

NEU ab 14.3.2015
Gelingende Transition 1 und 2:
Aus postgraduierter Ausbildung wird
Direktstudium plus Weiterbildung

Transition 1: Direktstudium – Direktausbildung (in einer anderen
Datei)

Transition 2: Weiterbildung

Serge Sulz

Gelingende Transition 2: Weiterbildung nach der Approbation

Serge K. D. Sulz

2.3.2015

Anmerkung 1: Verantwortung der Bundesregierung auch für die künftige Weiterbildung

- **Die Approbationsordnung** darf nicht nur den Bildungsprozess bis zur Approbation berücksichtigen, sie **muss auf verantwortungsvolle Weise verbindliche Erwartungen an die Gestaltung der anschließenden Weiterbildung formulieren**, da diese nahtlos an das Studium anschließt und alles beinhaltet, was dieses naturgemäß noch nicht leisten konnte.
- Die **Approbationsordnung muss also auch das Weiterbildungsziel implizit enthalten**.
- **Nur so wird der Bund seiner Gesamtverantwortung gerecht**. Er muss für die Folgen der Abschaffung einstehen.

Anmerkung 2: Die Kammer muss definieren, wer geeignet ist für die Weiterbildung

- Approbation ist die formale Voraussetzung
- Nach einem Studium, das zu Recht mit einer Approbation abschließt (siehe Kriterien und Beispiele in der Datei Transition 1), kommt die approbierte Psychotherapeutin mit psychotherapeutischem Wissen
- über wissenschaftliche Grundlagen und Forschungserkenntnissen
- über die Wirksamkeit der Anwendung von Psychotherapie in allen wichtigen Bereichen und allen relevanten Störungen,
- sowie über wissenschaftlich anerkannten Verfahren und Methoden und
- über alle Faktoren, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bedingen bzw. positiv beeinflussen.
- Sie hat sich practicando an Psychotherapien beteiligt,
- mit quasi-supervisorischer Reflexion im Kasuistisch-Technischen Seminar
- und hat durch patientenbezogene Selbsterfahrung (Interaktionelle Fallarbeit) die therapeutische Beziehung in den Fokus der TherapeutIn-PatientIn-Interaktion stellen gelernt.

Weiterbildung nach der Approbation

Teil 1:

Allgemeines, Grundsätzliches und Rahmenbedingungen

Weiterbildungsbestandteile

- Theorieseminare, die Angewandte Psychotherapie zum Inhalt haben
- Vermittlung weiterer störungsunspezifischer und störungsspezifischer Methodenkompetenz in Methodik-Seminaren.
- Kasuistisch-Technische Seminare, die sich auf den konkreten Behandlungsfall konzentrieren
- Patientenzentrierte Selbsterfahrung, die sich auf die TherapeutIn und die Therapiebeziehung konzentriert
- Fall-Supervision
- Persönliche Selbsterfahrung
- Psychiatriejahr
- Berufsbegleitende Seminare zu weiteren Tätigkeitsfeldern wie psychotherapeutische Rehabilitation und Prävention und Begutachtung etc.
- Parallel dazu Berufstätigkeit in einer Arbeitsstätte während der Weiterbildung ohne Weiterbildungsfunktion im engeren Sinne

(es ist keine weitere Pflichttätigkeit in einer Klinik erforderlich)

Drei qualitätserhaltende Grundsätze

1. Keine ganztägige Weiterbildungspflicht – **so viel berufsbegleitend wie möglich**
2. Keine Klinik-Pflicht-Weiterbildung über das Psychiatriejahr hinaus – **so viel ambulant wie möglich**
3. Weiterbildungsbefugnis nur an ein Weiterbildungsinstitut als kontinuierlich koordinierende Weiterbildungsstätte – **so viel am Institut wie möglich***
4. Parallel Berufstätigkeit als appr. PsychotherapeutIn – **so viel Selbstverantwortung wie möglich**

*Kliniken sind ungeeignet, sie werden nur in Kooperation und im Auftrag mit dem Weiterbildungsinstitut tätig

Zu 1: Keine ganztägige Weiterbildung!

- Bisher wurde berufsbegleitend eine sehr hohe Ausbildungs- und Versorgungsqualität erreicht.
- Das sollte beibehalten werden, indem
 - a) mindestens halbtägig als approbierte PsychotherapeutIn gearbeitet wird
 - b) parallel berufsbegleitend die Weiterbildung im Weiterbildungsinstitut absolviert wird
 - c) parallel für 2,5 Jahre halbtags Therapien unter Supervision in der Ambulanz des WB-Instituts
 - d) evtl. ein Psychiatriejahr mit tariflicher Bezahlung abgeleistet wird (falls nicht das Praktische Jahr reicht)

Zu 2: Ambulant statt stationär

- In den Kliniken kann keine ausreichende Behandlungsqualität im Sinne einer vollständig abgeschlossenen Psychotherapie hergestellt werden (zu kurze Liegezeiten, fast nur Gruppentherapie).
- **Deshalb ist die Pflicht zur Klinik-Weiterbildung eine aktive Verhinderung der notwendigen Lernprozesse, die nur in ambulanten Psychotherapien möglich sind:**
- Deshalb muss die Weiterbildungsdevise heißen:
- so wenig wie möglich stationär und so viel wie möglich ambulant.
- z.B. von 600 Therapiestunden sollten mindestens 400 Stunden ambulant erbracht werden.

Zu 2: Die psychiatrische Klinik ist ein Fremdgebiet so wie es die Neurologie für die Psychiatrie ist

- Psychiatrische Kliniken kommen als Weiterbildungsstätte nicht in Frage. Als Beispiel dient das Pflichtjahr Neurologie für die psychiatrische Weiterbildung:
- Bei der psychiatrischen Weiterbildung muss zwar ein Jahr in einem Fremdgebiet, z. B. in einer neurologischen Klinik verbracht werden, aber es ist kein Anliegen der neurologischen Klinik, die psychiatrische Weiterbildung des Gastassistenten mit zu organisieren oder zu optimieren.
- Sie ist nur für die Vermittlung der Kenntnisse und Erfahrungen in Neurologie zuständig.
- Analog kann auch die psychiatrische Klinik für die PsychotherapeutInnen-Weiterbildung nur für die Vermittlung der Kenntnisse und Erfahrungen in Neurologie zuständig sein.
- Und insofern kann sie keine Weiterbildungsbefugnis für Psychotherapie erhalten und damit keine anerkannte und zugelassene Weiterbildungsstätte sein.

Zu 3: Koordination der Weiterbildung in einer Hand und aus einem Guss

- Die **Koordinierung und Organisation** der Weiterbildungsgänge einschließlich der Theorieanteile, Supervision und Lehrtherapien muss über die gesamte Weiterbildungszeit in einer Hand liegen.
- Dies verschafft eine klare Orientierung für die Weiterzubildenden und eine eindeutige Verantwortlichkeit für die Weiterbilder.
- Durch Sammeln von Bausteinen bei unkoordiniert nebeneinander existierenden und nicht aufeinander abgestimmten Weiterbildungsstätten gewährleistet nicht die erforderliche Qualität.

Zu 3: Bisherige Ausbildungsinstitute als koordinierende Weiterbildungsstätte

- Koordinierende Weiterbildungsstätte sollte nur eine genuin psychotherapeutische Einrichtung sein, die strukturell in der Lage ist, das Gros der Bildungsinhalte selbst zu vermitteln.
- Und das trifft nur für die bisherigen Ausbildungsinstitute und künftigen Weiterbildungsinstitute zu.
- Sie sollten der Ort der Weiterbildung sein, von der Landeskammer beauftragt und beaufsichtigt.

Zu 4: Arbeitsstätte versus Weiterbildungsstätte und Kooperierende Einrichtung versus Weiterbildungsstätte

Die Weiterbildungsqualität kann optimiert und Qualitätsverlust verhindert werden, wenn drei Arten von Einrichtungen unterschieden werden:

1. Weiterbildungsstätte im engeren Sinn
2. Kooperierende Einrichtung ohne eigene Weiterbildungsbefugnis
3. Arbeitsstätte während der Weiterbildung

Zu 4: Arbeits- versus Weiterbildungsstätte versus kooperierende Einrichtung

- Weiterbildungsstätte im engeren Sinn als eine psychotherapeutische Stätte - als der Ort, an dem Psychotherapie in der Krankenversorgung durchgeführt wird und die personell und strukturell alle Voraussetzungen erfüllt, um **in Psychotherapie weiterzubilden**
- Kooperierende Einrichtung ohne eigene Weiterbildungsbefugnis, wie eine psychiatrische Klinik, eine psychiatrische Praxis, eine psychotherapeutische Praxis, ein MVZ, eine Tagklinik, eine Reha-Einrichtung
- Arbeitsstätte während der Weiterbildung, in der bei tariflicher Bezahlung psychotherapeutisch gearbeitet wird, die selbst aber **keine Weiterbildungsaufgaben innehat**, sondern diese dem Weiterbildungsinstitut überlässt, in dem parallel z. B. freitags und samstags die Weiterbildungsinhalte vermittelt werden.

Zu 4: „Arbeitsstätte während der Weiterbildung“

- in der bei tariflicher Bezahlung
- psychotherapeutisch gearbeitet wird,
- die selbst aber keine Weiterbildungsaufgaben innehat,
- dient dem Broterwerb,
- dient der psychotherapeutischen Erfahrung.
- Ist reine Berufstätigkeit,
- so dass in dieser Zeit die Weiterbildung berufsbegleitend oder halbtags erfolgt,
- zum Beispiel bei Halbtagsstätigkeit die zweite Tageshälfte einnimmt (z. B. Therapien in der Ambulanz des Weiterbildungsinstituts oder halbtags Psychatriejahr)

Zu 4: Weshalb ist die „Arbeitsstätte während der Weiterbildung“ so wichtig?

- Weil sie doppelte Abhängigkeiten verhindert (Chef ist nicht sowohl Arbeitgeber als auch Weiterbilder)
- Weil sie mit den durch das Direktstudium erworbenen Kompetenzen sofort zu einer tariflich bezahlten Berufstätigkeit als approbierte PsychotherapeutIn führt
- Weil sie mehnjährige ambulante Erfahrung vermittelt
- Weil die Berufstätigkeit dem Kompetenzniveau entsprechend im Schutz der Gesamtverantwortung der Arbeitsstätte erfolgt (mit Supervision)
- Weil die Arbeitsstätte während der ganzen 5 Jahre ein sicherer Arbeitsplatz sein kann (wenn das Psychiatriejahr halbtags geleistet wird)
- Weil kein Stellen-Engpass/Flaschenhals entsteht
- Weil der Zugang zum PsychotherapeutInnen-Beruf geöffnet bleibt

Zu 4: Differenziertere Einteilung der Kompetenzniveaus erforderlich

- a) Unselbständig (vor Approbation)
- b) Selbstständig unter Supervision (in Weiterbildung)
- c) Selbstständig unter der Gesamtverantwortung der Einrichtung (approbiert in Arbeitsstätte)
- d) Selbstständig in eigener Praxis (nach Weiterbildung in Einrichtung oder Praxis)

Zu 4: Kompetenzniveaus

- **Unselbständig** (nur unter kontinuierlicher Aufsicht und unter Vorgabe, was wie getan werden muss)
- **Selbstständig unter Supervision** (im Patientenkontakt aber selbständig und allein handelnd bei nicht kontinuierliche Aufsicht, z.B. nach jeder vierten Therapiesitzung)
- **Selbstständig unter der Gesamtverantwortung der Einrichtung**, ohne regelmäßige dichte Supervision, die vertraglich das ausführende Organ der Patientenbehandlung ist (wie in Fallbesprechungen mit kurzer Berichterstattung je Fall und Abnahme der Qualität der Therapiemaßnahme durch einen Vertreter der Einrichtung („Ober-TherapeutIn“))
- **Selbstständig in eigener Praxis**

Psychiatriejahr in der Weiterbildung*

- mindestens zur Hälfte im stationären,
- zur anderen Hälfte im poliklinischen oder ambulanten Bereich, z. B. auch in einer psychiatrischen Praxis
- 12 Monate incl. Urlaub und Krankheitszeiten bis 3 Wochen
- tariflich bezahlt
- In Teilzeit z. B. halbtags möglich

*nicht zu verwechseln mit dem Praktischen Jahr im Studium

Vergütung

1. Arbeitsstätte während der Weiterbildung:

- tarifliche Bezahlung

2. Weiterbildungsstätten und kooperierende Einrichtungen:

- ambulant: Honorare wie bisher im Ausbildungsinstitut
- stationär: es sollte keine stationäre Weiterbildung zur Pflicht gemacht werden (außer im Rahmen des Psychatriejahres), ansonsten tarifliche Bezahlung
- Psychatriejahr: tarifliche Bezahlung
- Komplementäre Einrichtungen: tarifliche Bezahlung

Weiterbildungszeiten Variante 1

5 Jahre im koordinierenden Weiterbildungsinstitut

davon:

2 – 3 Jahre halbtags in der Ambulanz des Weiterbildungsinstituts

1 Jahr ganztags in einer psychiatrischen Klinik

1 - 2 Jahre halbtags als approbierte PsychotherapeutIn in der Arbeitsstätte

Diese Variante trifft zu, wenn ein ganzes Jahr ganztägige Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik notwendig ist

Falls man zu dem Ergebnis kommt, dass ein halbes Jahr oder ein Jahr halbtags ausreicht, kann z. B. folgende Variante 2 gelten:

Weiterbildungszeiten Variante 2

5 Jahre im koordinierenden Weiterbildungsinstitut

davon:

2 – 3 Jahre **halbtags** in der Ambulanz des Weiterbildungsinstituts

1 Jahr **halbtags** in einer psychiatrischen Klinik

5 Jahre **halbtags** als approbierte PsychotherapeutIn in der Arbeitsstätte bei tariflicher Bezahlung

Diese Variante trifft zu, wenn ein halbes Jahr oder ein Jahr halbtags für Psychiatrie ausreicht

Individuelle familienfreundliche Mischvarianten sind möglich

Gelungene Transition? JA

- Das Direktstudium führt zu Recht zur Approbation (andere Datei)
- Diese Weiterbildung erhält die bisherige hohe Qualität
- Der Patientenschutz und die Versorgungsqualität sind gewährleistet
- Es gibt keine Kostenexplosion
- Tarifliche Bezahlung ist gewährleistet
- Es gibt keine längeren Wartezeiten wegen TherapeutInnen-Mangel
- Es gibt kein Berufsverbot wegen Flaschenhals bei Studienplätzen und Klinikstellen

Weiterbildung nach der Approbation

Teil 2:

Inhalte, Details, Umsetzung

Koordinierende Weiterbildungsstätte (z. B. Weiterbildungsinstitut)

Zwei bis drei Jahre halbtags in der Ambulanz:

a) Therapien unter dichter Fall-Supervision durchführen

Über die ganzen fünf Jahre verteilt berufsbegleitend:

a) Theorie- und Methoden-Seminaren,

b) Supervision,

c) persönlichen Selbsterfahrung,

d) kasuistische-technischen Seminar und

e) patientenzentrierten Selbsterfahrung

Selbsterfahrung

- Persönliche Selbsterfahrung muss in dem gewählten Haupt- oder Erstverfahren erfolgen. Es sind in der Verhaltenstherapie mindestens 150 Sitzungen erforderlich, z. B. 120 Gruppensitzungen je 100 Minuten und 30 Einzelsitzungen je 50 Minuten oder je 100 Einzel- und 50 Gruppensitzungen.*
- Patientenbezogene Selbsterfahrung (Interaktionelle Fallarbeit, je nach Hauptverfahren tiefenps. oder VT etc.) sollte eine Gruppengröße von maximal 10 Teilnehmern haben. Thema ist Übertragung und Gegenübertragung. Der Umfang sollte 60 Doppelstunden betragen.

*Dagegen sind fachliche tiefenpsychologische und analytische Standards:

Tiefenpsychologisch 100 Einzelsitzungen

Analytisch 240 Einzelsitzungen

Supervision

- a) Dichte Fall-Supervision (eine Supervision je vier Therapiesitzungen, zur Hälfte als Einzel-Supervision, bei Gruppen-Supervision maximal 4 Teilnehmer) für insgesamt 600 Stunden Therapie zur Supervision der Fälle
- b) TherapeutIn-Supervision (eine Gruppen-Supervision mit max. 8 Teilnehmern) einmal monatlich bis zum Ende der Weiterbildungszeit zur Supervision der TherapeutIn in Weiterbildung

Kasuistisch-Technische Seminare

- Das Kasuistisch-Technische Seminar KTS ist aus der tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapie bekannt. In der Verhaltenstherapie entspricht es dem Fallseminar.
- Es unterscheidet sich von patientenzentrierter Selbsterfahrung u. a. dadurch, dass zwar auf das konkrete Vorgehen im betrachteten Behandlungsfall fokussiert wird (inkl. therapeutischer Beziehung), dass aber der Scheinwerfer gerichtet bleibt auf die Trias „Patient-Beziehung-TherapeutIn“ (der Scheinwerfer nicht völlig zur TherapeutIn geschwenkt wird)
- Das KTS rekurriert auf Metatheorie und Therapietheorie des Verfahrens und zielt darauf ab, als Ergebnis zweierlei mitzunehmen: das supervisorische Anliegen bezüglich der betrachteten Fallbehandlung und das konzeptionelle Anliegen des Transfers auf künftige Fälle und Therapien.
- Insofern ist es ein bislang zu wenig eingesetztes Bindeglied zwischen Theorie und Praxis.

Umfang der Weiterbildung

- a) 400 Stunden Theorie- und Methoden-Seminaren
- b) 600 Stunden Therapien
- c) 150 Stunden Fall-Supervision (zur Hälfte einzeln, Gruppe 4 Teiln.)
- d) 150 Stunden TherapeutIn-Supervision (10 Teiln.) bzw.
- e) 150 Stunden kasuistische-technisches Seminar
- f) 150 Stunden persönlichen Selbsterfahrung (VT und TP) bzw. 240 Stunden Einzelselbsterfahrung (PA)
- g) 120 Stunden patientenzentrierten Selbsterfahrung
- h) Psychiatrie-Jahr

Theorie: Methoden und Verfahren

- Die Theorie kann nicht unabhängig von Psychotherapieverfahren vermittelt werden, auch wenn es verfahrensübergreifende Psychotherapie-Methoden gibt.
- Im Vordergrund muss also die Therapietheorie und Methodenlehre des Psychotherapieverfahrens stehen, das als Erst- oder Hauptverfahren gewählt wird.
- Die Integration der Psychotherapieverfahren ist noch lange nicht so weit fortgeschritten, dass z. B. evidenzbasierte (in der Regel störungsspezifische) Methoden das Tätigkeitsprofil einer PsychotherapeutIn bestimmen und abdecken können.
- Insofern gehört hier die gesamte Störungs- und Therapietheorie des Erstverfahrens hierher, wie sie in den bisherigen Curricula und Lehrplänen der Ausbildungsinstitute vorliegen und umgesetzt werden

Theorie-Praxis-Seminare

Jeder Kurs muss enthalten (soweit vom Thema her passend und erforderlich):

- aktueller Erkenntnisstand der Psychotherapieforschung zum Thema
- spezielle Störungs- und Therapietheorie
- ausführliche Vermittlung der Methoden- und Technikanwendung
- Demonstration des Therapeutenverhaltens
- Schulung des therapeutischen Vorgehens mit Videofeedback
- zwei ausführliche Fälle incl. Behandlung und Therapieergebnis
- Reflexion der therapeutischen Beziehung

A Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (insgesamt 400 Stunden)

jeweils mit Übungen / Schulungen des Therapeutenverhaltens
und konkreter Fallarbeit unter Beachtung der therapeutischen Beziehung

1	Tiefenpsychologische Störungsmodelle und Störungstheorien	16
2	Erstgespräch und Anamnese	16
3	Psychodynamik des einzelnen Falles und OPD	16
4	Ziele und Therapieplan bei tiefenpsychologischen Psychotherapien	16
7	Interventionstechnik in tiefenpsychologische Behandlungen	16
6	kognitive und metakognitive Techniken	16
5	Gestaltung der therapeutischen Beziehung, Übertragung und Gegenübertragung	16
8	Internes Qualitätsmanagement	16
9	Depression, Kasuistik und Behandlungstechnik	16
10	Angsttherapie	16
11	Förderung der Mentalisierung und Affektregulierung	16
12	Tiefenpsychologische Gruppentherapie	16
13	tiefenpsychologische Psychotherapie der chronischen Alkoholabhängigkeit	16
14	Psychosentherapie	16
15	tiefenpsychologische Psychotherapie von Essstörungen	16
16	tiefenpsychologische Psychotherapie psychosomatischer Erkrankungen	16
17	Persönlichkeitsstörungen und ihre tiefenpsychologische Behandlung	16
18	Posttraumatische Belastungsstörungen	16
19	Körpertherapeutische Interventionen	16
20	schwierige Patienten in tiefenpsychologischen Psychotherapien	16
21	Familientherapie	16
22	Paartherapie	16
23	tiefenpsychologische Psychotherapie von Sexualstörungen	16
24	Therapie-Evaluation	16
25	tiefenpsychologische Psychotherapien abschließen	16

B Tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie (insgesamt 400 Stunden)

jeweils mit Übungen / Schulungen des Therapeutenverhaltens
und konkreter Fallarbeit unter Beachtung der therapeutischen Beziehung

1	Tiefenpsychologische Theorien der psych. Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	16
2	Erstgespräch und Anamnese mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern	16
3	Psychodynamik bei Kindern und Jugendlichen und OPD-KJ	16
4	Ziele und Therapieplan bei tiefenpsychologischen KJ-Psychotherapien	16
5	Gestaltung der therapeutischen Beziehung mit Kindern und Jugendlichen	16
6	Störungen der frühen Mutter-Kind-Beziehung	16
7	Interventionstechnik in tiefenps. Behandlungen von Kindern und Jugendlichen	16
8	Internes Qualitätsmanagement	16
9	Depression in Kindheit und Jugend, Kasuistik und Behandlungstechnik	16
10	Ängste im Kindes- und Jugendalter	16
11	Förderung der Mentalisierung und Affektregulierung	16
12	Tiefenpsychologische Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen	16
13	Störungen des Selbstwerts im Kindes- und Jugendalter	16
14	Pubertät, Jugend und Adoleszenz – Störungen und Behandlungen	16
15	tiefenps. Psychotherapie von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen	16
16	Reden – Spielen – Inszenieren	16
17	Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und ihre tiefenpsychologische Behandlung	16
18	Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen	16
19	Tiefenpsychologische Körpertheapie bei Kindern und Jugendlichen	16
20	schwierige Patienten in tiefenps. Psychotherapien	16
21	Familientherapie	16
22	Paartherapie der Eltern	16
23	Aggression im kindertherap. Setting	16
24	Therapie-Evaluation	16
25	tiefenps. Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen abschließen	16

C Verhaltenstherapie (insgesamt 400 Stunden)

jeweils mit Übungen / Schulungen des Therapeutenverhaltens
und konkreter Fallarbeit unter Beachtung der therapeutischen Beziehung

1	Die Störungsmodelle und Störungstheorien	16
2	Erstgespräch und Anamnese	16
3	Verhaltensdiagnostik	16
4	Zielanalyse und Therapieplanung	16
5	Störungsübergreifende Methoden und Techniken	16
6	kognitive und metakognitive Techniken	16
7	Gestaltung der therapeutischen Beziehung	16
8	Internes Qualitätsmanagement	16
9	Depressionstherapie	16
10	Angsttherapie	16
11	Emotionsregulation	16
12	Gruppentherapie	16
13	Therapie der chronischen Alkoholabhängigkeit	16
14	Verhaltenstherapie bei Psychosen	16
15	Therapie von Essstörungen	16
16	Therapie von Zwangssyndromen	16
17	Therapie von Persönlichkeitsstörungen	16
18	Traumatherapie	16
19	Körpertherapeutische Interventionen	16
20	schwierige Patienten und Therapien	16
21	Familientherapie	16
22	Paartherapie	16
23	Therapie von Sexualstörungen	16
24	Therapie-Evaluation	16
25	Therapien abschließen	16

D KJ-Verhaltenstherapie (insgesamt 400 Stunden)

jeweils mit Übungen / Schulungen des Therapeutenverhaltens
und konkreter Fallarbeit unter Beachtung der therapeutischen Beziehung

1	Modelle und Theorien der Störungen des Kindes- und Jugendalters	16
2	Erstgespräch und Anamnese mit Eltern und Kind	16
3	Verhaltensdiagnostik und Verhaltensbeobachtung Kind, Eltern – Kind	16
4	Ziele und Therapieplan bei der VT von Kindern und Jugendlichen	16
5	Störungsübergreifende Methoden und Techniken der KJ-VT	16
6	spieltherapeutische Techniken	16
7	Gestaltung der therapeutischen Beziehung und der Beziehung zu den Eltern	16
8	Internes Qualitätsmanagement	16
9	Entwicklungsstörungen im Kleinkind- und Säuglingsalter	16
10	Lern- und Leistungsstörungen	16
11	Hypnotherapeutische Interventionen bei Kinder und Jugendlichen	16
12	ADHS – Diagnostik und Therapie	16
13	Angststörungen im Kindes- und Jugendalter	16
14	Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter	16
14	Frühkindlicher Autismus	16
15	Störung des Sozialverhaltens	16
16	Therapie von Zwangssyndromen im Kindes- und Jugendalter	16
17	Therapie der Anorexie	16
18	Traumatherapie nach Missbrauch und Gewalt	16
20	Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen	16
21	Familientherapie 1	16
22	Familientherapie 2	16
23	Diagnostik und Therapie bei Kindern mit geistiger Behinderung	16
24	Psychosen im Kindes- und Jugendalter und ihre Behandlung	16
25	Kinder- (und Jugendlichen-)Therapien abschließen und Rückfallprävention	16

Qualifikation Lehrpersonal: DozentIn

- In der Weiterbildung darf als DozentIn nur lehren, wer
- Approbiert ist im gelehrten Verfahren
- Die frühere Aus- bzw. heutige Weiterbildung abgeschlossen im gelehrten Verfahren und Altersbereich abgeschlossen hat
- SpezialistIn in ihrem Lehrbereich ist (z.B. Psychosentherapie, Borderline-Therapie, Traumatherapie etc.
- Von der Kammer als Dozent für den betreffenden Lehrinhalt anerkannt ist

Qualifikation Lehrpersonal: SupervisorIn

- In der Weiterbildung darf als **SupervisorIn** nur lehren,
- Approbiert ist im gelehrten Verfahren
- Die frühere Aus- bzw. heutige Weiterbildung abgeschlossen im gelehrten Verfahren und Altersbereich abgeschlossen hat
- wer fünf Jahre mindestens halbtags als PsychotherapeutIn im betreffenden Verfahren und betreffenden Altersbereich gearbeitet hat
- mindestens dreijährige Dozententätigkeit sowie
- eine Supervisorenausbildung vorweisen kann.
- Von der Kammer als Supervisor für das betreffende Verfahren im betreffenden Altersbereich anerkannt ist

Qualifikation Lehrpersonal: SelbsterfahrungsleiterIn

- In der Weiterbildung darf als SelbsterfahrungsleiterIn nur lehren, wer anerkannte SupervisorIn ist, d. h.
- Approbiert ist im gelehrten Verfahren
- Die frühere Aus- bzw. heutige Weiterbildung abgeschlossen im gelehrten Verfahren abgeschlossen hat (das muss nicht der betreffende Altersbereich sein)
- wer fünf Jahre mindestens halbtags als PsychotherapeutIn im betreffenden Verfahren gearbeitet hat (das muss nicht der betreffende Altersbereich sein)
- mindestens dreijährige Dozententätigkeit sowie
- eine Supervisorenausbildung vorweisen kann.
- Von der Kammer als Supervisor für das betreffende Verfahren anerkannt ist (das muss nicht der betreffende Altersbereich sein)

Autor und Literatur

Serge K. D. Sulz

Prof. Dr. med. Dr. phil. Diplom-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut | Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie | Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin | Psychoanalyse

*Honorar-Professor für Grundlagen der Verhaltensmedizin und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
für pädagogische Berufe am Lehrstuhl für Sozialpädagogik
und Gesundheitspädagogik
der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt*

Literatur:

Sulz (Hrsg.): Psychotherapie ist
mehr als Wissenschaft.

CIP-Medien 2014

