

# Die Zukunft der Psychotherapie

Robert S. Wallerstein

In seinem Kapitel diskutiert Robert S. Wallerstein einen bedauerlichen Trend, der in westlichen Ländern zunehmend an Bedeutung gewinnt. Diesem Trend sollte von all jenen Psychotherapeuten entschieden entgegengetreten werden, die wissen, daß der Erwerb psychotherapeutischer Fähigkeiten ohne intensive und lange dauernde Ausbildung durch erfahrene Fachleute unmöglich ist. Vereinfachte und oberflächliche Ersatzangebote fügen einer angemessenen Patientenbetreuung erheblichen Schaden zu.

Das Verfassen dieses Textes zum angefragten Thema „Die Zukunft der Psychotherapie“ hat bei mir sowohl große Freude als auch echte Traurigkeit ausgelöst. Die Freude ist einfach und tief, denn dies ist eine Gelegenheit und ein Forum, um meinen Kollegen meine Überzeugungen über die zentrale Leidenschaft mitzuteilen, welche über mehr als vier Jahrzehnte hinweg meine Laufbahn als Psychiater und Psychoanalytiker gelenkt und motiviert hat und die auch mein zentrales geistiges Interesse ist. Weiterhin ist dies die Gelegenheit, um meine Ansichten zu den Möglichkeiten gleichgesinnter Kollegen zu äußern, - ich hoffe, daß diese weiterhin nach entsprechenden Laufbahnen in der Psychiatrie streben werden - jenen zentralen Standpunkt auch künftig einzunehmen. Die Traurigkeit steht in Verbindung mit der offensichtlichen Notwendigkeit, dieses Thema unter dem Motto „Die Herausforderungen für Psychoanalyse und Psychotherapie“ zu behandeln, daß wir im Sinne dieses Titels ebenso die negative Möglichkeit einer eingeschränkten und/oder problematischen Zukunft in Betracht ziehen müssen, vielleicht sogar bis hin zur Frage, wie oder ob man überhaupt versuchen sollte, eine bedrohte Art, ein bald schon überkommenes Unternehmen zu retten, welches seine besten Tage bereits erlebt hat.

In der Tat führen wir diese Diskussion heute bereits, teils mittels offenen, teils mittels stillschweigenden, von mir bereits angedeuteten Fragen, was von der Tragweite des Klimawechsels in der Psychiatrie über die Jahre meiner Zugehörigkeit seit der Nachkriegszeit, seit 1949, um genau zu sein, zeugt. Damals, als ich meine offizielle psychiatrische Ausbildung am 1. Januar 1949 begann, wäre eine Diskussion über mein heutiges Thema entweder total unberechtigt, d.h. unnötig gewesen, oder, falls vorgegeben, die Gelegenheit zu einer utopischen Vorausschau von ständig fortschreitender menschlicher Verbesserung, da mehr Therapeuten ausgebildet wurden und verfügbar waren und mehr Menschen vertraut waren mit dem Stellenwert von Therapie zur Lösung ihrer emotionalen und verhaltensbezogenen Leiden und zur Aufwertung ihres Lebens.

Tatsächlich war Psychotherapie *damals* - 1949 - ein selbstverständliches menschliches Gut, *der* Weg zur Behandlung von psychischer Krankheit und gestörtem Verhalten und deshalb das überwältigend vorherrschende Lernziel jener, welche die Fachausbildung in Psychiatrie anstrebten. Natürlich gab es ein landesweites Netzwerk von staatlichen Krankenhäusern, wo die chronisch und schwer psychisch kranken, die offensichtlichen Psychotiker, häufig über Jahre und gar lebenslang untergebracht waren, jedoch war es nicht unüblich, daß vier Ärzte in solchen Nervenheilstätten für bis zu 4.000 Patienten angestellt waren - ein Verhältnis von 1.000 zu eins - und dabei nicht psychiatrisch ausgebildet waren; in der Tat handelte es sich dabei oft um ältere Allgemeinärzte vor dem Ruhestand, manche von ihnen im Ausland ausgebildet, die Schwierigkeiten hatten, die staatliche Erlaubnis zur Führung einer Privatpraxis zu erhalten. Diese staatlichen Krankenhäuser waren in der Regel und absichtlich weit entfernt von den Ballungszentren und zogen sehr wenige der jähr-

lichen Abgänge an Graduierten in Psychiatrie an. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (und in großstädtischen Zentren), für welche jene am Michael-Reese-Krankenhaus in Chicago ein frühes Beispiel war, waren in den frühen Nachkriegsjahren gerade in der Gründung begriffen. Dasselbe galt für die akademischen Abteilungen für Psychiatrie an den medizinischen Hochschulen des Landes und die daran angegliederten Lehrkrankenhäuser. In jener Zeit setzte sich die Gründung gesonderter psychiatrischer Abteilungen als Hauptabteilungen unserer medizinischen Hochschulen durch, in der üblichen Entwicklung aus zusammengefaßten neuropsychiatrischen Abteilungen, von denen die letzte bis in die fünfziger und sechziger Jahre hinein an der Universität von Wisconsin bestand, oder seltener aus einer Unterabteilung für Psychiatrie aus der Mitte anderer Unterabteilungen in der Abteilung für innere Medizin heraus, wie sie zuletzt in den fünfziger Jahren an der Universität von Chicago stattfand. All diese noch in den ersten Anfängen steckenden Abteilungen für Psychiatrie hatten zu Beginn sehr wenig vollzeitig beschäftigtes akademisches Stammpersonal, und das formale psychiatrische Forschungsleben existierte in seinen Grundlagen noch nicht.

Gewiß, man erwartete vom beginnenden Psychiater dieser frühen Nachkriegszeit, daß er dynamische Psychiatrie lernte, also psychoanalytische Theorie, das heißt ein psychoanalytisches Konzept von menschlichem Wachstum und Entwicklung und seiner verschiedenen Verformungen in die Psychopathologie, weiterhin die psychoanalytische Psychotherapie, die man gerne auf die gesamte Bandbreite der Psychopathologie anwandte, alles beschönigend unter dem Banner von „Psychodynamik“. Diesem allen wurde 1952 auf dem sehr einflußreichen, vom *NIMH* unterstützten Kongreß der *American Psychiatric Association* über psychiatrische Ausbildung an der Cornell Universität unter der Führung von John Whitehorn die offizielle Billigung gegeben. Whitehorn selbst war überhaupt kein Analytiker, sondern gehörte der hervorragenden Generation von unter Adolf Meyer ausgebildeten, psychobiologisch orientierten Vorsitzenden an; Psychobiologe ist dabei im damaligen Meyer'schen Sinne zu verstehen und nicht in der heutigen Bedeutung von in Neurowissenschaft und biologischer Psychiatrie gründend. In dem von einem Komitee unter Whitehorns Vorsitz herausgegebenen Kongreßbericht war in dem Kapitel über „Die Rolle der Psychoanalyse in der Facharztausbildung“ im ersten Abschnitt nachzulesen, daß „jetzt fast weltweit anerkannt ist, daß die Entwicklung eines Verständnisses für die Prinzipien der Psychodynamik notwendiger Bestandteil der Vorbereitung eines kompetenten Psychiaters ist“ und daß „es offensichtlich erscheint, daß ein Verständnis für Psychodynamik die Kenntnis Freudianischer Konzepte und psychoanalytischer Theorie und Praxis voraussetzt, ja unabdingbar macht.“

Diese Tagesordnung war sehr zum Vorteil für die große Zahl von Anwärtern, die nach ihrer Kriegserfahrung in die psychiatrische Ausbildung strömten. Viele waren älter, Graduierte in Medizin aus den dreißiger Jahren, die nach nur wenigen Jahren Praxis als Allgemeinmediziner in den Kriegsdienst kamen, die durch den unersättlichen Bedarf der Armee an nur unzureichend vorhandenen psychiatrischen Kräften in dreimonatigen Einführungen in Armeepsychiater umgewandelt wurden, um der riesigen Anzahl an psychiatrischen Kriegsopfern gewachsen zu sein, den sogenannten traumatischen Kriegsneurosen, den Erben der Artillerieschock-Opfer des vorangegangenen Ersten Weltkrieges und Vorläufern der neuerdings sogenannten Posttraumatischen Belastungsstörungen des Vietnamkrieges. Es waren jene Psychiater der Kriegszeit mit lediglich minimaler formeller psychiatrischer Ausbildung, die aus der Armee kamen, von denen viele dem damaligen Modell der psychiatrischen Ausbildung folgten, welches in der psychoanalytischen Theorie und den daraus abgeleiteten Interventionstechniken gründete, einschließlich der hypno- und narkoanalytischen Techniken und kurzen, krisenorientierten Interventionen, welche auf

dem Schlachtfeld so phänomenal wirksam gewesen waren. Sie strebten umfassendere Kenntnisse in Psychodynamik zur Vorbereitung auf die freie Praxis für dynamische Psychiatrie in den großen Ballungszentren an, wo die ehrgeizigsten unter ihnen die Reihen der Anwärter füllten in den damals rasch wachsenden und sich ausbreitenden psychoanalytischen Instituten. Im größten psychiatrischen Ausbildungszentrum des Landes, der Menninger-Schule für Psychiatrie, wo Ende der vierziger Jahre einhundert der damals achthundert psychiatrischen Fachärzte ausgebildet wurden - ein Achtel aller in dieser kleinen Stadt - , meldeten sich vierzig dieser einhundert zusätzlich am Topeka Institut für Psychoanalyse an, welches daraufhin statt der ursprünglich geplanten vier bis fünf Bewerber schließlich acht bis zehn aufnahm. Die meisten der abgelehnten bewarben sich irgendwo anders im Lande, einige unter ihnen mit Ablehnungsbriefen, in denen ernsthaft stand, daß sie „Fähigkeiten in anderen Bereichen hätten“. Nebenbei bemerkt war dies die Zeit, in der als Reaktion auf diese überwältigende Nachfrage die durchschnittliche Häufigkeit der Sitzungen in der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten von fünf auf vier pro Woche sank, da somit in 20 Analysestunden fünf statt nur vier Patienten behandelt werden konnten.

Ich will jedoch bei meinem Hauptthema bleiben, die Art, der Kontext und die Bedingungen psychiatrischer Ausbildung, als ich 1949 in Topeka als einer der einhundert Bewohner/Schüler auftauchte. Auch wenn es in gewisser Weise zu pauschal klingen mag, so glaube ich doch sagen zu können, daß die psychoanalytische Theorie sowie ihre Anwendung in psychoanalytisch geprägter und geleiteter Psychotherapie so ziemlich alles darstellte, was gelehrt und gelernt wurde. Zu der Zeit war die Psychoanalyse *die* vorherrschende Psychologie der Psychiatrie. Das konkurrierende auf der akademischen lerntheoretischen Psychologie basierende Paradigma der Verhaltensmodifikation befand sich in seinen frühesten therapeutischen Anfängen, vor allem im psychologischen akademischen Umfeld. Der klientenzentrierte Ansatz von Rogers, der nie wirklich in psychiatrisches Denken und Handeln Eingang fand, bestand gleichwohl hauptsächlich an Kliniken, die an klinisch-psychologische Programme der psychologischen Universitätsabteilungen angeschlossen waren.

Die heutige Neurowissenschaft und das derzeit explosionsartige Wachstum der Molekularbiologie und Molekulargenetik waren noch Bestandteile einer unbekannten Zukunft, und das Aufgebot somatischer Therapien in der Psychiatrie umfaßte damals nur Elektroschocks für psychotische Depressionen, Insulinkoma und -subkoma hauptsächlich für schwere Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, sowie die unglückselige Lobotomie-Operation für die noch widerspenstigeren Psychotiker, Malariatherapie für Neurosyphilis und eine Vielzahl beruhigender und schlaffördernder Medikationen, vor allem Chlorthalhydrat, Bromidpräparate und Barbiturate mitsamt dem Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential für Barbiturate und dem Vergiftungspotential für Bromid durch längere Anwendung, plus Pflegemaßnahmen wie warme Beruhigungsbäder und kalte Packungen als allgemeine Hilfen zur Handhabung der Übererregten und Aufsässigen. Die heutige Ära der Psychopharmakologie mit ihrem Rüstzeug an psychoaktiven Substanzen - Neuroleptika, Anxiolytika und Antidepressiva - begann erst 1954 mit der Einführung der Schweizer Substanz Largactil über Kanada in die Vereinigten Staaten durch *Smith, Kline, and French* unter dem Handelsnamen Thorazin. Um diese Liste der damals verfügbaren psychiatrischen Dienstleistungen und Arsenale zu vervollständigen, ist zu erwähnen, daß es trotz obligatorischer Notfallaufnahmen und einem Angebot an psychiatrischen Sprechstunden in den medizinischen und chirurgischen Stationen der Allgemeinkrankenhäuser weder einen planmäßigen psychiatrischen Notfalldienst oder planmäßige interdisziplinäre Zusammenarbeit im heutigen Sinne gab, noch gab es spezialisierte Dienste für Geriatrie, Suchtmit-

telmißbrauch oder forensische Psychiatrie mit ihren spezifischen Patientenschaften und eigenen Hintergründen an Theorien und gezielten Interventionen.

Wie bereits erwähnt, bestand die damalige psychiatrische Facharztausbildung fast ausschließlich aus universitären Einführungen in Psychodynamik und Psychopathologie mit ihren Anwendungen in der psychoanalytischen Psychotherapie, großteils als Einzelpsychotherapie mit einigen zusätzlichen Lehreinheiten in (immer noch gebräuchlicher) Hypnotherapie und Gruppentherapie. Dies geschah hauptsächlich in Ermangelung von Besseren zur Bewältigung der durch die Übernahme aus den allgemeinen Armeekrankenhäusern aus Kriegszeiten plötzlich anschwellenden Patientenschaft der Nervenheilstätten, vor allem im neu eröffneten Netzwerk von Kriegsveteranen-Krankenhäusern, den VA<sup>1</sup> Hospitals, sowie zur Unterbringung der hereinströmenden, dauerhaft psychiatrisch Invaliden unter den zehn Millionen Heimkehrern aus dem Kriegsdienst. Für den durchschnittlichen Auszubildenden in den damals drei Jahre währenden Ausbildungsprogrammen - im Anschluß an ein in mehreren Abteilungen stattfindendes Assistenzjahr - bedeutete dies eine 40-Stunden-Woche nach einem festen Plan, wobei mindestens 20 Stunden psychotherapeutische Einzelarbeit am Patienten erwartet wurden. Die übrigen 20 Wochenstunden verteilten sich auf drei bis vier Stunden Einzelsupervision, Schreibtischarbeit, allgemeinen Stationsdienst, Aufnahmen und Entlassungen, Angehörigenarbeit, vielleicht eine oder zwei Stunden Gruppenarbeit und überall, je nach Ausbildungsgang, fünf bis zehn Seminar- und Vorlesungsstunden. Dies ist das von der Menninger Foundation eingeführte Konzept der Facharztausbildung als Schule für Psychiatrie zum Aufholen dessen, was die medizinischen Hochschule versäumt hatte, in psychiatrischer Theorie und Praxis zu lehren. Ein Minimum an 20 Stunden psychotherapeutischer Einzelarbeit in bis zu 50 Wochen jährlich bedeutete nahezu eintausend Stunden Erfahrung in Einzeltherapie, was dazu führte, daß der Psychiater meines Jahrgangs bei dreijähriger Facharztausbildung etwa dreitausend Stunden Psychotherapie während der Ausbildungszeit hinter sich brachte. Der einzige bedeutsame Unterschied zwischen den drei Ausbildungsjahren war, daß im ersten Jahr bei vorwiegend stationärem Dienst die psychotherapeutische Arbeit mit den Psychotikern stattfand - diese waren in jenen Tagen monatelang, wenn nicht jahrelang hospitalisiert und für Versuche von intensiver Psychotherapie in Verbindung mit Elektrokrampftherapie oder Insulinkoma, was einige erhielten, verfügbar (hier dienten die Schriften von Frieda Fromm-Reichmann, Harry Stack Sullivan und John Rosen in Amerika, in Europa von Gertrud Schwing und M.A. Sechehaye und unter den britischen Kleinianern diejenigen Herbert Rosenfelds als Wegmarken der Inspiration) - und in den nächsten zwei Jahren bei ambulantem Dienst mit Neurotikern in der klassischen Form der psychoanalytischen Psychotherapie gearbeitet wurde, gestützt auf die damaligen Schriften von Knight, Gill, Bibring, Rangell und Stone. Für die Minderheit, die in die Gemeinschaftsausbildung für Kinderpsychiatrie gingen, gab es eine allmähliche Verschiebung hin zur Behandlung von mehr Kindern und Jugendlichen.

Bei „durchschnittlich zu erwartendem“ Fleiß, Intelligenz und Talent seitens des Auszubildenden konnte der damalige psychiatrische Facharztausbildungsgang ziemlich zuverlässige Abschlüsse für die Absolventen gewährleisten, so daß diese in der Lage waren, eine recht kompetente Art von in erster Linie ambulanter Psychotherapie in freier Praxis durchzuführen. Selbstverständlich nutzten viele ihre Facharztausbildung als Vorbereitungsschulungen für die psychoanalytischen Institute, wo sie sich bewarben, während sie ihre Karrieren als psychoanalytische Psychotherapie betreibende dynamische Psychiater verfolgten. In jenen Tagen gab es natürlich auch einen empfänglichen Markt verfügbarer und

---

<sup>1</sup> VA: Abk. f. *Veterans Administration*; Anm. d. Übers.

wartender Patienten, die auf ihre Dienstleistungen erpicht waren. Es gab wenige andere Praktiker im Bereich der Psychohygiene in privater Praxis. Die klinische Psychologie als Berufszweig steckte in den Kinderschuhen mit der ganz neuen Ausbreitung von Ausbildungsprogrammen unter gemeinsamer Schirmherrschaft von Universität und VA-Krankenhaus, wobei die VA erpicht war, Psychologen Assistenz- und Postgraduiertenstellen anzubieten, damit sie dann in die VA-Stellen gelockt werden konnten, um sich der großen Anzahl hospitalisierter, neuropsychiatrisch versehrter Veteranen anzunehmen. Diese Stellen waren Psychiatern in der benötigten Anzahl schlecht zu vermitteln, da diese auf den privaten Markt strebten. Einige wenige klinische Psychologen begannen in freier Praxis, jedoch häufig mit einer starken Betonung auf psychologische Testdiagnostik, die damals mehr praktiziert und geschätzt wurde als heutzutage. Und obwohl die psychiatrische Sozialarbeit sowohl in Einzelfallarbeit als auch in Gruppenarbeit ein gut etablierter Beruf war, arbeiteten diese damals fast alle in sozialen Einrichtungen, Familiendiensten, Kinderberatungsstellen etc., unterstützt durch eine Kombination öffentlicher und privater Hilfsgelder und beschäftigt mit den sozialen und psychologischen Problemen der Armen und anderer sozialer Randgruppen. Kaum ein psychiatrischer Sozialarbeiter war zu der Zeit in freier Praxis tätig, und die wenigen psychiatrischen Krankenschwestern, die es gab, waren ausschließlich stationär in psychiatrischen Krankenhäusern und den neu geschaffenen psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser beschäftigt. Außer der intensiven Einzelpsychotherapie schloß der Markt der Privatpraxis etwas Hypnotherapie, die Theatralik von Morenos Psychodrama in New York und die Anfänge der Familientherapie am Ackermann-Institut ebenfalls in New York ein sowie unter den Sozialarbeitern in sozialen Einrichtungen die von Slavson entwickelte psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie. Die echte Ausbreitung der bereinigten psychoanalytischen Nachkommenschaft, Gestalt, Transaktionsanalyse, Urschrei etc. hatte natürlich noch nicht stattgefunden, noch die der vielen therapeutischen Rand- und Kulturscheinungen - wo Kalifornien immer eine Führungsrolle gespielt hatte - , noch das eigentliche Wachstum der verschiedenen Selbsthilfebewegungen, von denen lediglich der ursprüngliche Prototyp, die Anonymen Alkoholiker, damals überhaupt existierte. Die Folge war, daß die psychotherapeutisch tätigen Psychiater den Markt der privaten Praxis so ziemlich für sich alleine hatten; sie hatten viele Patienten und waren im großen und ganzen kompetent in ihrer Tätigkeit und vertrauten darauf, daß ihre Ausbildung sie dafür gut gewappnet hatte.

Dieses Bild vom Wesen und von den Bedingungen der psychiatrischen Ausbildung und Praxis zu der Zeit, als ich im Jahre 1949 das Feld betrat, beleuchtet meines Erachtens klar die riesigen Veränderungen, die stattgefunden haben, wenn man all dies mit dem Wesen und den Bedingungen der Ausbildung und Praxis von heute vergleicht, vor allem in Bezug auf den hier zur Diskussion stehenden Bereich der Psychotherapie und dessen Stellenwert innerhalb der Psychiatrie. Ich werde mich hier nicht allen Veränderungen über diese fast fünf Jahrzehnte hinweg widmen, was ich ausführlich an anderer Stelle getan habe, sondern diese hier lediglich in sehr geraffter Form erwähnen.

Zuerst ist natürlich die buchstäbliche Wissensexplosion in der Neurowissenschaft und Neurobiologie zu nennen, vor allem in deren molekularbiologischer und molekulargenetischer Dimension mit dem spektakulären Wachstum an Kenntnissen über Beziehungen zwischen Gehirn und Verhalten im Bereich geistiger und emotionaler Störungen mit dem besonderen wissenschaftlichen Fokus auf die Aufklärung genetischer Marker für geistige Dysfunktionen sowie auf die Vielfältigkeit ineinandergreifender und interagierender Neurotransmitter und Zellrezeptoren. Die biologische Psychiatrie ist schnell zu einem höchst bedeutenden und aufregenden Schauplatz geworden und ist heute der Brennpunkt in For-

schung und Klinik für viele akademische psychiatrische Laufbahnen sowie für größere psychiatrische Investitionen an Raum und Geld.

Die zweite und damit zusammenhängende größere Entwicklung ebenfalls im Bereich der Biologie ist das moderne Zeitalter der psychoaktiven Substanzen als zentrales therapeutisches Mittel in der Versorgung und Behandlung psychisch Kranker, vor allem der schlimmeren, psychotischen Patienten, vor denen wir psychodynamisch ausgebildeten Psychiater uns immer eher gedrückt haben und die für unseren Beruf in der Vergangenheit solch eine schwere, kollektive, unerfüllte soziale Verantwortung gewesen sind, lange Zeit in großen öffentlichen Heilanstalten abgestellt, oftmals bestenfalls vernachlässigt, schlimmstenfalls übel mißbraucht. Ich muß hier nicht die große Ausbreitung psychoaktiver Medikamente seit Beginn des modernen Zeitalters der Psychopharmaka im Jahre 1954 erzählen. Es mag genügen zu sagen, daß die Existenz all dieser Medikamente die Merkmale der psychiatrischen Praxis (nicht zu erwähnen die Hilfe für Personen mit emotionalen und Verhaltensstörungen durch nichtpsychiatrische Ärzte) entscheidend verändert hat und Anpassungen auf dem Gebiet der Psychotherapie nötig gemacht hat, wo die unterstützende oder begleitende Anwendung von Psychopharmaka alltäglich geworden ist, insbesondere bei weniger integrierten Patienten, meist bei solchen, die sich außerhalb des normalen neurotischen Spektrums befinden und wo das Verständnis für die Interaktion von Medikament und Verhalten sowie für die psychologischen Bedeutungen solcher chemisch induzierten Stimmungs- und Verhaltensänderungen zum Bestandteil dessen geworden ist, was wir in unserer psychotherapeutischen Arbeit wissen und lehren müssen.

Die dritte größere Dimension des Wandels auf dem Gebiet der Psychiatrie ist im Bereich der Psychologie angesiedelt. Hier sei lediglich erwähnt, daß die Psychoanalyse nicht mehr die fraglos vorherrschende psychologische Theorie ist, die unser Verständnis des menschlichen Geistes und seiner Abwege leitet und erhellt. Sie ist inzwischen herausgefordert worden durch das erstaunliche Wachstum zweier grundlegend verschiedener und konkurrierender psychologischer Paradigmen, der Lerntheorie mit der davon abgeleiteten Verhaltensmodifikation, und der sogenannten existentialistisch-phänomenologischen Tradition der europäischen Philosophie und Literatur, die als humanistische Psychologie nach Amerika kam und die gesamte Encounter- und Wachstumsbewegung hervorbrachte. Diese Richtung kritisierte sowohl die Psychoanalyse als auch die Verhaltensmodifikation als mechanistisch und losgelöst von grundlegendem Subjektivismus und Humanismus; sie hatte zu einem gewissen Grad Einfluß innerhalb unseres Berufsstandes, in einem weitaus größeren Maße außerhalb davon. Von größerer praktischer Bedeutung für die Praktiker und Lehrer dynamischer Psychotherapie ist das Eindringen der verhaltenstheoretischen Technologien in unsere Kliniken und Ausbildungsprogramme, zum Beispiel in der Sexualtherapie oder in Eßstörungskliniken, beides heute beliebte Schauplätze der Spezialisierung.

Die vierte größere Dimension des Wandels ist das sozialwissenschaftliche (und sozialpolitische) Feld. Hierzu sein ein weiterer Einfluß erwähnt, der ebenso vermögend ist für die Umformung des Wesens des modernen amerikanischen Psychiatrie- und Psychohygienebetriebes wie die psychopharmakologische Revolution, die Bewegung der öffentlichen Zentren für Psychohygiene, die durch einen Gesetzeserlaß Kennedys von 1963 ins Leben gerufen wurde. Diese öffentliche Psychohygienebewegung stellt ganz klar einen neuen Schwerpunkt politischer Macht und für den Zugang zu Finanzierungen im gesamten Bereich der Psychohygiene dar. Sie tritt daneben die Nachfolge verwandter Konzepte und Ideologien an, die nicht alle notwendigerweise politisch inspiriert waren und sich zumeist vor und außerhalb der offiziellen öffentlichen Psychohygienebewegung entwickelt hatten. Ich meine damit die Konzepte des offenen Krankenhauses und der therapeutischen Ge-

meinschaft von Maxwell Jones in England sowie der Milieuthérapie, wie sie D. Ewen Cameron in Kanada entworfen hat und Will Menninger und seine Kollegen an der Menninger-Klinik in Topeka, Kansas mit psychoanalytischer Differenziertheit weiterentwickelt haben. Daneben ist das heutige und vorherrschende Konzept der Deinstitutionalisierung zu nennen, welches uns bereits vom Zeitalter der oft sehr langen, sogar lebenslangen, Unterbringung, besser gesagt Einkerkierung, der meisten kränkeren Patienten in unseren großen öffentlichen Irrenanstalten zur heutigen Zeit geführt hat, wo die Hospitalisierung im großen und ganzen sehr kurz währt und hauptsächlich bei akuten und nicht zu bewältigenden Lebenskrisen und psychologischen Dekompensationen zum tragen kommt und wo die meisten selbst unter den sehr kranken, chronisch psychotischen Patienten ihr Leben in der Außenwelt meistern (oder nicht meistern) - und wo wir jetzt die neuen unseligen Konsequenzen des deinstitutionalisierten Lebens sehen, daß die einstmals in den Staatskrankenhäusern vernachlässigten und mißbrauchten Patienten nun oftmals in Pensionen, Pflegeheimen oder in billigen Innenstadthotels vernachlässigt oder mißbraucht werden oder noch schlimmer die Zahl der Obdachlosen in unseren Straßen anwachsen lassen. In jedem Falle handelt es sich um eine Menge größerer Probleme und Fragen, die notwendigerweise ein Hauptanliegen der akademischen Psychiatrie bei der Vorbereitung ihrer Studenten auf das vor ihnen liegende Berufsleben darstellen.

Fünftens und letztens in dieser Auflistung der hauptsächlichlichen Einflußdimensionen auf die Psychiatrie während der vergangenen Jahrzehnte sind die damit zusammenhängenden theoretischen Entwicklungen zu nennen, die mit den Veränderungen der Betonung weg von den therapeutischen hin zu den präventiven Besserungsmodellen sowie weg von den idiosynkratisch-individuellen hin zu den sozial kontrollierten Familien-, Gruppen- und Systembelangen in Zusammenhang stehen und die den philosophischen Anstoß der öffentlichen Psychohygienebewegung darstellen. Ein Teil dieser Theorien wurde innerhalb der Psychoanalyse entwickelt, wie etwa die Krisentheorie, welche ursprünglich von Lindemann eingeführt wurde. Der größte Teil davon ist außerhalb der Psychoanalyse entwickelt worden, in der akademischen Soziologie oder Sozialpsychologie, wie etwa die Rollentheorie, Theorien abweichenden Verhaltens, Theorien sozialen Gruppenverhaltens und die Theorie von Sozialsystemen. Der Hauptpunkt ist wiederum, daß es andere Wissensgebiete sind, das Wissen der Sozialwissenschaften nämlich, die als Erklärungsrahmen für viele Erscheinungen dienen, die innerhalb des Bereiches der Psychiatrie liegen und daß diese vermutlich besser sind im Sinne von umfassender oder direkter anwendbar oder vielleicht einfach leichter verständlich oder einleuchtender als Erklärungsrahmen in Bezug auf die relevanten Probleme unserer Akutkliniken und öffentlichen Zentren für Psychohygiene.

Soviel zur Auflistung einiger der hauptsächlichlichen Entwicklungen innerhalb und außerhalb der Psychiatrie während dieser schnell vergangenen fast fünf Jahrzehnte. Sie alle haben Eingang gefunden in die psychiatrischen Facharztausbildungen. Obwohl die typische Facharztausbildung nun vier Jahre dauert, gehört ein halbes bis ein Jahr davon in den meisten Programmen wieder dem, was einst im gesonderten praktischen Jahr stattfand, Wechselpraktika in allgemeiner Medizin, in Neurologie und/oder für diejenigen, welche Kinderpsychiater werden wollen, in Kinderheilkunde. In den drei bis dreieinhalb Jahren reiner psychiatrischer Lernerfahrung finden größere Wechsel statt durch den Einsatz auf Station, wobei der Schwerpunkt heute angesichts einer Aufenthaltsdauer der Patienten von in der Regel weniger als 30 Tagen nicht mehr auf Psychotherapie, sondern auf der medikamentösen Behandlung liegt, in Notfallambulanzen und Krisenkliniken sowie akuten Notfallstationen mit einer normalen Aufenthaltsdauer von einer Woche oder weniger, in Suchtstationen und ambulanten Abteilungen zur Entgiftung und Methadonabgabe, in interdisziplinären Austauschdiensten sowie in speziellen stationären und/oder ambulanten

geriatrischen Abteilungen. Ein bedeutender Teil der sogenannten ambulanten Jahre wird in den öffentlichen Zentren für Psychohygiene abgeleistet mit ihrem Schwerpunkt auf Kurzzeittherapie und Gruppentherapie sowie oft in Spezialkliniken wie solchen für affektive Störungen, zur Dauerüberwachung von Medikamenteneinnahme, für Schlafstörungen, Essstörungen und Sexualstörungen, allesamt mit Fokus auf medikamentöse und/oder verhaltensbezogene Behandlung. Diese gesamte Zeitverteilung sowie diese hauptsächlichlichen Schwerpunkte in der Lehre gehen von der Zeit ab, die einst der Lehre von Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie gehörten, da dies die Tätigkeiten waren, die einst fast die gesamte Facharztausbildung ausfüllten und da sie vermutlich sowieso flexibler sind bezüglich dem Mehr oder Weniger an Zeit, die man ihnen widmen muß.

Natürlich sollte gesagt sein, daß neben den vielen Faktoren, die durch ihren Druck zur Verringerung an Zeit und Mühe für die Lehre und Praxis der Psychotherapie beitragen, die Versicherungsträger und verschiedenen staatlichen Quellen von Drittmitteln Druck ausüben, deren Sorge um ein Kosten-Nutzen-Gleichgewicht und um eine nachprüfbare therapeutische Wirksamkeit der erstatteten Dienstleistungen unerbittlich zur fortschreitenden Kürzung der Deckung für langzeitige Einzeltherapie zu Gunsten von Kurzzeittherapiemodellen, Gruppentherapie und der Behandlung mit Psychopharmaka führt. Dies hat natürlich einen unvermeidlich ernüchternden Effekt auf die Bereitschaft von sowohl institutionellen als auch individuellen psychosozialen Anbietern gehabt, intensive Psychotherapie in dem wirklich angezeigten sowie sozial und individuell sinnvollen Maße anzubieten.

Es würde hier zu weit führen, die konzeptuellen und technischen Kompliziertheiten der Verlaufs- und Ergebnisforschung auszuführen, die notwendig wären, um vergleichend die Wirksamkeit intensiver Psychotherapie angesichts kurzzeitiger oder medikamentenzentrierter Ansätze für die Störungen des psychopathologischen Spektrums darzustellen, es soll jedoch genügen zu sagen, daß es bezüglich der für die staatlichen Stellen und Versicherungsträger entscheidenden Kriterien, nämlich die Sorge um die Besserung sichtbarer Symptome und gestörter oder störender offensichtlicher Verhaltensweisen, unwahrscheinlich ist, daß intensive Psychotherapie sich als unzweifelhaft überlegen etablieren wird (oder kann). Ihr mutmaßlicher Nutzen liegt eher in den subtileren und weniger meßbaren Bereichen erhöhter Lebenszufriedenheit und effektiveren und angepaßteren Funktionierens als Folge innerer Charakter- und Persönlichkeitsveränderungen. Daneben wird vieles dessen, weshalb wir Menschen in der intensiven Einzelpsychotherapie behandeln, schwere Unzufriedenheiten mit dem Verlauf ihres Lebens, Schwierigkeiten im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen oder Anpassung an die Arbeit oder Schule etc. von Kostenträgern nicht als Krankheiten im eigentlichen Sinne betrachtet, für die sie die Behandlungskosten übernehmen sollten. Letztendlich wird die Unfähigkeit eines graduierten Studenten, eine Doktorarbeit in vergleichender Sprachwissenschaft oder Anthropologie zu vollenden, was zu einem Dokortitelinhaber und zu einer akademischen Karriere weniger führen wird, kaum als Krankheitszustand angesehen, für welchen ein Versicherungsprogramm Behandlung ermöglichen sollte, egal, wie tragisch die Folgen für die Laufbahn und das Leben des enttäuschten und frustrierten Individuums auch sein mögen. Sicherlich hat die Übersetzung von Krankheitskriterien, erstattungsfähigen Krankheitskriterien, in DSM-Begriffe mit seinen spezifischen Symptomkriterien für Krankheit dieses Problem noch weiter erschwert. Wieder sind dies alles Faktoren, die noch weiter die Leidenschaft des potentiellen Anbieters von Langzeittherapie abkühlen lassen wird.

Nehmen wir all dies zusammen als den Kontext der Veränderungen, die in der Psychiatrie und psychiatrischen Praxis seit meiner eigenen Ausbildung stattgefunden hat, so stellt sich die Frage, wo wir uns heute befinden bezüglich unserer Sorge für das Wohlbefinden und die Lebensfähigkeit des Unternehmens Psychotherapie, sowohl hinsichtlich der Lehre



als auch der Praxis. Aus allem, was ich bisher über die wichtigsten neuen Elemente der heutigen psychiatrischen Ausbildung gesagt habe, wird klar, daß die theoretische und technische Lehre von der Psychotherapie in den Ausbildungsgängen fortschreitend und ernsthaft erschüttert worden ist, selbst in jenen Programmen, die versucht haben, den Strömungen der Zeit zu widerstehen und altehrwürdige Verpflichtungen zu psychodynamischem Denken und Praxis beizubehalten. Typischerweise wird das dritte der vier Jahre dauernden Facharztausbildung heute als „Psychotherapiejahr“ ausgeschrieben. Dies bedeutet für die tatsächliche Praxis, daß unter Berücksichtigung der anderen zeitlichen Anforderungen selbst bei sogenannten Pflichtprogrammen die wöchentliche Höchstanforderung 12 Stunden Einzeltherapie nicht übersteigt, was bei höchstens 50 Wochen - dies ist angesichts Ferienzeiten und Fehlens wegen Fortbildung sehr hoch gegriffen - ein äußerstes Maximum von 600 Stunden verbuchter Zeit bedeutet. Auch wenn ein oder zwei Patienten vor diesem Psychotherapiejahr behandelt worden sein mögen und einige dieser Patienten des dritten Jahres in das vierte Jahr hinein behandelt werden (je nach Druck des übrigen Lehrprogrammes), so sind diese 600 Stunden Psychotherapieerfahrung die gesamte Ausbildung in Psychotherapie im Rahmen der Facharztausbildung, sieht man von den wenigen Programmen ab, in denen die Studenten auch im vierten Jahr wahlweise Psychotherapie belegen können. Man vergleiche dies mit den direkt nach dem Zweiten Weltkrieg üblichen 3000 Stunden Psychotherapieerfahrung, von denen man damals glaubte, daß sie das minimal notwendige für die Facharztausbildungen darstellten, um Fachärzte auszubilden, die qualifiziert und kompetent genug seien, um eine unabhängige Praxis mit der erforderlichen Fähigkeit und Erfahrung zu führen, als Fachleute, denen man gerne Privatpatienten zukommen ließ.

Damit nicht das Gefühl aufkommt, dies sei ein zu krasser und übertriebener Kontrast, möchte ich aus zwei Artikeln zitieren, die im Jahre 1990 im *American Journal of Psychiatry* veröffentlicht wurden. Der erste ist von Paul Mohl und sechs Mitarbeitern, der Leitartikel der Januarausgabe mit dem Titel „Psychotherapeutische Ausbildung für den Psychiater der Zukunft“<sup>2</sup>. Der Artikel war das Werk einer gemeinsamen Sonderkommission der *Association for Academic Psychiatry* und der *American Association of Directors of Psychiatry Residence Training*. Sie strebte an, ein *optimales* Psychotherapieausbildungsprogramm im Rahmen der heutigen Psychiatrie sowie deren verschiedenen Vorgaben und Einschränkungen zu entwerfen. Im ersten Ausbildungsjahr läge der Schwerpunkt auf klinischer Betreuung, d.h. „Diagnostik, Krisenintervention, Pharmakotherapie sowie ausführliche Anamneseerhebung und Behandlungsplanung.“ Und die „Studenten folgen hospitalisierten Patienten mit einem primären Fokus auf das Verständnis des natürlichen Verlaufes sowie der Auflösung wichtiger psychiatrischer Krankheiten durch Behandlung [im Sinne einer Behandlung mit Psychopharmaka], anstatt auf der Versorgung mit psychotherapeutischer Behandlung.“ Dies sei am Rande die Beschreibung des Kontrastes zu meiner eigenen Einführung in die Psychiatrie, wo ich vom ersten Tag an 20 angesetzte Wochenstunden Psychotherapie in einem psychiatrischen Dienst abhalten mußte, wobei ich bestmöglich gegen all meine Ängste geschützt wurde durch sehr intensive und hochwertige Supervision durch eine erfahrenen psychoanalytischen Supervisor.

Im zweiten Ausbildungsjahr „umfaßt die klinische Betreuung weitestgehend hospitalisierte Patienten [gemeint sind wieder Kurzzeitbehandlungen mit Medikamenten und Stationsbehandlung, nicht Psychotherapie], die Arbeit sollte jedoch auch mindestens zwei Patienten beinhalten, bei denen Psychotherapie die vorherrschende oder einzige Behandlungsform darstellt.“ Übersetzt bedeutet dies Psychotherapie mit wöchentlichen Sitzungen, ma-

---

<sup>2</sup> *Psychotherapy Training for the Psychiatrist of the Future* im Original; Anm. d. Übers.

ximal zwei Stunden pro Woche über das ganze Jahr hinweg oder 100 Stunden während des hypothetischen 50-Wochen-Arbeitsjahres, in den meisten Fällen jedoch würde dies auf die Hälfte hinauslaufen, eine Stunde pro Woche oder bis zu lediglich 50 Stunden. Das dritte Jahr ist natürlich das angenommene große Jahr des Psychotherapieunterrichts. Hier lautet die enttäuschende Empfehlung, „die klinische Betreuung während des dritten Jahres besteht aus vier bis sieben Stunden Psychotherapie pro Woche und mindestens einem Patienten, der öfter als einmal die Woche gesehen wird.“ Wir wollen dies einen Durchschnitt von sechs Stunden pro Woche nennen oder bis zu 300 Stunden pro Jahr im großen Psychotherapiejahr, eine offizielle Aussage von optimaler Absicht, was nur die Hälfte der 600 Stunden darstellt, auf die ich in meinem eigenen Gedankenspiel kam als Gegensatz zu den 3000 Psychotherapiestunden meiner eigenen Ausbildungszeit.

Für das letzte Ausbildungsjahr empfehlen die Autoren „daß die meisten Studenten keine neuen Langzeitfälle dazunehmen werden, sondern Fälle, die die Gelegenheit bieten, eine spezialisierte Form von Psychotherapie anzuwenden.“ Diese hatten sie zuvor im Artikel näher erwähnt - Kurzzeittherapie, Hypnose, Kognitive Therapie, Sexualtherapie etc. - alle vielleicht löblich, aber nicht dasselbe. Sie sagen auch, daß „es während dieses Jahres auch einige nicht supervidierte Fälle geben sollte.“ Haben diejenigen unter uns, die viele Jahre psychotherapeutischer Ausbildung und Erfahrung als Schüler oder Lehrer gewidmet haben, wirklich das Gefühl, daß unsere Facharztanwärter in der Lage sind, nach einer so minimalen Psychotherapieerfahrung unter Supervision unsupervidiert zu arbeiten? Ich würde unterstellen, daß dies keine Frage reifen Erwachsenseins und Autonomie versus Kindlichkeit ist, wie einige meinen würden, sondern eine Frage der Aussage darüber, was wir für eine angemessene psychotherapeutische Ausbildung und Erfahrung halten. Man halte sich im Kontrast dazu den Kommentar vor Augen, den vor einiger Zeit ein älterer psychoanalytischer Kollege abgab, der mir sagte, daß er nun nach über 40 Jahren klinischer Vollzeittätigkeit endlich das behagliche Gefühl erreicht habe, daß er wirklich wisse, was er tue, wenn er seine Patienten behandle, und er fühle, nun äußerst hilfreich für sie sein zu können. Selbst wenn man dies als falsche Bescheidenheit herunterspielt, so steckt doch auch mehr als nur ein Körnchen Wahrheit darin.

Die mich bestürzende Krönung dieses Artikels kommt gegen Ende, wenn die Autoren reumütig eingestehen, daß nur *einige* Facharztausbildungsgänge die Mittel und Möglichkeiten (ganz zu schweigen den Willen) haben, selbst diese, für mich extrem kümmerlichen, Ausbildungsanforderungen zu erfüllen. Deshalb bemerken sie, daß es für den gesamten Rest auch ein „Modellcurriculum für eine *Mindest*ausbildung in psychodynamischer Psychotherapie“ gibt. Um diese Anforderungen zu erfüllen, muß jeder Absolvent mindestens 200 Stunden mit der psychodynamischen psychotherapeutischen Behandlung von Patienten verbringen. Diese Sitzungen müssen wenigstens wöchentlich stattfinden und mindestens 45 Minuten dauern, und der Zweck einer jeden Sitzung muß sein, sich mit psychodynamischer, expressiver, explorativer Psychotherapie zu befassen. Vorzugsweise erstrecken sich diese 200 oder mehr Stunden Therapieerfahrung über den gesamten alltagspsychiatrischen Ausbildungszeitraum. Jeder Absolvent sollte wenigstens vier verschiedene Patienten haben, einen davon für mindestens 50 Sitzungen und mindestens einen, wenn möglich mehr, der bis zum Schluß behandelt wird.“ Angenommen, das gesamte vierjährige Ausbildungsprogramm besteht aus bis zu 8000 Planstunden und die 200 Stunden Psychotherapieerfahrung stellen 2 bis 2,5 Prozent dessen dar, so kann man mit Recht fragen, welcher andere Zweig der Medizin die Beschäftigung mit der Behandlung von lediglich vier Patienten, bei der nur eine zum Abschluß kommt, während 2 bis 2,5 Prozent der gesamten Ausbildungsdauer, mit der charakteristischsten und am weitesten verbreitetsten Behandlungstechnik, die zur Verfügung steht, als angemessene *Spezial*ausbildung ansehen würde.

Drei Monate nach dem Artikel dieser Sonderkommission erschien ein weiterer, den man als eine Art Anhang zu ersterem betrachten könnte, in der Aprilausgabe 1990 des *American Journal of Psychiatry* unter dem Titel „Was ist mit der intensiven Psychotherapie geschehen?“<sup>3</sup> von Kenneth Altshuler. Altshulers Artikel basiert auf einer Umfrage bei 212 psychiatrischen Facharztausbildungsprogrammen, von denen 163 antworteten. Um nur einen seiner bestürzenden Befunde zu nennen: weniger als 40 Prozent der Programme, die geantwortet hatten, verlangten überhaupt, daß Patienten mehr als einmal pro Woche innerhalb des gesamten Ausbildungszeitraumes gesehen werden müssen. Dies bedeutet, daß mehr als 60 Prozent aller angehenden amerikanischen Fachärzte für Psychiatrie niemals während ihrer gesamten Ausbildung irgendeinen Patienten öfter als einmal die Woche gesehen haben. Und von den 59 von 163, welche verlangen, daß einige Patienten mindestens zweimal wöchentlich behandelt werden, gibt es nur zehn im ganzen Land, die verlangen, daß es mindestens drei solche Patienten gibt, die zweimal wöchentlich gesehen werden - die anderen teilen sich auf in 21 Programme, die einen Patienten vorschreiben und in 28 Programme, die zwei verlangen.

Diese ist alles in allem das Bild der Psychotherapieausbildung im Stile des Jahres 1990 in den Vereinigten Staaten. In diesem Zusammenhang sollte es nicht überraschen, daß die *Amerikanische Vereinigung der Leiter psychiatrischer Facharztausbildungen*<sup>4</sup> bei ihren jährlichen Treffen Podiumsdiskussionen nicht darüber abhalten, wie viel Erfahrung und Unterricht in psychodynamischer Psychotherapie in einer heutigen psychiatrischen Facharztausbildung enthalten sein soll, sondern darüber, *ob überhaupt* psychotherapeutische Ausbildung noch Pflicht sein soll, oder als Wahlfach für diejenigen, die nach dieser heute sogenannten Nebenspezialisierung innerhalb der Psychiatrie als Ziel ihrer Laufbahn streben. Diejenigen, die glauben, daß die Psychotherapieausbildung optional sein sollte, argumentieren, daß es so viele Wissensgebiete in der heutigen Psychiatrie gibt, die ein volles Medizinstudium beanspruchen, um richtig verstanden und angewendet zu werden, wie die Neurowissenschaft und ihre klinischen Anwendungen in der psychopharmakologischen Behandlung schwerer psychiatrischer Störungen und daß weiterhin die dynamische Psychotherapie das Gebiet psychiatrischer Sachkunde ist, welches mit anderen Berufsgruppen geteilt werden kann und von diesen auch gelernt werden kann, so daß diese es gleichermaßen gut und voraussichtlich billiger anwenden können, als ein Arzt, welcher dann nur noch die Indikationen und Kontraindikationen sowie die angemessene Verschreibung zur Delegation an den nichtärztlichen Therapeuten kennen muß, ähnlich wie ein Orthopäde die Physiotherapie an einen anderen Behandler weiterleitet. Abgesehen von den unvermeidlichen politischen Kompetenzrangeleien mit den anderen Berufsgruppen der psychosozialen Versorgung um diese nicht länger anerkannte Annahme der medizinisch-psychiatrischen Hegemonie in der Behandlung psychischer Krankheiten besteht auch die Ironie - die den Befürwortern dieser Position wohl entgangen ist - daß man sich Psychiater vorstellen muß, die Psychotherapie supervidieren sollen, ohne die erforderliche Ausbildung jemals genossen zu haben, diese selbst durchzuführen.

Da ist es kaum eine Verschärfung der gezeigten Anti-Psychotherapie-Argumentation für Psychiater, wenn man die Stimme eines wichtigen Lehrers für Psychiatrie hört, des früheren Vorsitzenden einer der größten psychiatrischen Forschungszentren an einer medizinischen Hochschule und heutigen Vorstandes für alle Gesundheitswissenschaften dieser Universität. Sein Vorschlag ist, daß die Psychiatrie angesichts des modernen Wachstums der Neurowissenschaft und biologischen Psychiatrie und all ihrer Technologien jetzt die historische Gelegenheit hat, ihren, wie er meint, grundlegenden Fehler der dreißiger und vierzi-

<sup>3</sup> *Whatever Happened to Intensive Psychotherapy?*“ im Original, Anm. d. Übers.

<sup>4</sup> *American Association of Directors of Psychiatric Residency Training*

ger Jahre zu korrigieren, sich damals als unabhängige Disziplin von der vorher zusammengehörenden Neuropsychiatrie abzuspalten, indem sie sich mit der Neurologie wieder zu einer gemeinsamen Abteilung der Medizin vereinigte. Heute, so bemerkt er, gebe es keinen Unterschied mehr in der Ausbildung eines erstklassigen Psychiaters und der Ausbildung eines erstklassigen Neurologen, und das Vorhandensein getrennter Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie ist genauso grundlegend lächerlich wie die Vorstellung, getrennte Abteilungen für Hören, Riechen und Schmecken zu haben, anstatt eine HNO-Abteilung.

Der Befürworter dieser Sicht sagte nichts darüber, ob es ein populärer oder möglicher Gesprächspunkt sein könnte; er ist politisch zu geschickt, um solche Illusionen über das Wesen der verwurzelten politischen und berufsständischen Interessensgruppen zu hegen. Der Vorschlag war vielmehr als Bemühung gedacht, die wirklichen konzeptuellen Implikationen der inhaltlichen Revolution streng intellektuell zu überdenken, die die Psychiatrie und die psychiatrische Praxis von damals in die von heute verwandelt hat. Ganz klar ist dies eine Vision, die die dynamische Psychotherapie praktisch ganz aus dem heutigen (und zukünftigen) Repertoire gestrichen hat.

Und natürlich wird diese Denkungsart wesentlich unterstützt durch die derzeitigen und voraussichtlichen Trends der Kostenerstattung für psychiatrische Leistungen, über die ich schon zuvor gesprochen habe. Der deutliche Trend geht, wie bereits angedeutet, in Richtung der fortschreitenden scharfen Kürzung von Leistungen für Langzeitpsychotherapie, bis hin zu dem Punkt, wo 20 Psychotherapiesitzungen innerhalb eines Kalenderjahres die Norm der ambulanten Leistungen für Psychotherapie geworden sind. Dies steht im Kontrast zur ständig gesicherten Kostenübernahme für stationäre psychiatrische Pflege. Nun, wo der unvermeidliche und lange verzögerte Trend in Richtung einer Art allgemeinen, möglicherweise kombiniert privat und öffentlich finanzierten, nationalen Krankenversicherungsmodells Auftrieb bekommt durch die wachsende Krise des Gesundheitssystems in Amerika - neben Südafrika dem einzigen entwickelten Industriestaat der westlichen Welt, in dem es noch immer keine allgemeine Krankenversicherungspflicht gibt - erscheint es mir sehr wahrscheinlich, daß intensive Psychotherapie jeglicher Art, wenn die Entwicklung weiter so verläuft, aus dem System herausgedrängt werden wird, um nur den reicheren und gebildeteren zugänglich zu sein, die es sich leisten können und selbst danach suchen werden.

Die Erstattung im Bereich der Psychohygiene ist natürlich keineswegs einheitlich in all den Industrieländern auf der Welt, in denen es eine allgemeine Krankenversicherung gibt. In manchen, wie Kanada oder Schweden, gibt es eine totale Kostenübernahme für Langzeitpsychotherapie und Psychoanalyse, wenn der Therapeut praktizierender Psychiater ist. In anderen, wie Belgien, bestehen bedeutende Zuzahlungen; in wieder anderen, wie Deutschland, gibt es eine volle Übernahme, jedoch eine eingeschränkte Gesamtdauer, im Falle Deutschlands von 300 Stunden. Das Modell jedoch, auf welches sich meines Erachtens die Vereinigten Staaten von den Einschränkungen her, die von den staatlichen und privaten Versicherungsträgern ausgehen, zubewegen, ist das britische Modell, wo Psychotherapie auf unbegrenzter Basis mit einer Wochenstunde innerhalb des Nationalen Gesundheitsdienstes NHS zugänglich ist, zumindest im Rahmen solcher NHS-Kliniken wie der Tavistock-Klinik in London, die sich dazu verpflichtet, was auch nicht alle NHS-Kliniken tun. Intensivere, d.h. häufiger stattfindende Psychotherapie muß von denjenigen privat finanziert werden, die dies wünschen und sich leisten können. Das heißt zum Beispiel, daß alle Psychoanalysen privat bezahlt werden und außerhalb des steuerbegünstigten Gesundheitssystems stattfinden. Als Folge ist die Psychoanalyse in diesem Land größtenteils auf London beschränkt, wo die überwältigende Mehrheit der Bevölkerung mit der erforderlichen Bildung und Zahlungskraft lebt, und die Honorare bewegen sich auf einem

weitaus niedrigeren Niveau von weniger als der Hälfte dessen, was man in den USA für eine Stunde Psychotherapie bezahlt, obwohl sich die Lebenshaltungskosten in London kaum von denen in New York unterscheiden.

All das geht ein in die Prognose für die Zukunft der Psychotherapie, der intensiven Psychotherapie und Psychoanalyse in den USA der neunziger Jahre. Man könnte zweifellos den Schluß ziehen, zu denken, daß der ungeschriebene Untertitel dieses Artikels lautet, „Psychotherapie, eine bedrohte Art“. Einerseits wäre dies gerechtfertigt vom berufsständischen Standpunkt aus gesehen, betrachtet man die Entwicklung von den berauschenden fünfziger und sechziger Jahren, als die Vorherrschaft der psychodynamischen Psychotherapie als zentraler intellektueller und therapeutischer Tätigkeit innerhalb der Psychiatrie fast unbezweifelt war, als die öffentliche Anerkennung, das Ansehen und die Achtung für uns und unser Tun stets hoch war und als dies weitgehend von der Sozialpolitik und den Wirtschaftsführern innerhalb und außerhalb der Regierung, die für das Gesundheitswesen verantwortlich waren, anerkannt war.

Ohne Frage, ich habe die verschiedenen wissenschaftlich-berufsständischen sowie soziopolitischen Tendenzen skizziert, die zusammen dazu beigetragen haben, daß diese Situation sich so drastisch ändern konnte, wie wir dies nun in den neunziger Jahren sehen. Wie also sollte ich heute die Zukunft des psychoanalytischen und dynamischen Psychotherapieunternehmens im Lichte dieses derzeitigen, drastisch veränderten Klimas lesen? Zunächst sei gesagt, daß die Psychoanalyse, als Theorie und Praxis die intellektuelle Quelle dynamischer Psychiatrie und Psychotherapie, überlebt und, nimmt man eine weitere Perspektive ein, die ich hier darlegen will, - floriert. Sicherlich, als theoretische Perspektive hat die Psychoanalyse einen deutlich geringeren Stellenwert innerhalb der akademischen Psychiatrie im Vergleich zu ihrer Stellung vor 20 oder 25 Jahren, und dieser Trend scheint noch einige Zeit so weiter zu gehen, bis das Pendel (unvermeidlich) zurückschwingen wird und sich selbst korrigiert. Die Verheißungen der biologischen Psychiatrie und die versprochene Therapeutik der Genveränderung und der psychopharmakologisch korrigierten Ungleichgewichte von Neurotransmittern befinden sich immer noch im ersten Taumel der enthusiastischen Ausbreitung, so wie die psychoanalytische Psychotherapie in den fünfziger und sechziger Jahren, und das unvermeidliche Hochloben, das Wecken unrealistischer Erwartungen sowie die letztlich gemäßigte Desillusion und das Ankommen bei einer nüchterneren und maßvollen Aussage über vernünftige und realistische therapeutische Erwartungen, hat noch nicht begonnen und wird noch zehn oder 20 Jahre auf sich warten lassen. Sicherlich wissen wir aber alle, daß die Vielzahl depressiver Personen in allen Lebensstadien und Lebenslagen Tausende von psychologischen Problemen, traumatischen Erlebnissen und Verlusten, konfliktreichen Beziehungen sowie inneren und äußeren Druck haben, welche nicht einfach durch stimmungsfördernde Medikamente gelöst werden können, die sie aus der dysfunktionalen Niedergeschlagenheit herausholen und sie befähigen, den Schwierigkeiten des Lebens zu begegnen. Das biopsychosoziale Modell des menschlichen psychologischen Funktionierens nach George Engel ist immer noch unser kollektives wissenschaftliches Ideal, dem wir treu sind, obwohl es für viele unter den Verfechtern jeder extremen Position innerhalb der Psychiatrie ein bloßes Lippenbekenntnis ist, welches in der Praxis abseits von unseren praktischen therapeutischen Bestrebungen steht. Heute sind wir sicherlich im Zeitalter der einseitigen biologischen Vorherrschaft innerhalb der Psychiatrie, vor allem der akademischen Psychiatrie, wie wir vor etwa dreißig Jahren im Zeitalter der psychologischen (d.h. psychoanalytischen) Vorherrschaft waren.

Trotz alledem, blickt man über die Grenzen der akademischen Psychiatrie und psychiatrischen Berufspraxis in Amerika sowohl geographisch als auch intellektuell hinaus, so bietet sich überhaupt kein so einseitiges Bild. Weltweit ist der Stellenwert der Psychoana-

lyse (und folglich der psychodynamischen Psychiater), obwohl er in den USA und interessanterweise auch in Großbritannien stillsteht, in den meisten übrigen Ländern im schnellen Aufstieg begriffen; die Psychoanalyse ist in der Tat eine wichtige Wachstumsindustrie in ganz Lateinamerika und Europa mit wirklich explosionsartigem Wachstum in solch wichtigen Ländern wie Argentinien, Brasilien, Frankreich, Deutschland und Italien, um nicht von dem aufblühenden Interesse und Wachstum in Asien zu sprechen. Hierbei sei Südkorea genannt als jüngstes aufstrebendes Zentrum psychoanalytischen Heranreifens sowie natürlich in jüngerer Zeit bedingt durch den Zusammenbruch des osteuropäischen Kommunismus mit dem damit verbundenen Streben nach Westen, ein intensiver neuer Anstieg an psychoanalytischer Aktivität in Tschechien, Polen, Litauen und sogar in Rußland, wo nach Jahrzehnten des totalen Verbotes eine Neuübersetzung der wichtigsten Werke Freuds auf Russisch herausgegeben worden ist, welche innerhalb einer Woche vergriffen war. Dies trägt dazu bei, daß die Psychoanalyse per se weltweit an Stärke und Einfluß zunimmt, selbst wenn der amerikanische Anteil, der natürlich immer noch der größte ist, in seinem prozentualen Stellenwert abnimmt und seine einstige Weltvorherrschaft verloren hat. Ein Hauptindikator für diese wachsende Bedeutung der Psychoanalyse im intellektuellen Weltgefüge ist das für das heutige Amerika undenkbare Maß, in welchem die wissenschaftlichen und beruflichen Aktivitäten der Psychoanalyse im Brennpunkt der Aufmerksamkeit bei den Medien, bei einflußreichen Tageszeitungen, meinungsbildenden Zeitschriften sowie in Radio- und Fernsehprogrammen der übrigen wichtigen Zentren der Psychoanalyse auf der ganzen Welt stehen.

Selbst in Amerika, wo wir uns mit einer traurig veränderten Stellung in den medizinischen Hochschulen unseres Landes sowie deren psychiatrischen Abteilungen abfinden müssen, wo wenige Psychoanalytiker oder psychoanalytisch orientierte Psychiater überhaupt noch zu Vorsitzenden von psychiatrischen Abteilungen berufen werden (und wenn dem so ist, dann nur trotz und nicht wegen dieser besonderen Referenz) als im Vergleich mit den Jahrzehnten direkt nach dem Zweiten Weltkrieg, als die medizinischen Hochschulen mit dem Ruhestand der nach Adolf Meyer ausgebildeten Generation amerikanischer Psychiatrieleiter begeistert versuchten, diese durch die psychoanalytisch ausgebildeten zu ersetzen, welche wiederum psychoanalytische Lehrer in ihre Abteilungen bringen würden, um psychodynamische Theorie und Psychotherapie zu unterrichten. Selbst hier ist derzeit psychoanalytisches Denken trotz alledem in Ausbreitung begriffen und findet neue Wurzeln und Kräfte innerhalb der weiteren universitären Welt und deren höheren akademischen Abteilungen. Es besteht heute in unserem Lande ein wachsendes psychoanalytisches Interesse an der Universität, wenngleich meistens besonders an bestimmten größeren Forschungsuniversitäten, darunter zufällig Berkeley, an den Abteilungen für Englisch und Französisch, vergleichende Literaturwissenschaft und Philosophie, ganz zu schweigen von verwandten Sozialwissenschaften wie Soziologie und Anthropologie. Ich muß glauben, diese andauernde und anwachsende psychoanalytische intellektuelle Vitalität innerhalb der amerikanischen Universitäten wird für eine andauernde gehaltvolle Strömung sorgen, die zur Förderung einer ausgeglicheneren Ära beitragen wird, die ich vor uns liegen sehe, wenngleich nicht in der nahen Zukunft, wo die organisierte akademische Medizin, und nicht nur die Psychiatrie, wieder ihre Vision von Gesundheit und Krankheit auf eine breitere Basis wird über die besondere naturwissenschaftliche Perspektive hinaus stellen wird, die von der Molekularbiologie und Molekulargenetik vorgegeben wird.

In der Zwischenzeit wird es der psychoanalytisch fundierten Psychotherapie weiterhin gelingen, in bestimmten Facharztausbildungsgängen medizinischer Hochschulen zu überleben (vielleicht selbst dort eher als ideologische Aussage anstatt als angemessene Lehraktivität), welche immer die traditionellen Bollwerke ihres Ansehens gewesen sind, wie Cor-

nell, Yale und Colorado sowie einige der anderen großen Zentren, vor allen in New York und Boston. Dies ist jedoch zugegeben sehr punktuell und nirgends wirklich angemessen, und darüber hinaus unterscheiden sich die psychiatrischen Ausbildungen im Vergleich zu all den anderen Disziplinen der Medizin nicht nur erheblich in Qualität und Ansehen - was für alle Spezialisierungen gilt - sondern auch erheblich - und das ist einzigartig - hinsichtlich ihrer programmatischen, ideologischen und intellektuellen Schwerpunkte, so daß es immer antipsychotherapeutische, sogar antiklinische, stark und einseitig forschungsorientierte (im Sinne von Laborforschung) Ausbildungsgänge gegeben hat, deren Anzahl während der letzten Jahre deutlich und dramatisch zugenommen hat. Dies sagt noch nichts aus über das allmähliche Verschwinden der psychiatrischen Facharztausbildungen an den kommunalen Allgemeinkrankenhäusern in den USA. Diese Ausbildungsgänge, einst Bollwerke der klinisch-psychotherapeutischen Ausbildung in verschiedenen Ballungsräumen des Landes fallen der harschen Wirtschaft zum Opfer, welche die in erster Linie auf ambulante Betreuung ausgerichteten Facharztausbildungen in Psychiatrie zunehmend zu Zuschußunternehmen macht, bis die kommunalen Allgemeinkrankenhäuser sie im Gegensatz zu den anderen, eher auf stationäre Betreuung ausgerichteten medizinischen Fachrichtungen, zunehmend als untragbar erachten. Dies rührt da her, daß zum einen die Kosten der Ausbildung auf die stationären Tagespflegesätze aufgeschlagen werden können, zum anderen eine angemessene Kostendeckung durch die im Krankenhaus übliche gemischte Finanzierung durch staatliche Hilfsprogramme wie Medicare und Medicaid, private Erstattung durch Versicherungen sowie zumutbare Selbstbeteiligungen der Patienten möglich ist. Dieser ökonomisch bedingte Trend, dessen Diskussion an dieser Stelle zu weit führen würde, vertreibt die psychiatrische Facharztausbildung im ganzen Land aus den kommunalen Allgemeinkrankenhäusern und verdrängt die Ausbildungen in allen medizinischen Fachrichtungen, ausgenommen der medizinischen Hochschulen, die natürlich Ausbildungen in allen Disziplinen durchführen, in ausschließlich von staatlicher Finanzierung abhängige Institutionen, in die *Veterans Administration* und andere Bundeseinrichtungen, in die großen Staatskrankenhäuser sowie in die öffentlichen Bezirkskrankenhäuser der größeren Städte. Mit einigen wenigen bemerkenswerten Ausnahmen sind diese staatlich getragenen Krankenhäuser keine bedeutenden Bastionen dynamischer Psychotherapieausbildung gewesen.

Wenn dies die derzeitige akademische und Ausbildungssituation der Psychiatrie in den Vereinigten Staaten ist, wie werden wir als psychotherapeutisch tätige Psychiater überleben und mit unserem Handeln weitermachen können? Es gibt in der Tat noch sehr viele, die in den Glanztagen der psychodynamischen Ausbildungsprogramme ausgebildet wurden, die nun viele herausragende Positionen in unseren berufsständischen Gemeinschaften im ganzen Land innehaben, für die die psychotherapeutische Praxis eine lebendige Tätigkeit ist, sowohl als Weg, um unter psychischen und emotionalen Störungen leidenden Menschen zu helfen als auch gleichzeitig als aufregende intellektuelle Herausforderung und Abenteuer, eine Möglichkeit, immer mehr von der Faszinationen des menschlichen Geistes zu verstehen. Ich kann in diesem Zusammenhang eine berühmte Bemerkung von Seymour Kety zitieren, einer der Gründerväter der biochemischen Forschung innerhalb der Psychiatrie, daß er sehr zuversichtlich war, daß wir eines Tages eine angemessene Biochemie des Gedächtnisses haben könnten, aber er bezweifelte sehr stark, ja konnte sich nicht vorstellen, daß wir jemals in der Lage wären, eine Biochemie der Erinnerungen im Sinne des persönlichen Erinnerungsspeichers zu haben, welcher jedem einzelnen Leben seinen individuellen Reichtum an Bedeutung verleiht und welcher den zentralen Schauplatz psychotherapeutischen Bemühens darstellt, um die Entwicklung der in diesen Erinnerungen enthaltenen Erfahrungen eines ganzen Lebens zu entwirren und zu ordnen, so-

wohl jene, die dem Erinnern leicht zugänglich sind als auch jene, die wir mittels unserer verschiedenen Abwehr- und Anpassungstechniken sowie Symptombildungen verleugnen und verbannen mußten.

Es ist meine Überzeugung, ja mein Credo und Glaubenssatz, daß es immer Menschen geben wird, die sich dieser Psychiatrie und dieser Praxis dynamischer Psychotherapie unterziehen werden und einige von ihnen der psychoanalytischen Ausbildung und Praxis, Personen, die von dieser besonderen intellektuellen Herausforderung angezogen sein werden, der vollständigsten Erkundung des und hoffentlich des größten Einflusses auf das Wirken des menschlichen Geistes. Es wird ebenfalls immer Menschen geben, die in wenigsten *einigen* psychiatrischen Institutionen und Ausbildungszentren zusammenkommen werden, die auf die zunehmende Leere der sogenannten Psychotherapieausbildungen reagieren werden, die heutzutage in der großen Mehrzahl unserer normalen Facharztausbildungen angeboten werden. Und natürlich werden unsere psychoanalytischen Institute weiterhin die besonderen Ausbildungen in Psychoanalyse anbieten als intensivste und umfangreichste Art psychotherapeutischen Wirkens. Während diese nun durch die neu eröffneten Möglichkeiten für nichtärztliche Zugänge zur psychoanalytischen Ausbildung gestärkt wurden, würde ich mir wünschen, daß auch weiterhin eine ausreichende Anzahl graduierender Psychiater diese Ausbildung wählt, so daß die Psychiater auch weiterhin, wie in allen Ländern der Welt mit für Ärzte und Nichtärzte gleichermaßen offenen psychoanalytischen Ausbildungen, überall die größte Gruppe darstellten, mit bis zu zwei Dritteln in den meisten psychoanalytischen Instituten und Gesellschaften auf der ganzen Welt.

Ich habe natürlich bis jetzt noch nicht von der weniger rosigen Wirtschaftslage unserer zukünftigen psychotherapeutischen Praxis gesprochen. Uns allen sind so viele der Einflüsse, über die ich hier die ganze Zeit geschrieben habe, auf unser Praktizieren schmerzlich bewußt, nicht nur die Verlegung vieler einstmals psychotherapeutischer Patienten in psychopharmakologische Behandlung, oftmals durch Allgemeinmediziner und Hausärzte anstatt durch Psychiater, sondern auch die Ausbreitung nichtärztlicher Praktiker in der psychosozialen Versorgung, die ständig wachsende Präsenz der ständig wachsenden Zahl klinischer Psychologen und psychiatrischer Sozialarbeiter und neuerdings psychiatrischer Krankenschwestern und Seelsorger auf dem freien Markt, viele von ihnen unterstützt in ihrer Jagd nach Klienten durch die wachsende Zahl von Möchtegernpatienten, die Psychiater extra vermeiden, da sie diese zu schnell auf Medikamente anstatt auf Therapie im Gespräch zurückgreifen sehen. Zu nennen sind noch die verschiedenen, zunehmend beliebten Selbsthilfegruppen, die häufig auf eine Vielzahl von Quellen zurückgreifen, die den professionell anerkannten Einrichtungen mißtrauisch und feindselig gegenüberstehen, welche oftmals abschätzig als sich selbst bedienende und bereichernde Elite geschmäht werden, die sich mehr dem Schutz von Standesinteressen als der öffentlichen Dienstleistung widmen. Hinzu kommt noch die ernstzunehmende, vielfache Steigerung der Honorarstruktur während dieser Jahre, wo wir Psychiater - vergeblich - versucht haben, mit der Einkommenssteigerung unserer medizinischen und chirurgischen Kollegen Schritt zu halten, welche sehr hohe Einkommen durch die vielen, höchst umfangreichen und erklecklichen Verfahren einer zunehmend technologischen Medizin, nicht nur Chirurgie, verdienen können.

All dies hat seine unvermeidlichen Auswirkungen, und langsam wird immer deutlicher, daß diejenigen unter uns, die weiterhin Psychotherapie praktizieren, weil es für uns innerhalb der Psychiatrie und Medizin die aufregendste und herausforderndste Tätigkeit ist, sich mehr und mehr einer relativen Verringerung der Entlohnung im Vergleich mit allen anderen Ärzten anpassen müssen. Je älter und je länger etabliert wir in unserer Praxis sind, desto weniger werden wir natürlich persönlich von diesen Tendenzen betroffen sein und können vielleicht um so philosophischer damit umgehen. Für die jüngeren Kollegen, die in



unsere Positionen vorrücken, ist dieses Problem in der Tat sehr real, und es mag ein schwacher Trost sein zu hören, daß, auch wenn die Theorie und Praxis der Psychotherapie überdauern und sogar wachsen kann und weiterhin unvergleichliche Möglichkeiten für Abenteuer und Forschung bieten mag und an irgendeinem Punkt sogar zu einer ausgeglicheneren und geschätzteren Position im gesamten psychiatrischen Pantheon zurückkehren kann, daß die Zukunft trotzdem von deutlichen Einkommens- und Wohlstandseinbußen geprägt sein wird und daß es nicht mehr wirtschaftliche Erwägungen sind, weshalb man sich dazu hingezogen fühlen sollte.

Dies bringt mich zum Ende meiner allgemeine Botschaft über den gegenwärtigen Stand und die zukünftigen Aussichten der Psychotherapie als intellektuelle Aktivität und als Berufspraxis. Es ist sicherlich keine überschwenglich offene Botschaft, was im Moment überhaupt nicht möglich wäre. Aber es ist eine engagierte und, wie ich hoffe realistische Botschaft und eine vernünftige Voraussage. Ich erwähnte zuvor ein Credo und einen Glaubenssatz. Ich habe das Glück gehabt, meine wissenschaftliche und berufliche Laufbahn während der glücklichsten Tage des psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unternehmens erleben zu können, dem ich so zufrieden mein Arbeitsleben gewidmet habe. Ich würde sehr gerne glauben, daß ich dieselbe Neugier für den menschlichen Geist fühlen würde sowie denselben Wunsch, ihn besser zu verstehen, während ich versuchte, seine Dysfunktionen zu verbessern, daß es mich wider zu derselben Ausbildung und zu einer ähnlichen Karriere hinzöge, wenn ich mehrere Jahrzehnte jünger wäre und jetzt gerade solche prägenden Karriere- und Berufsentscheidungen träge, trotz der engeren wirtschaftlichen Aussichten und trotz der weitaus größeren Schwierigkeit heute, der Art von Laufbahn in Psychotherapieforschung innerhalb der psychiatrisch-klinischen und akademischen Institutionen zu folgen, wie es mir vergönnt war.