

Kächele H, Buchheim P (1996) Zur Professionalisierung der Psychotherapie in unserer Gesellschaft. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Klinische Psychologie* 1: 12-21

Zur Professionalisierung der Psychotherapie in unserer Gesellschaft

Horst Kächele (Universität Ulm) & Peter Buchheim (Technische Universität München)

Zusammenfassung

Anhand eines historisch orientierten Überblicks wird die Entwicklung der psychotherapeutischen Arbeitsfelder skizziert. Psychotherapie wird als Tätigkeit mit unterschiedlicher Fachkompetenz an Schnittstellen der medizinischen und psychosozialen Versorgung in der Gesellschaft beschrieben. Psychotherapie gründet auf ein methodisch-reflektiertes Verständnis für Krankheit-relevante Konflikte, für die ein Zusammenhang zwischen Störung und Lebensgeschichte gezeigt werden kann. Die Arbeit illustriert diese These an zentralen Fragen der gegenwärtigen psychotherapeutischen Versorgung in der BRD.

Schlüsselwörter

Geschichte der Psychotherapie, Institutionalisierung, Professionalisierung

Summary

By way of a historical review the development of the psychotherapeutic field is laid out. Psychotherapy is defined as activity involving various competence on the border of medical and psychosocial treatments. Psychotherapy is founded on a methodically critical understanding of conflicts with demonstrated relevance for disorders. This is illustrated taking up various point of the actual discussions among psychiatrists, medical psychotherapists and clinical psychology.

Key-words

history of psychotherapy, institutionalisation, professionalism

Einleitung

Anläßlich der Hundert-Jahr Feier der American Psychological Association wurde auch eine Festschrift mit dem bezeichnenden Titel "History of Psychotherapy - A Century of Change" (Freedheim 1992) publiziert. Im selben Jahr beschloß der deutsche Ärztetag die Einführung des Facharztes für psychotherapeutische Medizin (Wirsching 1992; Janssen 1993) und erweiterte die Fachgebietsbezeichnung Psychiatrie um den Zusatz "und Psychotherapie". Dazu könnte demnächst nach mehrjährigen Anläufen - als dritte Kraft - das Psychotherapeutengesetz für die Psychologen kommen.

Als Robert Holt 1971 in den USA die Autonomie der psychotherapeutischen Profession forderte - damals übrigens vergeblich - hatte er eine solche Entwicklung im Auge wie wir sie derzeit in der BRD zu verzeichnen haben. Angesichts dieser Perspektiven darf die Frage gestellt werden, ob wir die rapide Expansion des Psychotherapierens in all seinen redlichen und unredlichen Formen als gesellschaftliche Errungenschaft oder gar als gesellschaftliches Anomieprodukt betrachten sollen. Ist unser Beruf eine Folge des Versagens anderer gesellschaftlicher Regulationsprozesse oder sind wir die Frucht eines langen Bemühens, wie es Freud (1919) in seinem Budapest Vortrag erhoffte:

"Gegen das Übermaß von neurotischen Elend, das es in der Welt gibt, und vielleicht nicht zu geben braucht, kommt das, was wir wegschaffen können, quantitativ kaum in Betracht.....Für die breiten Volksschichten, die ungeheuer schwer unter den Neurosen leiden, können wir derzeit nichts tun.....Irgendwann einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen... (1919a, S.192).

Inzwischen ist es - zumindest in der BRD - erwacht; in den USA scheint es - im Jahrzehnt des Gehirns - wieder in den Schlaf zu versinken. Vielleicht handelt es sich um eine notwendige Gegenregulation, denn die überschüssige Vielfalt der unter den Namen "Psychotherapie" fungierenden Beeinflussungsangebote ist in der Tat beachtlich; ob die Zahl von $N > 400$, wie sie von sog. Handbüchern der Psychotherapie (z. B. Corsini 1983) gehandelt wird, tatsächlich beobachtbare Unterschiede in der Sache oder nur <brandnames> erfaßt, ist unklar. Die Forschungslage spricht eher dafür, daß wenige therapeutische Paradigmen unter einer großen Zahl von Namen auf sog. Welt-Kongressen erstaunlich gut vermarktet werden können. Beachtlich ist auch die Kritiklosigkeit vieler Psychomarkt-Konsumenten, bei denen Ernsthaftes und Unterhaltendes zu verschmelzen

scheint. Beachtlich ist die neo-schamanistische Orientierung vieler Psychotherapeuten in den neunziger Jahren, weshalb Jerome Franks Klassiker "Persuasion and Healing" (1962) zu Recht eine deutsche Neu-Auflage mit dem passenden Titel „Die Heiler“ verdiente.

In diesem Dschungel ist die bekannte Definition von Strotzka (1975, S.4) nach wie vor tragfähig, die erkennbare Vielfalt wissenschaftlich fundierter Psychotherapieformen zu bestimmen, und zugleich theorieloses quasi-psychotherapeutisches Praktizieren auszuschließen:

Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess

- # zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
- # die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden,
- # mit psychologischen Mitteln meist verbalen, aber auch averbal,
- # in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptom-Minimalisierung und /oder Strukturänderung der Persönlichkeit)
- # mittels lehrbarer Techniken
- # auf der Basis einer Theorie des normalen and pathologischen Verhaltens.

Rückblick

Die Entstehung der psychiatrischen Psychotherapie war eng mit der Anstalts - Psychiatrie im 19. Jahrhundert verknüpft. Über die Psychiater dieser ersten neuzeitlichen Institutionen schreibt Bodamer (1953) eine höchst bemerkenswerte Laudatio:

„Nicht wenige von ihnen sind selbst Dichter, wie Zeller, Jacobi, Heinroth und Feuchtersleben. Aus innerer Rerufung und humaner Begeisterung wenden sie sich der Psychiatrie zu, die es damals als Fach noch gar nicht gab und der sie erst eine Stätte schaffen mußten, nachdem sie sich auf wissenschaftlichen Bildungsreisen in Frankreich, England und im übrigen Europa einen persönlichen Eindruck in den Stand des Irrenwesens verschafft hatten . . . Leitstern ihres psychiatrischen Wollens und psychotherapeutischen Wirkens ist die Idee einer philosophischen Anthropologie, die ins Medizinische transformiert wird. Damit sind sie Vertreter von Gedanken, die dem europäischen Selbstbewußtsein zuerst von Hamann, Herder und Humboldt eingegeben wurden. Die persönlichkeitsbildende Kraft der Klassik ist an ihnen bis in ihren literarischen Stil hinein deutlich. Manche ihrer Krankengeschichten erinnern an Schilderungen Kleists, Schillers und Jean Pauls“ (S. 520).

Breuer & Freud's "Studien zur Hysterie" (1895), mit deren Erscheinen der Beginn der hundert-jährigen Entwicklung einer professionalisierten, wissenschaftlichen Psychotherapie verknüpft werden darf, gehört in diese Traditionslinie. Allerdings haben sich nicht nur als Folge der naturwissenschaftlichen Revolution in der Psychiatrie, sondern auch unter dem Einfluß führender Persönlichkeiten wie Kraepelin, in der Folgezeit weite Teile besonders der deutschen Psychiatrie von der psychoanalytischen Psychotherapie stark distanziert, obwohl Freuds Stellungnahme in den "Vorlesungen" betont, dass

"im Wesen der psychiatrischen Arbeit nichts liegt, was sich gegen die psychoanalytische Forschung sträuben könnte. Die Psychiater sind also, die sich der Psychoanalyse widersetzen, nicht die Psychiatrie" (Freud 1916/17)

Die Erweiterung der psychiatrischen Kenntnisse durch eine gute Kenntnis der tieferliegenden, der unbewussten Vorgänge im Seelenleben kontrastierte schon damals zu einem Credo von Kraepelin (1887), der sich eine tiefere Durchdringung der Phänomene nur von den Methoden der experimentellen Psychologie versprach, wie er es anlässlich der Übernahme des Lehramtes an der Universität Dorpat formulierte:

"Wenn es überhaupt möglich ist, in diesem Punkt einen Fortschritt der psychopathologischen Diagnostik herbeizuführen und solche Störungen unseren Erkenntnissen zugänglich zu machen, welche der praktischen Menschenkenntnis des täglichen Lebens verborgen bleiben, so sind es die Untersuchungsmethoden der experimentellen Psychologie, welche berufen erscheinen, die hier vorhandene Lücke wenigstens teilweise ausfüllen zu helfen."

Trotz seiner Verbundenheit mit dem Geist der Naturwissenschaften initiierte Freud eine Art Gegenreformation (Meyer 1990). Er nahm die subjektive Problemdarstellung der Patienten ernst und half damit den Patienten zur Einsicht in ihre inneren Konflikte. Damit wurde ein diskursiv-pädagogisches Paradigma geschaffen, welches für alle Formen von Psychotherapie jene konstitutiven Elemente enthält, die eine Psychotherapie nur als im Konsens vollziehbares Geschehen möglich machen. Psychotherapie erfordert vom Patienten a) die Bereitschaft Probleme zu lösen, b) die Entwicklung einer Bindung und c) die Entwicklung problem-lösender Einstellungen als Folge der therapeutischen Arbeit.

Das Konzept der therapeutischen Arbeitsbeziehung, welches - weit mehr als die in der somatischen Medizin notwendige compliance - als das A und O

der psychotherapeutischen Arbeit erkannt wurde (s.d. Horvath et al. 1993), färbte in der Entwicklung der Psychotherapie die methodischen Eigenarten, je nachdem aufgrund welcher Modelle und Strategien Psychotherapie als Problemlösungsprozess konzipiert wurde (Thomä & Kächele 1985). Durch diese von der Naturwissenschaft grundsätzlich verschiedenen Etablierung der therapeutischen Situation stellte sich tendenziell ein arbeitsteiliger Prozeß in der Behandlung psychisch Kranker ein.

Während die "schweren seelischen Krankheiten", insbesondere die Psychosen in der Psychiatrie medikamentös und / oder sozialtherapeutisch behandelt wurden, - und bei denen nur mit einem sehr großen Aufwand und nach wie vor mit eher bescheidenen psychotherapeutischen Behandlungserfolgen zu rechnen ist -, befassten sich die psychoanalytisch orientierten Therapeuten, in der Folge dann auch die verhaltenstheoretischen und humanistischen Therapeuten vornehmlich mit Neurosen und psychosomatischen Störungen. gegenwärtig In den letzten Jahren zeichnet sich eine erfreuliche Auflösung dieser Grenzziehungen ab, wie z.B. am Gebiet der Persönlichkeitsstörungen ersichtlich, welches sich als gemeinsamer Arbeitsbereich zwischen Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie etabliert hat (Janssen 1990; Clarkin & Lenzenweger 1996, Kernberg et al. 1989; Linehan 1993; Soloff 1989).

Institutionalisierung

Im historischen Rückblick können wir deutlicher die überragende Rolle guter persönlicher und lokal geprägter Beziehungen erkennen, die bei der Verwirklichung der Freud'schen Utopie der Psychotherapie fürs Volk eine Rolle gespielt haben. Die Anerkennung der psychoanalytischen Therapieverfahren durch die Krankenkassen als erstattungsfähige Krankenbehandlung hat in Berlin ihren Ursprung. 1946 war in Berlin das unter der Leitung von W. Kemper und H. Schultz-Hencke stehende "Institut für psychogene Erkrankungen der Versicherungsanstalt" entstanden. Es war die erste psychotherapeutische Poliklinik, die finanziell von einer halbstaatlichen Organisation, der späteren Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin, getragen wurde. Damit war ein Grundstein für die Honorierung der psychoanalytischen Therapie für Neurosen und psychosomatische Erkrankungen durch gesetzliche Krankenkassen gelegt. An dieser Poliklinik waren stets auch nichtärztliche Psychoanalytiker tätig. Nachdem im Dritten Reich am Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie

das Berufsbild des behandelnden Psychologen eingeführt worden war, konnten später nichtärztliche Psychoanalytiker ohne größere Schwierigkeiten in die Behandlung von Kranken einbezogen werden. Seit 1967 sind nichtärztliche Psychotherapeuten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung tätig.

In Westdeutschland wurde die 1950 dank der Initiative V. von Weizsäckers und mit Unterstützung der Rockefeller Foundation gegründete Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg unter Leitung von A. Mitscherlich zu einer Institution, an der psychoanalytische Ausbildung, Krankenversorgung und Forschung unter einem Dach vereinigt waren. Was an der Heidelberger Entwicklung exemplarisch gezeigt werden kann, wiederholte sich an vielen Orten. Vorwiegend initiiert zunächst von psychoanalytischen, später auch von verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitutionen hat sich in Westdeutschland ein differenziertes Versorgungssystem für psychisch und psychosomatisch Kranke entwickelt, das sich von der psychiatrischen Versorgung zunehmend unterschied. In Ost-Deutschland (ehem. DDR) verlief die Entwicklung zum Zweit-Facharzt für Psychotherapie anders, aber im Ergebnis bestand seit den siebziger Jahren auch ein funktionierendes psychotherapeutisches Versorgungssystem (Hess et al. 1980, Geyer 1994).

Heute reicht das für den Laien und kaum noch übersehbare Spektrum der medizinisch orientierten Kompetenzschulung und Spezialisierung von dem Erwerb psychotherapeutischer Basiskompetenzen im Rahmen von Balint-Gruppenarbeit und Kenntnissen für die Psychosomatische Grundversorgung, den berufsbegleitenden Weiterbildungen für die Zusatzbezeichnungen "Psychotherapie" und "Psychoanalyse" über die neuen Gebietsbezeichnungen "Psychiatrie und Psychotherapie", "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" und "Psychotherapeutische Medizin" bis zum Psychoanalytiker. Integriert in das System sind die kassenärztlich lizenzierten psychologischen Psychotherapeuten. Am Rande des Systems - bislang noch nicht integriert, aber auf Integration hoffend arbeiten Angehörige verschiedener Berufe mehr oder minder intensiv psychotherapeutisch. Diese Vielfalt der psychotherapeutischen Herkunftsberufe und Tätigkeitsfelder ist keinesfalls einzigartig für die BRD.

In anderen westlichen Ländern, speziell in den USA, entwickelte sich eine psychoanalytisch-psychodynamische Psychiatrie (Redlich & Freedman 1966), zugleich erwuchs eine nicht-ärztliche, nicht psychoanalytische,

behavioral oder humanistisch geprägte Psychotherapie-Profession aus den ‚clinical psychology programs‘ (Shakow 1969). Die Gefahr für Psychologen, die damals Psychotherapie betrieben, lag darin, wegen unerlaubter Ausübung medizinischer Tätigkeit arrestiert zu werden. Diese Zustände sind längst überholt; aktuelle Zahlen für ein Bundesland der USA, Kalifornien, sprechen eine beredte Sprache:

California / USA 1990

6 500 psychiatrists
10 000 psychologists
11 000 clinical social workers
19 000 marriage, family and child therapists

Für eine Bevölkerung von ca. 25 Millionen beinahe 50 000 psychotherapeutisch Tätige ergibt eine Relation von 500 : 1 ! Die Zahlen lassen auch den in den USA unübersehbaren Trend erkennen, dass psychotherapeutische Tätigkeiten zunehmend von Nicht-Medizinern ausgeübt werden. Dabei ist die Unterscheidung zwischen Psychologen und anderen Laien (Sozialarbeitern, Eheberatern) quantitativ von erheblicher Bedeutung, ohne dass die Grenze in der Sache leicht zu ziehen wäre. In den gegenwärtigen Diskussionen zur Effektivität alltagsweltlicher Psychotherapie – psychotherapy as usual - ist noch nicht auszumachen, wie diese Grenze zuverlässig und wissenschaftlich legitimiert identifiziert werden kann (Seligman 1995; Kächele 1996). Die Mitglieder der internationalen Society for Psychotherapy Research (SPR) würden sich kaum an die qua Absprache der KBV erzielten definitorischen Abgrenzungen halten, auf Grund deren z.B. die Gesprächstherapie in der BRD immer noch nicht in die kassenärztlichen Versorgung einbezogen ist, obwohl auch laut Grawe et al. (1994) und durch einen beliebigen Blick in das ‚Handbook of Psychotherapy and Behavior Change‘ (Bergin & Garfield 1994) zu sehen ist, dass es sich bei der Gesprächstherapie um eine wissenschaftlich bewährte Methode handelt. Die Strotzka'sche Definition hilft diesem Zustand dadurch ab, dass eine Theorie der Krankheitsentstehung gefordert wird. Was in dem einen Fall unbillig erscheint, ist für den anderen Fall hilfreich. Eine anything-works Perspektive, die jeder Plazebo-Intervention im Einzelfall zubilligt, eine gerechtfertigte Intervention zu sein, verdeckt in gesellschaftlicher Perspektive nur die Frage, wer bereit ist, eine Versorgung mit Psychotherapie als Teil des medizinischen Systems zu finanzieren, die für

fast jedes Problem mit Rat und Tat zu Verfügung stehen soll.

Auf einer Konferenz des National Institut of Mental Health der USA im Januar 1994 wurde von einem Regierungsvertreter sarkastisch vorgetragen, dass selbst "pet-bereavement therapy" in den Leistungskatalog der MHO einbezogen werden würden.

Die Vielfalt der Psychotherapie-Szene ist trotz aller Kritik durch den verwirrend-komplexen Gegenstand selbst konstituiert. Ob dies einen Mangel darstellt, ist mehr als diskussionsbedürftig. Es könnte durchaus sein, dass die Vielfalt psychotherapeutischer Methoden und Anwendungsfelder so wie die Vielfalt anästhesiologischer Anwendungsfelder ein Schnittstellenfach konstituieren. Deshalb sollte diese Fach neben der Verankerung in einzelnen medizinischen Fächern auch eine eigenständige starke – wissenschaftliche und didaktische - Basis haben. So haben es auch die Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in ihrer Stellungnahme zur Lage des Faches beschrieben (Hoffmann et al 1991). In diesem Sinne ist für alle psychotherapeutisch Tätigen auch die Integration der Klinischen Psychologie in die Medizin als selbstständigen Tätigkeitsbereich ein Desiderat ersten Ranges.

Psychotherapeutische Versorgung in der BRD

In der BRD wurde mit der Einführung der Psychotherapie als ambulanter Kassenleistung 1967 eine Entwicklung in Gang gesetzt, die an erfolgreicher Faktizität nichts zu wünschen übrig lässt. Ca. 14 000 Psychotherapeuten beteiligen sich derzeit an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung; dabei sind die Verhältnisse für die neuen Bundesländer noch nicht angemessen berücksichtigt.

Über die ambulante kassenärztliche Versorgungsleistung liegen jährlich aktualisierte Zahlen vor:

BRD 1994/1995 - Therapeuten in der kassenärztlichen Versorgung

7193 ärztliche tiefenpsychologisch/ psychoanalytisch orientierte
Psychotherapeuten

3616 Nichtärztliche tiefenpsychologisch/ psychoanalytisch orientierte
Psychotherapeuten davon

1107 Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten
1240 Ausbildungskandidaten

1133 ärztliche Verhaltenstherapeuten
2989 psychologische Verhaltenstherapeuten

Die Zahl der Behandlungsfälle weisen den vielleicht überraschenden Befund auf, dass tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Psychotherapie gleichermassen rund 2/3 der Patienten mit Kurzzeitverfahren und 1/3 mit Langzeitverfahren behandeln. Mehr als 220 000 Behandlungsfälle werden im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbracht mit einem Kostenaufwand, der nach der Zusammenstellung von Meyer u. Mitarbeitern (1991) im Jahre 1989 bei ca. 305 Mil. DM lag und somit doch nur 1.34% der ambulanten Leistungen und nicht mehr als 0,25% der Gesamtaufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherungen ausmachte.

BRD 1994 Behandlungsfälle

<u>tiefenpsychologische Psychotherapie</u>	124 523
a) Kurzzeit (Antragsverfahren)	85 681
b) Langzeit (Gutachterverfahren)	38 842
 <u>Verhaltenstherapie</u>	 98 532
a) Kurzzeit (Antragsverfahren)	65 117
b) Langzeit (Gutachterverfahren)	33 415
 <u>analytische Psychotherapie</u>	 29 435

Das Ringen um ein Psychotherapeutengesetz für Psychologen mit dem für und wider des Integrationsmodells wird immer mehr durch die aktuellen Maßnahmen der Kostendämpfungsgesetzes im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 1.1.91 belastet und ist mit in die Krise geraten. Auch wenn die Psychotherapie mit 1,5 % der im Jahre 1992 gezahlten Gesamtvergütung im ambulanten Bereich noch ein relativ kleines Segment des vertragsärztlichen Versorgungsspektrums einnimmt (Effer, 1995), ist es doch der kontinuierliche Anstieg dieser Leistungen in den letzten Jahren (1989 waren es noch 305 Mio DM), der den Verantwortlichen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Sorgen bereitet. Im festgelegten Rahmen der

budgetierten Gesamtvergütung tragen der egozentrischer Umgang von Leistungserbringern mit der neuen EBM in den verschiedensten medizinischen Bereichen in Verbindung mit starken Gruppeninteressen sowie die noch nicht absehbaren Folgen des Wettbewerbs der Kassen zur strukturellen und finanziellen Krise unseres Versorgungssystems bei, die hoffentlich noch einen heilsamen und nicht selbstdestruktiven Ausgang nimmt. Daher stellt sich auch die Frage 'wie' die steigenden Kosten von der Solidargemeinschaft des durch Selbstverwaltung getragenen Versorgungssystems noch aufgefangen werden können. Wer an welchen Segmenten des Kuchens der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgungsleistungen mit ìtherapeutischen Gesprächenî einer sprechenden Medizin oder mit „spezifischen psychotherapeutischen Leistungen“ verantwortlich und effizient partizipieren kann, muß künftig mehr und mehr unter den Implikationen einer von allen getragenen solidarfinanzierten Psychotherapie gesehen werden (Effer, 1996).

Stellt die Psychotherapie im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung einen formal wohl definierten Bereich dar, so ist eine Psychotherapie außerhalb der Kassenregelung schon lange faktisch vorhanden, wenn auch zahlenmäßig schwer einschätzbar. Man geht jedoch zur Zeit davon aus, daß z.B. ca. 12000 Therapeuten über das Erstattungsverfahren psychotherapeutische Leistungen abrechnen. Wittchen & Fichter (1980) haben mit ihrer Untersuchung "Psychotherapie in der Bundesrepublik" erstmals Zahlen zu diesem nicht-kassenärztlichen Versorgungsbereich vorgelegt, bei der sie bewusst einen weiten Definitionsrahmen vorgaben.

Mit dieser weiten Perspektive wurde eine bundesweite repräsentative Population von 951 Personen identifiziert, von denen 71,9 % als Dipl. Psychologen und weitere 11,8 % als Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen qualifiziert waren. Weniger als 20 % verteilten sich auf weitere diverse Herkunftsberufe. Dieser Sektor des Feldes Psychotherapie wird überwiegend über die Dienstverträge der Beschäftigten oder weniger häufig durch weitere öffentlich verfügbare Mittel - wie z.B. spezielle Verträge der Techniker-Krankenkasse mit Mitgliedern des Berufsverbandes Deutscher Psychologen finanziert (Wittchen & Fichter 1980, S.77). Immerhin übertrafen bei der Techniker- Krankenkasse diese Ausgaben diejenigen für die Richtlinien-Psychotherapie um 21 % (Meyer et al. 1991, S.38).

Ergänzend und für die bundesweite Psychotherapie-Szene ebenfalls hochgradig charakteristisch ist die Versorgung psychoneurotisch-psychosoma-

tisch Kranker durch stationäre Psychotherapie in über 50 Fach- bzw. Rehabilitationskliniken mit derzeit über 8000 Betten (Lachauer et al. 1991). Diese in der Welt einmalige Situation ist nicht primär aus Versorgungsengpässen entstanden, sondern basiert - wie Schepank (1988) verdeutlicht - auf spezifischen sozio-kulturellen Bedingungsfaktoren in der BRD, die für unsere Fragestellung relevant sind:

- 1) allgemeiner Wohlstand der Bevölkerungsmehrheit und des Staates in Verbindung mit
- 2) einer die Verteilung der finanziellen Ressourcen regelnden tradierten (Sozial-)Gesetzgebung,
- 3) das Aufkommen einer psychoanalytisch orientierten psychodynamischen Theorie und Praxis,
- 4) die eigenständige Etablierung der Psychoanalyse parallel zur traditionellen psychiatrischen Versorgung;
- 5) unsere freiheitliche - demokratische Grundordnung und schließlich
- 6) ein sehr weit fortgeschrittener Säkularisierungsprozess.

Entscheidend war die unter Punkt 2) aufgeführte Rolle der (Sozial-) Gesetzgebung, die "eine finanziell und gesetzlich abgesicherte wesentliche Rahmenbedingung zur Einrichtung stationärer psychotherapeutischer Versorgung bieten konnte". Die Rolle der Psychoanalyse ist historisch bedeutsam wie auch bei der Einführung der ambulanten Psychotherapie; die problemlose Akzeptanz der verhaltenstherapeutisch orientierten Reha- und Fachkliniken (Meermann & Vandereycken 1991) in diesem System zeigt, dass die Gesetzgebung keine spezielle Therapietheorie präferiert.

Zunehmend werden die dort durchgeführten psychotherapeutischen Massnahmen kritischer Prüfung unterzogen - und bislang halten sie stand (z.B. Lamprecht et al. 1987). Auch als Forschungsfeld sui generis wurde die stationäre Psychotherapie in Fach- und Rehakliniken zunehmend Gegenstand aufwendiger Untersuchungen (Kächele et al. 1992). Die von den Gutachtern (Meyer et al. 1991) für das stationäre Versorgungssystem diagnostizierte erhebliche Fehl-Allokation öffentlicher Mittel (S.41) war mehr als ein Hinweis auf die Notwendigkeit weitergehender sorgfältiger Prüfungen zu verstehen als einen abschließenden Forschungsbefund darzustellen. Die Expertise von Potreck-Rose & Koch (1994) macht deutlich, dass hier viele Fragen noch offen sind.

Psychotherapie und Psychiatrie

Die Psychotherapie in der deutschen Psychiatrie - offensiv thematisiert auf dem Tübinger Kongress der DGPN 1985 (Heimann & Gärtner 1986) - befindet sich auf dem Wege - nach einer langjähriger nachhaltiger Ausgrenzung - zu einem zentralen Baustein der psychiatrischen Weiterbildung zu werden. Von der Bundesärztekammer wurden mit Beschluß vom 7.4.94 die Richtlinien über die Inhalte der Weiterbildung für die neuen Fachärzte für "Psychiatrie und Psychotherapie" und für "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" gleichzeitig mit dem Facharzt für "Psychotherapeutische Medizin" veröffentlicht. Berger und Hohagen (1993) hatten aufgrund ihrer Erfahrungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg noch vor dem Beschluß der Bundesärztekammer einen detaillierten Vorschlag für die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ausgearbeitet.

Mit dem Hilfskonstrukt einer multifaktoriellen Syndromgenese der meisten psychischen Störungen haben seit den 80er Jahren multidimensionale Betrachtungs- und Erfassungsmethoden, multiaxiale Diagnostik-Systeme, und multimethodale Therapiekonzepte zur Entwicklung störungsorientierter Therapieansätze und zur kombinierten Anwendung von verschiedenen Therapiemodalitäten beigetragen.

Die nicht nur von Psychoanalytikern beklagten Einführungen des amerikanischen Klassifikationssystems (DSM-III, DSM-IV) und der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) haben Diskussionen ausgelöst, die recht deutlich die schon lange bestehenden Diskrepanzen zwischen verschiedenen theoretischen und klinischen Konzepten in Psychiatrie, Psychoanalyse und Psychotherapie widerspiegeln. Man kann von einem erneuten "furor classificatorius" sprechen (Kächele, 1981), der schon seit Kraepelin die Psychiater unter dem Primat einer Ordnungslehre in Beschlag genommen hat mit dem Ziel, den "Fall" in einer "Klasse" unterzubringen. Ähnlich wie in der somatischen Medizin, die seit Beginn dieses Jahrhunderts die Krankheit vom jeweiligen Individuum abtrennt, werden aus Individuen Fälle. Während sich die Autoren des DSM-III vom Neurosebegriff wegen seiner Bindung an eine bestimmte Theorie und seiner ätiologischen Determiniertheit distanzieren, räumen sie gleichzeitig den Entwicklungsstörungen und den Persönlichkeitsstörungen auf der Achse II des multiaxialen DSM-III-Klassifikationssystems einen besonderen

Stellenwert ein. Autoren wie Frances et al. (1981, 1990) weisen zu Recht auf eine paradoxe Situation hin. Zum einen bewegen sich im DSM-III und DSM-III-R (1980, 1987) z.B. die Kriterien für die Einteilung und Beschreibung der Angststörungen weitgehend auf der Linie der frühen Freudschen Beschreibung des "Symptomkomplexes der Angstneurose" (1895). Zum anderen wird der Begriff Neurose im DSM-III nicht mehr verwendet, da er angeblich zu sehr mit Freuds späteren psychoanalytischen Theorien verknüpft ist. Während sich auf deskriptiver klinischer Ebene weiterhin eine Übereinstimmung finden lässt, kommt es auf konzeptueller Ebene zu deutlichen Diskrepanzen.

International arbeiten inzwischen Psychotherapeuten, Psychosomatiker, Psychiater und Psychologen gemeinsam an der Erforschung des gesamten Spektrums psychischer Störungen und an der Entwicklung von neuen Diagnostik - und Klassifikationssystemen und störungsorientierten Therapieprogrammen. Angeregt u.a. durch einen herausfordernden Artikel der Group for the Advancement of Psychiatry: Committee on the Family (1989) haben sich in der BRD Psychoanalytiker und Psychosomatiker in einem Arbeitskreis zusammengefunden, um auch die psychodynamische Diagnostik durch eine Operationalisierung von im Erstinterview erhobenen Befunden zu systematisieren (OPD, 1996). Bisherige Erfahrungen verdeutlichen, dass diese Arbeit eine brückenbildende Funktion zwischen den Fächern übernehmen kann, da sie auch eine Verbindung von ICD-10 und DSM-IV fördert.

Wenn auch der quantitative Umfang einer psychiatrischen Psychotherapie erst allmählich sichtbar wird, so gibt es eindrucksvolle Belege für eine konstruktive Entwicklung. Zum Beispiel diskutiert Mundt (1996) psychotherapeutische Implikationen diverser psychopathologischer Wahnmodelle, die eine spezifische psychotherapeutische Arbeitsweise erfordern; diese mit dem Begriff "supportiv" zu bezeichnen, wäre zu ungenau. Ähnliches geschieht durch die vielfältigen Studien mit kognitiv-behavioralen und /oder interpersonellen Konzepten zur Depressionstherapie, die die Reichweite spezieller psychologischer Ansätze für die Behandlung spezifischer Störungen belegen (Beck 1979; Klermann 1984; Hautzinger 1984; Elkin 1994; Zimmer 1991).

Trotz zu erwartender Interferenzen und angesichts partieller theoriebedingter Voreinstellungen auf Seiten der psychodynamisch denkenden

Therapeuten sind die die positiven und negativen Effekte einer kombinierten Therapie mehr als bisher zu würdigen. Dies wurde in den Depressionsstudien der Arbeitsgruppe um Klerman und Weisman (1984) im Boston-New Haven-Collaborative Projekt erstmals recht deutlich herausgearbeitet:

1. Förderung der psychotherapeutischen Zugänglichkeit depressiver Patienten durch Psychopharmaka.
2. Vorteile einer zweistufigen Behandlungsstrategie mit Pharmakotherapie der depressiven Symptome in der Akutphase und Psychotherapie der sozialen Anpassung in der Erhaltungssphase.
3. Günstige Auswirkung einer stringenten Theorie und Praxis der Depressionsbehandlung in Form einer durch ein Manual festgelegten und geleiteten Kurzpsychotherapie wie der "Interpersonellen Psychotherapie"
4. Die Bereitschaft des Patienten in der Psychotherapie an sich selbst zu arbeiten und sich zu verändern kann durch die Medikation verringert werden.
5. Eine medikamentös bedingte Symptombesserung kann die Motivation des Patienten zur Fortführung der Psychotherapie unterminieren.
6. Eine Pharmakotherapie kann die Abwehr des Patienten unterhöhlen und zur Dekompensation oder zum Symptomwandel führen.
7. Das zusätzliche Angebot von Medikamenten kann in einer Psychotherapie vom Patienten als Entwertung seines Bedürfnisses nach Eigenständigkeit aufgefasst werden

Zwischen experimenteller Therapieforschung, die eindrucksvolle Ergebnisse vorlegen kann, und der Umsetzung in der alltäglichen Praxis ist jedoch zu unterscheiden. Eine versorgungsepidemiologische Studie zur Verhaltenstherapie (Linden et al. 1993) weist nach, dass pro Patient mehrere Therapieziele genannt werden (im Mittel 4,1) und entsprechend (im Mittel 3,7) unterscheidbare Therapieverfahren eingesetzt werden. Offensichtlich handelt es sich bei sog. Verhaltenstherapie in der Praxis um ein in der Regel multimodales, komplex konfiguriertes Therapiepaket, das seine wissenschaftliche Begründung nicht allein aus Ergebnissen randomisierter Therapiestudien begründen kann. Ob diese Addition oder Multiplikation von therapeutischen Interventionen nach einem rationalen Plan geschieht oder idiosynkratischen Heuristiken folgt, ist noch wenig untersucht.

Gemeinsame Wirkfaktoren und / oder spezifische Therapie

Die scheinbare Eigenständigkeit therapeutischer Ziele und der Einsatz jeweils abgestimmter differenter Mittel zeigt den Gegensatz von Verhaltenstherapie und psychoanalytischer sowie humanistischer Therapieverfahren auf. Der Vorwurf eines methodischen Monolithismus - der jedoch theoretisch begründet ist - steht leicht dem Vorwurf der unkritischen Eklektizismus entgegen.

Man kann die Metaanalyse von Grawe et al. (1994) ja auch so lesen, dass eine Zahl verschiedener Therapieformen, wenn auch leicht unterschiedliche, so doch ähnliche Effekte bei sehr unterschiedlichen Vorgehen aufzuweisen haben. Das Postulat einer störungsspezifischen Psychotherapie - dem medizinischen Modell nahe stehend - steht dem Postulat einer methodisch orientierten Psychotherapie gegenüber.

Wir würden vorschlagen, nicht gleich von einer störungsspezifischen, sondern zunächst von einer störungsorientierten Psychotherapie auszugehen, die sich bemüht, ihre theoretischen Konzepte und technischen Vorgehensweisen auf bestimmte Störungsgruppen wie Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen oder Borderlinestörungen zu adaptieren und in kontrollierten Studien auf ihre klinische Effizienz zu überprüfen. Das gilt nicht nur für kognitiv-behaviorale Therapien, sondern inzwischen auch für psychodynamische Therapien. So haben Barber und Crits-Christoph (1995) einen Band herausgegeben über "Dynamische Therapien für Psychiatrische Störungen der Achse I", dem sie mit dem Motto "Why we should develop psychodynamic treatments for specific psychiatric disorders" eine zeitgemäße Zielsetzung gegeben haben.

Bislang haben wir ja noch davon auszugehen, daß eine Gesprächstherapie explizit störungsunspezifisch ebenso wie eine recht verstandene psychoanalytische Therapie erfolgreich sein kann (Thomä & Kächele 1985, 1988). Die Auflösung des unfruchtbaren Streits dürfte darin liegen, mit Beutler & Clarkin (1990) den Patient hinter seiner Störung nicht zu vergessen, und die für einzelne Patienten passenden therapeutischen Strategien zu identifizieren. Ohne Veränderungszieldiskussionen geht das nicht, und hierbei sprechen neben Störung und Diagnostik der Patient und der Therapeut als Personen ein gehöriges Stück mit.

Ziele und Orientierungen von Psychotherapeuten

In welchem Ausmaß und in welcher Weise Psychotherapeuten ihre ursprüngliche theoretische Orientierung im Laufe ihrer beruflichen Karriere

beibehalten oder verändern, wurde u.a. im Rahmen der Internationalen Studie zur Entwicklung und Tätigkeit von Psychotherapeuten (Orlinsky et al 1996), an der sich inzwischen weltweit über 2000 PsychotherapeutInnen beteiligt haben, von Ambühl und Mitarbeiter (1995) bei der Untergruppe von 1225 deutschsprachigen Psychotherapeuten untersucht. Es zeigte sich, daß Therapeuten ihre angestammte Orientierung nur selten aufgeben und höchstens um andere theoretische Modelle erweitern, also breiter und eklektischer werden. Für die vier erfaßten Hauptorientierungen – analytisch-psychodynamisch, behavioral-kognitive, humanistisch und systemisch – konnten im Rahmen dieser Teilstudie somit erste empirische Hinweise dafür erhalten, daß die meisten PsychotherapeutInnen ihrem ursprünglichen theoretischen Ansatz treu bleiben, wobei sie ihn allerdings oft modifizieren oder um andere Orientierungen erweitern.

Ein "learning from many masters" fördert nach Orlinsky (1994) die Möglichkeiten von Psychotherapeuten, die persönlichen und beruflichen Entwicklungs- und Ausgangsbedingungen auf die Versorgungsaufgaben am Patienten abzustimmen. Gute Therapeuten suchen vermutlich unter alternativen Behandlungsmodellen nach jenen, mit denen sie am wirkungsvollsten arbeiten können und bleiben ihnen auch weitgehend treu. Aus- und Weiterbilder sollten die angehenden Therapeuten dazu befähigen, daß sie die Paßform ihres Behandlungsmodells für den jeweiligen Patienten und sein Problem kritisch überprüfen. Daher sollte ein Psychotherapeut einschätzen können, wie und wann er unterschiedliche Behandlungsmodelle, in denen er Kompetenz erworben hat, anwenden wird.

Zusammenarbeit der Berufsgruppen

Von den verschiedenen Berufsgruppen erfolgen unübersehbare Annäherungen an das jeweils andere Fachgebiet, was zu Kompetenzstreitigkeiten führen muß. Dies führt zu internen Spannungen innerhalb der Ärzteschaft; die Abgrenzung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärzte gegenüber den alten Psychotherapie-Titlern bzw den neuen Fachärzten für psychotherapeutische Medizin wird nicht einfach werden. Die Erweiterung der Mitarbeit in der Versorgung durch die Psychologen, die durch eine gesetzliche Regelung zu antizipieren ist, wird die psychotherapeutische "Szene" in den verschiedenen medizinischen Feldern - nicht nur innerhalb der Psychiatrie - erheblich beeinflussen.

Es ist nämlich zu erwarten, daß immer mehr Patienten regelmäßig sowohl

psychologische Psychotherapeuten als auch Psychiater/psychotherapeutische Mediziner aufsuchen. Nach Untersuchungen von Bascue and Zlotowski (1980) und Chiles et al. (1991) nehmen 80% der Patienten, die bei Psychologen in Behandlung sind, gleichzeitig Medikamente wegen ihrer Probleme ein. Woodward und Mitarbeiter (1993) haben daher die Aspekte der Dynamik und des Behandlungsvertrags in diesem Drei-Personen-System näher untersucht. Verhalten, Persönlichkeit und Dynamik von drei Personen (Patient - Psychotherapeut - Pharmakotherapeut) interagieren in vielfältiger Weise auf der realen Ebene und der Übertragungsebene der therapeutischen Beziehung. Daher werden zur besseren Bewältigung der Komplexität und der potentiellen Probleme in dieser Zusammenarbeit grundsätzlich häufige und ausgiebige Kontakte zwischen den Therapeuten empfohlen.

Von diversen Autoren (Appelbaum 1991, Chiles et al. 1991; Beitman et al. 1992) wird ein sog. "three-way therapeutic contract" zwischen Patient, Psychotherapeut und Pharmakotherapeut vorgeschlagen. Nach dieser Übereinkunft sollen die Ziele der beiden Behandlungsstrategien, die Rolle der Therapeuten, weiterhin Frequenz, Zeitdauer, Ort und Honorar für jeden Kontakt mit jedem der Therapeuten geregelt und auch Vereinbarungen über gegenseitige Kontakte und Supervision der Therapeuten getroffen werden. Weiterhin soll festgelegt werden, an wen sich der Patient in Notsituationen wenden kann und von wem er wann zusätzliche Termine bekommen kann. Zu Beginn jeder Therapie sollte ein umfassender Behandlungsplan unter Berücksichtigung der vielfältigen therapeutischen Beziehungskonstellationen erstellt werden. (Kernberg 1984).

Die Zahl der von den beteiligten Berufsgruppen gemeinsam zu lösenden Probleme ist gewiss groß, aber es erscheint im Interesse aller die Vielfalt der Aufgaben der Psychotherapie als professionalisiertes Handeln gemeinsam im Auge zu behalten. Dann kann die Psychotherapie als Methode der Wahl für noch mehr Patienten begründet ins Auge gefasst werden.

Literatur

- Ambuehl H, Orlinsky D, Buchheim P, Cierpka M, Meyerberg M, Willutzki U und das SPR Collaborative Research Network: Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 1995; 45: 109-120
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. APA, Washington, D.C. 1980

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed. rev.) DSM-III-R. Washington DC: APA 1987. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Wittchen HU, Saß H, Zaudig M, Koehler K. Weinheim: Beltz.1989
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.) DSM-IV. APA, Washington DC.1994
- Appelbaum PS, Gutheil TG: Clinical Handbook of Psychiatry and the Law, 2nd Edition. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1991
- Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual. Huber Bern Göttingen, 1996
- Beck AT , Rush J, Shaw B, Emery, G: Cognitive Therapy of Depression. A Treatment Manual. New York; Guilford, 1979
- Barber JP, Crits-Christoph P: Why should we develop psychodynamic treatments for specific psychiatric disorders . In: Barber JP, Crits-Christoph P (Eds) Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I) Basic Books, 1995
- Bascue LO, Zlotowski M: Psychologists' practices related to medication. J Clin Psychol 36:821-825, 1980
- Beitman BD, Hall MJ, Woodward B: Integrating pharmacotherapy and psychotherapy, in Handbook of Integrative Psychotherapy. Edited by Norcross J, Goldfried M. New York, Basic Books, 1992, pp 533-560
- Berger M, Hohagen F(1993) Vorschlag eines detaillierten Weiterbildungscurriculums für den Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Spektrum 5: 163-166
- Bergin AE, Garfield SL:. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley. New York, 4th ed.1994
- Beutler LE, Clarkin JE: Systematic Treatment and Selection: Toward Targeted Therapeutic Interventions. Brunner/Mazel, New York, 1990
- Bodamer J: Zur Entstehung der Psychiatrie als Wissenschaft im 19. Jahrhundert. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihre Grenzgebiete 1953; 21:11
- Breuer J, Freud S: Studien über Hysterie. Deuticke, Leipzig Wien, 1895
- Corsini RJ: Handbuch der Psychotherapie. Beltz, Weinheim, 1993
- Chiles JA, Carlin AS, Benjamin GAH, et al: A physician, a nonmedical psychotherapist and a patient: the pharmacotherapy-psychotherapy triangle, in Beitman BD, Klerman GL (Eds): Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991,105-118
- Clarkin JF, Lenzenweger MF (Eds.) Major Theories of Personality Disorder. The Guilford Press, New York London, 1996
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber, 2. Auflage, Bern.1993
- Effer E: Rahmen und Regeln für Psychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) Lindauer Texte 1995 Springer, Berlin Heidelberg New York, 1995, 233-243
- Effer E: Persönliche Mitteilung, 1996
- Elkin I: The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In: Bergin A, Garfield S (Hrsg) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley & Sons, New York, 1994, 114-139
- Frances A, Cooper AM: Descriptive and Dynamic Psychiatry: A Perspective on DSM-III. Am J Psychiatry, 1981; 138:9: 1198-1202

- Frances A, Pincus H, Manning D, Widiger T: Classification of Anxiety States in DSM-III and Perspectives for its Classification in DSM-IV. In: Sartorius N, Andreoli V, Cassano G, Eisenberg L, Kielholz P, Pancheri P, Racagni G (Hrsg) Anxiety - Psychobiological and Clinical Perspectives. Hemisphere Publishing Corp., New York, 1990, 139-146
- Frank J D (1960) Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins
- Frank J D (1981) Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta
- Freedheim D (Hrsg) (1992): History of Psychotherapy - A Century of Change. American Psychological Association, Washington, D.C.
- Freud S: Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angst-Neurose" abzutrennen. Bd. 1, Imago, London, 1895
- Freud S: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 11, 1916-17
- Freud S: Wege der psychoanalytischen Therapie. GW Bd 12, 1919
- GAP-Committee on the Family: The Challenge of Relational Diagnosis: Applying the Biopsychosocial Model in DSM-IV. Am J Psychiatry 1889; 145:1492-1494
- Geyer M: Krankheit im Kontext neuer Orientierungen und Verluste im deutsch-deutschen Vereinigungsprozeß. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) Lindauer Texte 1993 Springer, Berlin Heidelberg New York, 1994, 227-242
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe- Verlag für Psychologie, Göttingen
- Hautzinger M, Straub R: Psychologische Aspekte depressiver Störungen. Roderer Verlag, Regensburg, 1984
- Heimann H, Gaertner J. : Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen. Springer, Berlin, 1986
- Hess H, König W, Ott J (Hrsg): Psychotherapie - Integration und Spezialisierung. Leipzig, 1980, 46-57
- Hoffmann S, Schepank H, Speidel H (Hrsg): Denkschrift 90. Zur Lage der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. PSZ-Verlag, Ulm, 1991
- Holt R.: New Horizon for Psychotherapy: Autonomy as a Profession. Int Univ Press. New York, 1971
- Horvath A, Gaston L, Luborsky L: The therapeutic alliance and its measures. In: Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP (eds) Psychodynamic Treatment Research. Basic Books, New York, 1993, 247-273
- Janssen P (Hrsg) Die psychoanalytische Therapie der Borderlinestörungen. Springer,, Berlin / Heidelberg/ New York.1990
- Janssen, P: Von der Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" zur Gebietsbezeichnung "Psychotherapeutische Medizin". Z Psychosom Med, 1993; 39, 95-117.
- Kächele H: Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. Jahrb Psychoanal 1981; 12:118-178
- Kächele H et al.: Planungsforum "Psychodynamische Therapie von Eßstörungen". PPMp DiskJournal 1992; 4: 2
- Kächele H: Zeit für Psychotherapie. 1996; eingereicht
- Kernberg O: Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT, Yale University Press, 1984
- Kernberg, O.F.; Selzer, M.A.; Koenigsberg, H.W.; Carr, A.C.; Appelbaum, A.H.: Psychody-

- dynamic Psychotherapy of Borderline Patients, Basic Books, New York. 1989 dt Psycho-dynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Huber, Bern, 1993
- Klerman GL, Drugs and Psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Eds) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change John Wiley, New York, 1986, 777-821
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B, Chevron E: Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT). New York: Basic Books, 1984
- Klerman GL: Historical Perspectives on Contemporary Schools of Psychopathology. In: Millon T, Klerman GL (Hrsg) Contemporary Directions in Psychopathology: Toward the DSM-IV. Guilford Press, New York, 1986, 3-28
- Klerman GL: History and development of modern concepts of anxiety and panic. In: Ballenger JC (Hrsg) Clinical Aspects of Panic Disorder, Wiley-Liss, New York Chichester Brisbane Toronto Singapore, 1990
- Kraepelin E: Die Richtungen der psychiatrischen Forschung. Vogel, Leipzig, 1887
- Lachauer R, Neun H, Dahlmann W: Psychosomatische Einrichtungen in Deutschland - eine Bestandsaufnahme. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen, 1991
- Lamprecht F, Schmidt J, Bernhard P: Stationäre Psychotherapie: Kurz- und Langzeiteffekte. In: Quint H, Janssen PL (Hrsg) Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin. Springer, Berlin, 1987, 149-155
- Linehan M: Cognitive Behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder. New York, NY: Guilford Press, 1993
- Linden M, Förster R, Oel M, Schlötelbeck R: Verhaltenstherapie in der kassenärztlichen Versorgung: Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. Verhaltenstherapie 1993; 3:101-111
- Lohmer, M., Klug, G., Herrmann, B., Pouget, D. u. Rauch, M.: Zur Diagnostik der Frühstörung. Versuch einer Standortbestimmung zwischen neurotischem Niveau und Borderline-Störung. Prax. Psychother. Psychosom. 1992; 37: 243-255.
- Meermann R, Vandereycken W (Hrsg): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Schattauer, Stuttgart, 1991
- Meyer A: Die psychosomatische Gegenreformation: Sind die Hoffnungen erfüllt? In: Ahrens S (Hrsg) Entwicklung und Perspektiven der Psychosomatik. Springer, Berlin, 1990, 7-18
- Meyer A-E, Richter R, Grawe K, Schulenburg - Graf v.d. J-M, Schulte B: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes Universitäts-krankenhaus Hamburg-Eppendorf, 1991
- Mundt C: Zur Psychotherapie des Wahns. Nervenarzt 1996; 67:515-523
- Orlinsky D: Learning from Many Masters. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. Psychotherapeut 1994; 39:2-9
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK: Process and Outcome in Psychotherapy noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edn. John Wiley & Sons, New York, 1994
- Orlinsky D, Howard K: Process and Outcome in Psychotherapy. In: Garfield SL Bergin AE (Eds.) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. (3rd ed.) Wiley & Sons, New York, 1986
- Orlinsky D, Willutzki U, Ambuehl H: Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von Psychotherapeutinnen ? Psychother Psychosom med Psychol

- 1996; 46:102-110
- Potreck-Rose F, Koch U: Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Schattauer, Stuttgart, 1994
- Redlich FC, Freedman DX: The Theory and Practice of Psychiatry, 3rd edn. Basic Books, New York, 1966
- Schepank H: Die stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland: Soziokulturelle Determinanten, Entwicklungsstufen, Ist-Zustand, internationaler Vergleich, Rahmenbedingungen. In: Schepank H, Tress W (Hrsg) Die stationäre Therapie und ihr Rahmen. Springer, Berlin, 1988, 13-38
- Seligman MEP: The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. Am Psychologist 1995; 50:965-974
- Shakow D: Clinical Psychology as Science and Profession: A Forty Year Odyssey. Aldine, Chicago, 1969
- Soloff PH: Psychopharmacologic Therapies in Borderline Personality Disorder, in Review of Psychiatry, Vol 8. Edited by Tasman A, Hales RE, Frances AJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989
- Stone MH: Abnormalities of Personality. Within and Beyond the Realm of Treatment. WW Norton & Company, New York London, 1993
- Strotzka H (Hrsg): Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg, München, 1975
- Thomä H, Kächele H: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin 1985
- Thomä H, Kächele H: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 2: Praxis. Springer, Berlin, 1988
- Wittchen H, Fichter M: Psychotherapie in der Bundesrepublik. Materialien und Analysen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Beltz, Weinheim; Basel, 1980
- Wirsching M: Konzept zur Einführung einer neuen Gebietsbezeichnung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Prax Psychother Psychosom 1992; 37: 61-68
- Woodward B, Duckworth KS., Gutheil T G: Pharmacotherapist-Psychotherapist Collaboration; 1994, PSY 12 VOL23
- Zimmer FT: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. In: Schneider F, Bartels M, Foerster K, Gaertner HJ (Hrsg) Perspektiven der Psychiatrie. Forschung - Diagnostik - Therapie. Gustav Fischer, Stuttgart, 1991, 143-152