl. Milch, 2008, S. 152). Empathie verweist auf den entwicklungspsychologisch frühen Vorgang, sich von den Gefühlen anderer anstecken zu lassen. Ein großer Teil des Einfühlungsvermögens verläuft unbewusst und entspringt einer spezifischen neuronalen Verknüpfung der Objektwahrnehmung mit der möglichen (simulierten) Handlung, die dieses Objekt hervorruft (vgl. Milch, 2008, S. 155). In der Empathie reagiert also der Therapeut mit seinem Unbewussten auf das Unbewusste des Patienten – und umgekehrt.

In verschiedenen psychoanalytischen Schulen (Objektbeziehungspsychologie, v. a. Selbstpsychologie) kommt der Empathie ein hoher Stellenwert zu – auch als transformierendes Agens in der Psychotherapie. Für Kohut ist sie „stellvertretende Introspektion“ und zentral für die Datengewinnung über den Patienten, aber auch, um die affektive Beziehung zum Patienten aufrechtzuerhalten.

Die Fähigkeit zur Empathie erfordert zwei Gruppen von Kompetenzen:

- Zum einen affektive Resonanz, ein Einlassen auf die innere Welt des Anderen, Perspektivenübernahme, ein Maß an innerer Nachahmung, „eine Meile in den Mokassins des anderen zu gehen“ (indianisches Sprichwort).
- Andererseits aber auch, sich wieder zu distanzieren, die eigene Reaktion kritisch zu betrachten, nach der Meile wieder in die eigenen Schuhe zu steigen, dem Sog der Verschmelzung oder der umfassenden Identifikation nicht nachzugeben; mit anderen Worten, eine gute Subjekt-Objekt-Differenzierung.

## 2.4 Negative capability

Eine mit der Empathie in Zusammenhang stehende Fähigkeit ist die von Wilfred Bion in Anlehnung an den englischen Dichter John Keats sogenannte negative capability, die „negative Fähigkeit“. Damit ist die Fähigkeit gemeint, Überraschendes, Unverstandenes, Paradoxes und Verwirrendes, das in der therapeutischen Situation entsteht, auszuhalten und es nicht vorschnell in Verstehensmodelle einordnen zu wollen. Nur so entsteht ein Raum, schmerzhaft, fremdartig, dem Therapeuten unbekannt, emotionale Erfahrungen als solche erlebbar zu machen, nur so entsteht auch ein Raum für kreative Entfaltung in der therapeutischen Beziehung. Die Therapie selbst und der Therapeut stellen auf diese Weise einen „Container“ zur Verfügung, in dem dieses verwirrende Affektgemenge gehalten wird; den Zugang zum Verstehen bildet in erster Linie ein träumerisches Ahnungsvermögen, von Bion „Reverie“ genannt. Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist die negative capability deshalb von besonderer Bedeutung, weil sie den spielerischen und kreativ-gestalterischen Möglichkeiten von Kindern und Jugendlichen, die diesen als Ausdrucksmittel der inneren Welt weitaus mehr zur Verfügung stehen als die Sprache und verbale Assoziationen, Raum geben. In einem weiteren Sinn betrifft dies auch die Ambiguitätstoleranz – also die Fähigkeit, Fremdartiges, Widersprüchliches und Gegensätzliches als solches zu ertragen, ohne es in eigene vorgefertigte kognitive Schemata zwingen zu wollen.

## 2.5 Oszillieren, Triangulierung

Aus den bisherigen Überlegungen ergibt sich eine weitere Kompetenz, die sich auch in den übrigen hier diskutierten Kompetenzbereichen als zentral erweist: die Fähigkeit, zwischen verschiedenen Sichtweisen, Einstellungen und Haltungen zu oszillieren. Dies ist nicht zu verwechseln mit Beliebigkeit, das Oszillieren hat in größter Aufmerksamkeit und Achtsamkeit zu erfolgen. Zwischen der größtmöglichen Identifikation mit den verschiedenen Anteilen des Patienten im empathischen „Nachspüren“ einerseits und der Distanzierung davon im Nachspüren der Wirkung auf die eigene Person andererseits, zwischen dem Sicheinlassen auf die Szene des Patienten und dem Heraustreten aus der Szene, um eine reflektierende Position (wieder-)zugewinnen, zwischen dem Nichtwissen und der Transformation des Nichtwissens in einem Verarbeitungsprozess, der zu einem kohärenten Bild von der inneren Welt des Patienten führt, stellen sich im Hin und Her des Oszillierens Regelkreise her, die zu höherer Bewusstheit führen. Ein ähnliches Oszillieren findet auch zwischen der zentralen psychoanalytischen Haltung der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ und der theoriegeleiteten Hypothesenbildung statt.

Die Fähigkeit zum Oszillieren erweitert sich zur Fähigkeit zur Triangulierung. Ist die psychotherapeutische Situation per se eine trianguläre, insofern sie zwischen Eltern



und Kind eine dritte Instanz errichtet, ebenso zwischen dem unmittelbaren Erleben der Übertragung und der Gegenübertragung die reflektierende Haltung und die deutende Intervention, so gerät sie unter der Hand zur Dyade. In die Konfliktkonstellationen und Kompensationsversuche des Patienten wird der Therapeut unweigerlich hineingezogen – wir haben gesehen, dass dies notwendig und gewollt ist. Damit aber stellt sich in der unmittelbaren therapeutischen Situation, die bei Kindern viel mehr noch als bei Erwachsenen unweigerlich auch ein direktes spielerisches Mitagieren bedeutet, ein dyadisches Muster her, in dem sich die inneren Konflikte des Kindes spiegeln – etwa in inszenierten Machtkämpfen, Versorgungssituationen, in Idealisierungen und Entwertungen, in symbiotischem Verschlingen und verächtlichem Ausstoßen usw. (vgl. Hüller, 2011, S. 394). Es ist Aufgabe des Therapeuten, immer wieder einen „dritten Ort“ zu finden, von dem aus über das Geschehen nachgedacht, wo es verdaut werden kann und er seine Neutralität gegenüber den divergenten Strebungen des Patienten wiedergewinnen kann. Die Fähigkeit zur Triangulierung ist nicht allein ein technischer Kunstgriff, sie beruht vielmehr auf einer Konfiguration innerer Objekte. Mit anderen Worten, ein Therapeut muss auf innere triadische Strukturen in seiner psychischen Repräsentanzwelt zurückgreifen können. Die Fähigkeit zum Oszillieren liegt auch der Fähigkeit zum Perspektivwechsel (s. u.) zugrunde.

### 3 Fachlich-praktische Kompetenzen

#### 3.1 Pädagogische Kompetenzen

Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut muss wissen, „wie Kinder und Jugendliche sind“. Dazu gehört zunächst ein Wissen über die normale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und über die sich stetig wandelnden Strukturen von Familie. Ein Wissen über Sozialisationsinstanzen wie Hort, Kindergarten, Schule, Ausbildung, Peergroup, Medien usw.; über ihre Lebenswelten, über den Einfluss von Kultur und Gesellschaft und deren Wandel auf Kindheit und Jugend ist ebenso unabdingbar; auch eine gründliche Kenntnis rechtlicher Rahmenbedingungen, wie etwa das Kinder- und Jugendhilfegesetz, das Elternrecht usw. Bisher war es selbstverständlich, dass die meisten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über ein solches Wissen verfügen, kamen sie doch mehrheitlich aus pädagogischen Berufen.

Aber dieses theoretische Wissen allein genügt nicht. Wie Kinder und Jugendliche sind, erfährt man in einem pädagogischen Handlungsfeld, in dem man sich unmittelbar mit ihnen auseinandersetzt, man muss sich mit seiner Person zur Verfügung stellen, um ihnen Entwicklung zu ermöglichen. Die basale Erfahrung, die Pädagogen dabei machen, ist das Gewährwerden, dass Erziehung im Wesentlichen Beziehung ist – und nicht die Anwendung pädagogischer Richtigkeiten. Diese Erfahrung ist die beste Voraussetzung, mit Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch zu arbeiten – denn auch diese Arbeit ist Beziehungsarbeit, freilich in einem anderen Setting, mit einer anderen Haltung und anderen Zielen. Ich sehe mit der allergrößten Sorge, dass die künftige Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf diese enorme Ressource verzichten könnte. Es sind seit jeher die Pädagogen, die in unmittelbaren Handlungszusammenhängen mit Kindern und Jugendlichen stehen – nicht die Psychologen, die bezüglich Kindern und Jugendlichen beruflich ganz andere Rollen einnehmen.

Freilich gilt auch hier, was oben über das Oszillieren gesagt wurde: In der Psychotherapie selbst wird es immer Elemente geben, die genuin pädagogisch sind (vgl. Burchartz, 2010b). Besonders Kinder sind auf die Fürsorge und Verantwortungsübernahme durch den Erwachsenen angewiesen – davon sind Psychotherapeuten nicht ausgenommen. Aber Psychotherapie ist nicht Pädagogik. Es wird immer ein Oszillieren geben, wie weit pädagogische Einflussnahme – etwa was den Rahmen betrifft oder basale Hilfestellungen – gehen muss und wie die psychotherapeutische Haltung, sich nicht in umfassende Bedürfnisbefriedigung hineinmanövrieren zu lassen, aufrechterhalten werden kann.

### 3.2 Verfahrensspezifische Kompetenzen

Es gibt eine Fülle von psychotherapeutischen Kompetenzen, die teils verfahrenübergreifend, teils verfahrensspezifisch sind. Sie alle hier im Detail aufzufächern, sprengt den Rahmen dieses Beitrags bei Weitem (vgl. dazu Burchartz, 2015). Ich möchte es bei folgender unvollständigen Aufzählung belassen, es wird zu diskutieren sein, in welcher Weise sie in einer Ausbildung erworben werden können.

- Die Gestaltung der Erstbegegnung, sowohl mit der Familie, dem Kind oder dem Jugendlichen als auch mit deren Eltern
- Der diagnostische Prozess
- Die Indikationsstellung und Ressourcenerhebung
- Behandlungstechniken für verschiedene Entwicklungsalter vom Säugling bis zur Adoleszenz
- Die Erarbeitung eines Fokus
- Die Herstellung eines Arbeitsbündnisses
- Die Einleitung eines psychotherapeutischen Prozesses in verschiedenen Settings: Krisenintervention, Kurzzeitpsychotherapie, Langzeitpsychotherapie, analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Die Etablierung und Aufrechterhaltung des Rahmens
- Die Wahrnehmung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand sowie deren Handhabung in der Therapie
- Die Aufrechterhaltung der Präsenz des Therapeuten (vgl. Zwiebel, 2013)
- Die Elternarbeit und die Bearbeitung konflikthafter Familiensysteme
- Techniken verschiedener Deutungsebenen und therapeutischer Interventionen
- Die Arbeit mit Spiel, Traum und kreativen Gestaltungen
- Stabilisierungstechniken
- Die Gestaltung von Therapieende und Abschied
- Und so weiter

Ich greife hier auf die Beschreibungen von Kompetenzen bei verschiedenen Autoren in der Einleitung zurück. Die meisten dieser Kompetenz lassen sich den o.g. zu erlernenden fachlich-praktischen Kompetenzen eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugrunde legen, allerdings sind sie, wie bereits erwähnt, der Sicht von Erwachsenen-Psychotherapeuten entsprungen. Sie erfassen einige Spezifika der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nicht, von denen ich zwei besonders herausgreifen und pars pro toto hier darstellen möchte: die Besonderheiten in der Gestaltung des Rahmens, welche der Abhängigkeit des Kindes / des Jugendlichen von seinen Be-

zugspersonen geschuldet ist, und die Unterschiede in den Ausdrucksmöglichkeiten von Kindern und jüngeren Adoleszenten.

### **3.2.1 Die Fähigkeit, einen therapeutischen Rahmen zu etablieren und aufrechtzuerhalten**

Eine therapeutische Beziehung kann ihre heilende Wirkung nur entfalten, ja sie kann eine solche überhaupt nur werden, wenn sie innerhalb eines klaren Rahmens stattfindet. In der Regel ist deshalb die Rahmenvereinbarung und deren Aufrechterhaltung bereits Teil der Psychotherapie, zumal sich eine Vielzahl von Widerständen am Rahmen manifestiert. Die Herstellung einer gelungenen Rahmenvereinbarung, die einerseits die Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt, andererseits aber klare und haltende Regelungen für die Psychotherapie definiert, ist daher eine wichtige fachliche Kompetenz eines Psychotherapeuten. In der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist dies aus folgenden Gründen eine besondere Herausforderung:

- Kinder kommen nicht von sich aus in Therapie, sie bringen in der Regel auch keine eigene Motivation mit, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, und haben keinen Auftrag an den Psychotherapeuten. Das Störende empfinden die Eltern oder andere Bezugspersonen. Das bringt einige Schwierigkeiten in der Etablierung eines Arbeitsbündnisses mit sich, und nicht wenige Psychotherapien scheitern bereits an diesem Punkt, wenn der Psychotherapeut etwas ratlos bemerken muss, das Kind „arbeitet halt einfach nicht mit“.
- Ganz besonders ist die Rahmenvereinbarung davon betroffen. Es gibt zunächst keine Einsicht, dass man ein- oder mehrmals in der Woche zum Psychotherapeuten kommen soll, dass die Stunde pünktlich beginnt und pünktlich endet, zu schweigen von Vereinbarungen zu ausfallenden Stunden, möglichen Absagen, Bereitstellungshonorar usw.
- Anders als der Erwachsenen-Psychotherapeut, der es bei diesen Vereinbarungen mit einem Erwachsenen-Ich zu tun hat, haben es Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem noch unreifen kindlichen Ich zu tun. Es muss also eine kindgerechte, dem Kind verständliche und nachvollziehbare Vereinbarung getroffen werden, die dem Kind auch die Verzichte ermöglicht, die es zunächst mit der Psychotherapie eingeht („dann kann ich ja gar nicht mehr so viel spielen“; „da habe ich doch Fußballtraining“ usw). Es muss auch den Eltern möglich sein, dem Kind seine Psychotherapiestunden zu ermöglichen, unter Umständen sind noch andere Instanzen wie Schule oder Hort mit einzubeziehen. Und: Jedes Jahr ändern sich sämtliche Stundenpläne!
- Schließlich sind jüngere Kinder abhängig, dass sie pünktlich gebracht und abgeholt werden. Wer ist für Verspätungen verantwortlich? Ist es das Kind, das herumgetrödelt hat? Macht das jüngere Geschwister Schwierigkeiten? Ist es die Mutter oder der Vater, die oder der zu spät losfährt? Wer „hat“ den Widerstand? Oder ist er eine kollusive Gemeinschaftsproduktion? Oder sind es Umstände, die niemand beeinflussen kann?

Es verlangt dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einiges an Flexibilität ab, mit diesen Phänomenen therapeutisch förderlich umzugehen. Er muss über die Kunst verfügen, einerseits die komplizierten Lebenswelten von Familien einfühlsam zu respektieren, andererseits aber mit dem nötigen Takt die Widerstände an der richtigen Stelle

aufzugreifen – beim Kind oder/und bei den Eltern. Er muss also auch hier zwischen mehreren Ebenen oszillieren können: dem manifesten und ichnahen Verhalten des Kindes, dem Unbewussten des Kindes, ebenso den entsprechenden Ebenen bei den Eltern, dem unbewussten kollusiven Zusammenspiel in der Familie, der Übertragungsbedeutung der Phänomene und seinen eigenen Gegenübertragungen – zugleich aber auch auf der Einhaltung der Vereinbarungen zu bestehen. Deutlich wird an dieser Stelle, dass sich pädagogische Erfahrung, bisweilen auch psychoedukative Interventionen und psychotherapeutische Haltung verschränken und gut ausbalanciert werden müssen.

### 3.2.2 Die Fähigkeit zum Spielen

Lange Zeit hielt man Kinder nicht für psychoanalytisch oder psychotherapeutisch behandelbar, weil ihnen die Voraussetzungen für die Gestaltung der sprachlich geprägten Konzepte der freien Assoziation und des Nachvollzugs verbaler Deutungen fehlen, wie sie in der Psychoanalyse mit Erwachsenen entwickelt wurden. Die erste psychoanalytische Behandlung eines Kindes, von der wir wissen (der „kleine Hans“, Freud, 1909b), erfolgte denn auch indirekt mithilfe einer erwachsenen Bezugsperson, dem Vater des Patienten. Ein Fortschritt ergab sich erst nach Einführung des Spiels als therapeutisches Medium, als Parameter in die psychoanalytische Behandlung von Kindern. Bereits Hermine von Hug-Hellmuth nutzte das Spiel des Kindes in der Kinderanalyse, ebenso Anna Freud. Eine eigentliche Spieltechnik entwickelte dann Melanie Klein. Das Spiel ersetzte in der Kinderanalyse die verbalen Assoziationen, die Kindern nicht möglich sind. Komplementär dazu muss die „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ als Pendant der freien Assoziation bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien ergänzt werden durch das Oszillieren zwischen verschiedenen Spielebenen. Spielerische und gestalterische Handlungen auf der Ebene der kindlichen Phantasietätigkeit sind bis heute wesentliche Unterscheidungsmerkmale zwischen Kinder- und Erwachsenenpsychotherapien.

Mit der Fähigkeit zum Spielen ist nicht gemeint, dass ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut möglichst viele Spiele kennen und beherrschen muss. Spielen wird hier aufgefasst als ein Seins-Modus, als eine grundlegende menschliche Art und Weise, in der Welt zu sein, „eine Grundform von Leben“ (Winnicott, 1974, S. 62). Für Piaget ist Spiel der assimilatorische Pol der Anpassung, also die Fähigkeit des Menschen, sich die Umgebung so zu gestalten, dass ihm eine optimale Existenz in ihr möglich ist. Das Spiel ist, über die Lebensalter hinweg, „schöpferische Phantasie, die assimilatorische Aktivität im Zustand der Spontaneität ist“ (Piaget, 1975, S. 363). Im Spiel eignet sich das Kind aktiv seine Welt an und formt sie nach seinen Wünschen, Bedürfnissen, Ängsten und Konflikten – so wie es der schöpferische Mensch mit seiner Phantasietätigkeit lebenslang unternimmt (vgl. Burchartz, 2015, S. 160, ff.). Spielen ist also weniger ein defensives Manöver, auch keine spezielle „Technik“, vielmehr eine aktive und kreative Haltung gegenüber der Welt und ihren Objekten. Spielen in ihrer Entwicklung beeinträchtigte Kinder weitgehend im „Äquivalenz-Modus“, also in der Gleichsetzung von innerer und äußerer Realität (ähnlich Segal, 1995: „symbolische Gleichsetzung“), so entwickelt sich in Wechselwirkung zum Fortschreiten der Mentalisierungsfähigkeit das Spiel im „Als-ob-Modus“. „So zu tun, als ob“, setzt eine mentale Haltung voraus, bei der die Realität in Gegenwart der – und mit einem Blick auf die – Psyche des Anderen symbolisch transformiert wird. Der Erwachsene ... hält das Gerüst der äußeren Realität aufrecht, während er gleichzeitig den

mentalen Zustand des Kindes korrekt repräsentiert.“ (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004, S. 56). Hier sei angemerkt, dass das „Als-ob-Spiel“ nicht allein die genannte mentale Haltung voraussetzt, sondern sie auch bildet. Es ist auch entscheidend für die Bildung der Symbolisierungsfähigkeit und letztlich für die Entwicklung des Denkens. Das Zitat zeigt, welche enorme kurative Bedeutung das Spiel in der Kinderpsychotherapie hat. Wir können das Spielen als Phantasietätigkeit, die Handeln, Phantasieren, Denken und nicht zuletzt unbewusste Transformationen umfasst, als kreative Grundhaltung des Menschen begreifen. Bereits vorgeburtlich spielt der Fötus mit seinen eigenen Gliedmaßen, und es bilden sich erste rudimentäre Körper-Selbstrepräsentanzen. Jede Mutter, jeder Vater weiß, wie intensiv ein kleines Baby seine Umwelt beeinflussen und damit transformieren kann. Letztlich können auch intrapsychische Vorgänge wie Abwehr- oder Bewältigungsmechanismen als spielerisch-kreative Akte aufgefasst werden. Die grundlegende Bedeutung des Spielens für die Psychotherapie hat Donald W. Winnicott herausgearbeitet. Das Spiel ist für ihn ein Ereignis in einem intermediären oder potentiellen Raum. Hier überschneiden sich innere und äußere Realität. Die Fähigkeit zum Spielen ist für ihn Voraussetzung für die Therapie: „Psychotherapie geschieht dort, wo zwei Bereiche des Spielens sich überschneiden: der des Patienten und der des Therapeuten. Psychotherapie hat mit zwei Menschen zu tun, die miteinander spielen“ (Winnicott, 1974, S. 49). Ein Patient, der nicht spielen kann, muss in der Psychotherapie zunächst an diese Fähigkeit herangeführt werden. Das Spielen in der Therapie *„muss spontan sein, nicht angepasst oder gefügig, wenn die Psychotherapie gelingen soll“* (Hervorhebung Winnicott, ebd., S. 63). In ähnlicher Weise muss aber auch beim Psychotherapeuten die Fähigkeit zum Spielen vorhanden sein! Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut muss einen Zugang haben zu seinen spielerisch-kreativen Potentialen, zu phantasievollen Gestaltungen mit verschiedenen Medien. Die Vertiefung dieser Fähigkeiten in speziellen Settings der Selbsterfahrung scheint mir von hoher Bedeutung für die Ausbildung zu sein. Nicht zuletzt sei hier darauf hingewiesen, dass sich Therapieverfahren, die sich spezieller kreativer Ausdrucksmittel bedienen, gerade in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als enorm hilfreich erwiesen haben: Kunsttherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie, kathartisch-imaginative Verfahren, Sandspiel-Therapie, Psychodrama usw.

#### 4 Wissenschaftliche Kompetenzen

Psychische Vorgänge entziehen sich der direkten Beobachtung. Sie lassen sich an ihren Korrelaten im Wahrnehmen, Verhalten, Fühlen und Denken erschließen und beschreiben. Wenn sie sich nicht auf rein praktische, alltagsnahe, mehr oder weniger populäre und kaum überprüfte Handlungsmodelle verlassen will, ist Psychotherapie deshalb auf eine Reflexionsebene angewiesen, die eine Vorstellung davon hervorbringt, wie die psychische (und psychosomatische) Dimension des menschlichen Lebens „funktioniert“. Psychotherapie braucht eine „Metapsychologie“. Solche Vorstellungen müssen verallgemeinert und überprüft werden und so eine Plausibilität für andere Forscher und Wissenschaftler hervorbringen können. Mit der Entwicklung und Validierung solcher „Modelle vom Menschen“ beschäftigen sich die Humanwissenschaften, deren eine die Psychologie und speziell die Psychotherapie ist.

Solche Modelle bringen handlungsleitende Konzepte hervor, wie psychische Störungen entstehen, aufrechterhalten werden und wie sie geheilt oder abgemildert werden können. Umgekehrt aber ist inzwischen kaum mehr strittig, dass diese Modelle oder handlungsleitenden Konstrukte nicht unabhängig sind von der Art und Weise der Erkenntnisgewinnung und der initialen Fragestellung, auch nicht unabhängig vom Forschungsgegenstand selbst. Nicht zuletzt ist natürlich der Nachweis unverzichtbar, dass und in welchem Ausmaß handlungsleitende Konstrukte auch das bewirken, was sie behaupten zu erreichen – es muss also ein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden, auch deshalb, weil Psychotherapie im Gesundheitswesen als Kostenfaktor vorkommt. Der Komplex von Erkenntnisgewinnung, Theorienbildung, handlungsleitenden Konstrukten, Überprüfbarkeit und Wirksamkeit lässt sich als die wissenschaftliche Dimension der Psychotherapie beschreiben.

Dieser Beitrag begibt sich an dieser Stelle auf ein strittiges und weites Terrain. Denn was Wissenschaft ist, welche Wege der Erkenntnisgewinnung als wissenschaftlich anerkannt werden usw., ist innerhalb der Wissenschaft selbst durchaus strittig und unterliegt kulturell-zeitgeschichtlichen Strömungen, Fragen von Macht und Einfluss und nicht zuletzt auch – eingestandenen oder uneingestandenen – persönlichen und wirtschaftlichen Interessen. Es ist hier nicht der Ort, die wissenschaftstheoretische Entwicklung und ihre Konflikthaftigkeit bezüglich unseres Gegenstandes nachzuzeichnen. Einen guten Überblick bietet Mertens (2014, S. 88-134).

Für die Kompetenz eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wichtig ist nicht allein, dass er sich mit den wichtigsten wissenschaftlichen Modellen seines Gegenstandes vertraut gemacht hat, zusammen mit diesem Lernvorgang auch selbst in die Lage versetzt wird, wissenschaftlich zu arbeiten, sondern sich vielmehr auch auf ein oder mehrere wissenschaftlich begründete Modelle in seiner psychotherapeutischen Arbeit beziehen kann.

#### **4.1 Die Fähigkeit, auf wissenschaftlich begründete Modelle zurückzugreifen**

Das wissenschaftliche Studium stellt einen Interpretationsrahmen zur Verfügung, wie psychische Phänomene bei Patienten und in der Beziehung zu ihnen verstanden und eingeordnet werden können. Dieser Bezugsrahmen führt aus der Unmittelbarkeit des Erlebens und Wahrnehmens in der psychotherapeutischen Situation heraus und befähigt den Psychotherapeuten, eine reflexive und selbstreflexive Haltung einzunehmen, die sich auf Erkenntnisse stützt, die zumindest von einem großen Teil der Kollegen wissenschaftlich anerkannt werden. Solche Erkenntnisse sind notwendigerweise immer komplex und umfassen mehrere Ebenen des psychischen Geschehens. Daraus ergeben sich handlungsleitende Konstrukte, die letztlich in Interventionen münden, die ebenfalls wissenschaftlich begründet sind. Die Ergebnisse dieser Interventionen müssen dann ihrerseits wieder auf die Modelle bezogen werden und anhand dieser kritisch überprüft werden. Der Einfluss der klinisch-praktischen Tätigkeit auf die Metaebene der Bildung wissenschaftlicher Modelle hat vor allem S. Freud betont, indem er auf das „Junktum zwischen Heilen und Forschen“ in der Psychoanalyse hingewiesen hat (Freud, 1927, S. 293). Im Grunde nehmen alle Beteiligten einer Psychotherapie eine forschende Haltung ein, das bisher Unbekanntes und „das Unbegriffene darzustellen, zu erkunden und zu reflektieren“ (Kahl-Popp, 2011, S. 120). So ergibt sich ein ständiger Kreislauf, der sich aus dem Oszillieren zwischen wissenschaftlichem Modell und konkreter psychotherapeutischer Arbeit in der Beziehung mit einem individuellen Patienten und dem einmaligen Prozess seiner Psychotherapie

herstellt. Leider hat sich die psychotherapeutische Forschung lange Zeit auf eine einseitige wissenschaftstheoretische Position festgelegt und weitgehend an die Universitäten zurückgezogen und sich dadurch weit von den Erfahrungen von Psychotherapeuten in klinisch-praktischer Tätigkeit entfernt, selbst naturalistische Studien gelten als minderwertig gegenüber quantitativen RCT-Studien, die eine Labor-Situation erfordern, wie sie im Alltag psychotherapeutischer Praxen und institutioneller Psychotherapie so gut wie nicht vorkommt. Das liegt auch daran, dass sich praktisch tätige Psychotherapeuten kaum für die Forschung und ihre Ergebnisse interessieren (vgl. Padberg, 2012) – ein Manko, dem in der wissenschaftlichen Ausbildung von Psychotherapeuten begegnet werden muss. Psychotherapeuten müssen eine wissenschaftliche Ausbildung auf einem Niveau haben, von dem aus sie zu wissenschaftlicher Forschungstätigkeit befähigt sind.

Handlungsleitende Modelle und ihre konkret-praktischen Auswirkungen sind implizit jeder sozialen Interaktion inhärent – allerdings mit dem Unterschied, dass sie meist unbewusst verlaufen und nicht von einem wissenschaftlichen Standpunkt aus erfolgen, sondern eher den Wünschen, Ängsten und dem Begehren der Interagierenden unterliegen. Wissenschaft in der Psychotherapie wird sich zwar vielleicht dem Ideal „sine ira et studio“ annähern können, aber besser noch eben diese Vorgänge zum Gegenstand ihres Interesses machen.

*Ein Beispiel:* „Manuela pinkelt ja nur deshalb ins Bett, weil sie Aufmerksamkeit haben will.“ Das ist ein, wenn man so will, verbreitetes „populärwissenschaftliches Modell“, das sich nicht nur auf keinerlei wissenschaftlich überprüfte Erkenntnis bezieht, sondern selbst schon Gegenstand einer Untersuchung wert ist. Ein Psychotherapeut wird sich hier nicht allein auf sein Wissen über die komplexen Zusammenhänge einer Enuresis und deren Einordnung in die von ihm bevorzugten Modelle beziehen, er wird sich auch fragen, welchen Sinn und welche Bedeutung diese Haltung der Eltern ihrem Kind gegenüber hat. Er wird vielleicht beobachten, dass diese Haltung zunächst dazu dient, die Eltern von eigenen schwierigen Gefühlen zu entlasten, die konsequent versuchen, das Phänomen nicht zu beachten, weil ja Manuela anders „Aufmerksamkeit“ zu erheischen lernen soll. Sie versuchen, die Folgen dieses störenden Symptoms irgendwie zu bewältigen, es vor anderen zu vertuschen, zu verharmlosen usw. – was aber nicht zum Erfolg führt, im Gegenteil, es wird immer schlimmer, bis dann nach einer langen Leidenszeit das Eingeständnis, nicht mehr weiterzuwissen, in eine Psychotherapie führt. Dass man nicht damit weiterkommt, hier nun die „private Theorie“ des Psychotherapeuten an die Stelle der „privaten Theorie“ der Patienten zu setzen, liegt auf der Hand. Die professionelle Haltung des Psychotherapeuten muss also einer Konzeptqualität entspringen, und diese Qualität muss sich aus wissenschaftlichen Modellen speisen.

#### **4.2 Die Fähigkeit, einen Prozess der Rezeption wissenschaftlicher Konzepte aufrechtzuerhalten**

Wie in anderen wissenschaftlichen Bereichen auch, bleibt die Erkenntnis in der Psychotherapie nicht stehen. Ein Psychotherapeut muss bereit sein, seine Modelle immer wieder an neuen Erkenntnissen zu überprüfen. Das erfordert ein fortlaufendes Literaturstudium. Aber ein professioneller Psychotherapeut weiß auch, dass er bestimmte Vorlieben für die einmal erarbeiteten eigenen wissenschaftlichen Modelle pflegt, was ihm die Überprüfung seiner erworbenen Routinen erschwert. Ein Austausch in kollegialen Interventionszirkeln, in

denen unterschiedliche Sichtweisen zusammentreffen, in denen aber auch die persönliche therapeutische Praxis kritisch reflektiert wird, ist deshalb unerlässlich. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sollte sich auch die wissenschaftliche Neugier erhalten – in Kontakt zu seinem Institut, auf Fortbildungen, Tagungen und Kongressen.

In der Psychotherapie stehen wir nach einer fast 120-jährigen Entwicklung vor einer Vielzahl wissenschaftlicher Modelle und Verfahren, die untereinander mitunter erbittert konkurrieren und deren Ergebnisse sich teils weit voneinander entfernt haben und inkompatibel erscheinen. Selbst innerhalb der psychodynamischen Verfahren lässt sich schon lange nicht mehr von einer Einheitlichkeit der Psychoanalyse ausgehen, vielmehr hat sich diese in einer Vielzahl von „Schulen“ ausdifferenziert, die immer wieder Mühe haben, selbst die Grundbegriffe der Psychoanalyse kohärent zu kommunizieren. Eine übergeordnete Instanz, die eine Vereinheitlichung bewirkt, fehlt, wünschenswert ist eine solche jedenfalls nicht, wie viele gescheiterte Versuche in dieser Richtung gezeigt haben. Wir müssen in unserem Fach von einer wissenschaftlichen Pluralität ausgehen, die selbst Grundvoraussetzungen wissenschaftstheoretischer Art umfasst. An die Stelle exklusiver und womöglich dogmatischer Festlegungen muss der interkollegiale wissenschaftliche Diskurs treten, in dem sich immer wieder neu konstituiert, was Psychoanalyse und in einem weiteren Sinne Psychotherapie ist. Man kann, so Mertens (2010), nicht umhin, „bestimmte Konzepte – ob implizit oder explizit – zu verwenden, und ... es (kann) sinnvoll und nützlich sein, diese Konzepte von Zeit zu Zeit gründlich zu reflektieren, um erhaltenswerte Bestandteile davon in das neu zu begründende Paradigma zu übernehmen“ (S. 13).

### 4.3 Die Fähigkeit zur Perspektivenvielfalt

Die Pluralität psychotherapeutisch-wissenschaftlicher Modelle führt in der Praxis dazu, dass Psychotherapeuten mehrere Zugänge zum Verstehen psychischer und psychopathologischer Phänomene zur Verfügung stehen, die in der Regel auch genutzt werden. Man kann – um im Rahmen der psychodynamischen Verfahren zu bleiben – eine psychische Manifestation innerhalb der therapeutischen Beziehung unter triebdynamischen, objektrelationalen, ichpsychologischen, selbstpsychologischen, bindungstheoretischen, intersubjektiven usw. Gesichtspunkten erfassen und verstehen – und manchmal eignet sich ein theoretischer Rahmen besser als ein anderer, um zu einer hilfreichen Intervention zu kommen. Es gilt also nicht nur, eine Perspektivenvielfalt hinsichtlich psychischer Ebenen i.S. des topischen Modells oder hinsichtlich der Diversität psychischer Repräsentanzen sowie der beteiligten Personen einzunehmen, sondern auch hinsichtlich theoretischer Konzeptionen. Diese Perspektivenvielfalt ist eine wesentliche Kompetenz heutiger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, wenn sie sich um eine eigene psychotherapeutische Identität zentriert. Gefahr lauert, wenn sie in Beliebigkeit oder gar in ein „Methodenhopping“ abgleitet, das zumeist nichts anderes ist als ein gemeinsames Agieren von Widerstand und Vermeidung negativer Übertragungen. Es wird hier nicht einer „integrativen Psychotherapie“ das Wort geredet, vielmehr geht es um ein Ausbalancieren widersprüchlicher Theoreme vs. voreiliger Festlegung auf ein monolithisches Konstrukt. Die Aufrechterhaltung bzw. Wiedergewinnung eines „inneren Dialogs“ analog zum wissenschaftlichen Diskurs scheint mir eine brauchbare Vorstellung für die fortwährende psychotherapeutische Identitätsbildung zu sein.



#### 4.4 Die Fähigkeit zur Authentizität

Unseren Patienten wird es wenig weiterhelfen, wenn Psychotherapeuten ihre wissenschaftlichen Modelle lediglich anwendungsbezogen vollziehen. Die Lebendigkeit der Interaktion zwischen zwei Individuen weicht dann allzu leicht einer starren Schablone, die für keine der beiden Seiten eine Entwicklung und eine Lernerfahrung in Gang setzt. Hinter und in seiner Wissenschaft muss der Therapeut als individueller Mensch erkennbar bleiben – und jeder praktizierende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kennt die Erfahrung, dass Kinder und Jugendliche nicht ruhen, bis sie den Menschen im Therapeuten herausgefordert und kenntlich gemacht haben. Otto Fenichel: „Der Patient muss sich auf das ‚Menschsein‘ des Analytikers immer verlassen können“ (Fenichel 2001, S. 79). Die Aneignung wissenschaftlicher Modelle ist immer durchmischt von persönlichen Präferenzen des Psychotherapeuten und wird nie „rein“ zu vollziehen sein – das wäre eine Illusion, die im Übrigen die notwendige Selbstreflexion verhindert. Für die Ausbildungssituation ist die Gewinnung einer eigenen psychotherapeutischen Identität und Authentizität die vielleicht größte Herausforderung, müssen sich Kandidaten doch auf Verstehensmodelle einlassen, die zunächst nicht die ihren sind und ihnen fremd vorkommen, ja die eigene Persönlichkeit erschüttern. Die Fähigkeit zur Authentizität entwickelt sich in einem lebenslangen Prozess und stellt sich als sichere innere Balance vielleicht erst nach Jahren ein, sie umschließt auch den Zugang zur eigenen Vitalität und Spontaneität. Es geht dabei nicht um ein unreflektiertes Agieren – im Gegenteil, was über das Oszillieren gesagt wurde, gilt auch hier. Aber ebenso kann das starre Festhalten an einmal gewonnenen Modellen und ihren handlungsleitenden Implikationen ein angstmotiviertes Agieren sein – unter Berufung auf eine wie immer geartete wissenschaftliche Autorität.

## 5 Ausblick

Was macht einen guten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus? Kurz gefasst und auf die drei Kompetenzbereiche bezogen:

- Er muss psychisch so gesund wie möglich sein, um sich dem kranken Kind zuwenden zu können
- Er muss in seiner Profession fachlich-praktisch ausreichend gut sein (nicht perfekt – das wäre kontraproduktiv)
- Er muss wissenschaftlich befähigt und neugierig sein und dabei seine Authentizität entwickeln und bewahren

In den genannten Dimensionen werden diese Kompetenzen erworben:

- In der Lehranalyse oder Selbsterfahrung
- In einer fachlich-praktischen Ausbildung, die von Anfang an den reflektierten und supervidierten Kontakt mit Patienten vorsieht (praktische Kompetenzen lassen sich nicht rein theoretisch erwerben!)
- In einem wissenschaftlichen Studium, das zu wissenschaftlichem Arbeiten und Forsuchen sowie zur Perspektivenvielfalt befähigt und zur Authentizität ermutigt.

Wie diese Ausbildung unter den Bedingungen der Ausbildungsreform ausgestaltet werden kann, ist nicht Gegenstand dieses Artikels. Ich hoffe aber, dass er dazu einen kleinen Beitrag leisten kann.

## 6 Literatur

- Burchartz, A. (2010b). Psychoanalytische Therapie und Pädagogik. Ein Werkstattbericht. In E. Heinemann & H. Hopf (Hrsg.), *Psychoanalytische Pädagogik. Theorien, Modelle, Fallbeispiele* (S. 33-44). Stuttgart: Kohlhammer.
- Burchartz, A. (2015). *Psychodynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Das tiefenpsychologisch fundierte Verfahren: Basiswissen und Praxis*. (2., aktual. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fenichel, O. (2001). *Probleme der psychoanalytischen Technik*. Bibliothek der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, A (1950). *Probleme der Lehranalyse*. Die Schriften der Anna Freud (Bd. V, S. 1397-1410). Frankfurt/M: Fischer.
- Freud, S. (1909b). *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben* (S. 241-377). GW VII. Frankfurt/M: Fischer.
- Freud, S. (1917): *Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse* (S. 1-12). GW XII. Frankfurt/M: Fischer.
- Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse* (S. 71-161). GW XIII. Frankfurt/M: Fischer.
- Freud, S. (1927). *Nachwort zur „Frage der Laienanalyse“* (S. 287-296). GW XIV. Frankfurt/M: Fischer.
- Hüller, T. (2011). *Wie sollte ein guter Kinderpsychotherapeut sein? Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, Heft 149, XLII. Jg, 3, 389-398.
- Kahl-Popp, J. (2007). *Lernen und Lehren psychotherapeutischer Kompetenz am Beispiel der psychoanalytischen Ausbildung*. Würzburg: Ergon.
- Kahl-Popp, J. (2011). *Forschen – Lernen – Heilen. Zur Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz – Implikationen für die Ausbildung*. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Heft 151, XLII. Jg, 3, 116-133.
- Klüwer, R. (1983). *Agieren und Mitagieren*. In: *Psyche* 37, S. 828-840.
- Lorenzer, A. (2000). *Spracherstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Mertens, W. (2010). *Psychoanalytische Schulen im Gespräch* (Bd. 1). *Strukturtheorie, Ichpsychologie und moderne Konflikttheorie*. Bern: Hans Huber.
- Mertens, W. (2014). *Psychoanalyse im 21. Jahrhundert. Eine Standortbestimmung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Milch, W. (2008). *Einfühlung, Empathie*. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (3., überarb. u. erweit. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller, U.A. (2015). *Über das Selbst hinaus. Zur Bedeutung der Lehranalyse für die psychoanalytische Behandlungspraxis*. Noch unveröffentlichtes Manuskript. Geplante Erscheinung: *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* Heft 168, XLVI. Jg., 4/2015.
- Padberg, T. (2012). *Warum lesen Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur?* *Psychotherapeutenjournal* 1/2012, 11. Jg., 10-17.
- Piaget, J. (1975). *Nachahmung, Spiel und Traum*. *Gesammelte Werke* 5 (Studienausgabe). Stuttgart: Ernst Klett.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Hammelstein, P. (2014). *Wie Psychotherapie-Ausbildung sein sollte*. In S. Sulz (Hrsg.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft* (S. 15-37). München: CIP-Medien.
- Segal, H. (1995). *Bemerkungen zur Symbolbildung*. In E. Bott-Spillius (Hrsg.), *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis* (Bd. 1; 2. Aufl.): *Beiträge zur Theorie*. Stuttgart: Verl. Internat. Psychoanalyse.

- Tuckett, D. (2007). Ist wirklich alles möglich? – Über die Arbeit an einem System zur transparenteren Einschätzung psychoanalytischer Kompetenz. *Forum der Psychoanalyse* 1, 44-64.
- Will, H. (2010). *Psychoanalytische Kompetenzen. Standards und Ziele für die psychotherapeutische Ausbildung und Praxis* (2., überarbeit. u. erweit. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Winnicott, D.W. (1974). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zwiebel, R. (2013). *Was macht einen guten Psychoanalytiker aus? Grundelemente professioneller Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cott.

## Korespondenzadresse

Arne Burchartz  
Goppeltstr. 12 | 74613 Öhringen  
a.burchartz@psychotherapiezentrum-hohenlohe.de  
www.psychotherapiezentrum-hohenlohe.de