

Ahrens ■ Schneider

# Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin



2. Auflage

 **Schattauer**

Stephan Ahrens  
Wolfgang Schneider

**Lehrbuch**  
**der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin**

---

2. Auflage



# Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin

---

Herausgegeben von

**Stephan Ahrens  
Wolfgang Schneider**

Zweite, aktualisierte und erweiterte Auflage

Mit 37 Abbildungen und 44 Tabellen

## Anschriften der Herausgeber

### **Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Stephan Ahrens**

Abteilung für Psychosomatik und Schmerztherapie  
Asklepios Westklinikum Hamburg gGmbH  
Suurheid 20, 22559 Hamburg

### **Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Wolfgang Schneider**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und  
Psychotherapeutische Medizin  
Universität Rostock  
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock

#### **Besonderer Hinweis:**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozeß, so daß alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, daß es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, dem Intranet und dem Internet.

#### **Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme**

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei Der Deutschen Bibliothek erhältlich

© 1997 and 2002 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, D-70174 Stuttgart, Germany

Die erste Auflage erschien unter dem Titel „Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin“

E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)

Internet: <http://www.schattauer.de>

Printed in Germany

Lektorat: Dipl.-Biol. Eva Wallstein, Stuttgart

Dr. phil. Dipl.-Psych. Matthias Reiss, Oldenburg

Umschlagabbildung: „Vulcano inattivo“ von Bruno Rossi (1943–1991), Öl auf Leinwand, 50×70. Mit freundlicher Genehmigung der Schwester des Künstlers. Das Bild wurde entnommen aus dem Katalog „Sensibilità e suscettibilità“, hrsg. v. Gemma Brandi, ES.IP.SO., Firenze 1998

Umschlaggestaltung: Bernd Burkart, Stuttgart

Satz: Satzpunkt Bayreuth GmbH, Telemannstr. 1, 95444 Bayreuth

Druck und Einband: druckhaus köthen GmbH, Friedrichstr. 11/12, 06366 Köthen

Gedruckt auf chlor- und säurefrei gebleichtem Papier.

ISBN 3-7945-2070-X

# Vorwort zur zweiten Auflage

Die Psychotherapie und die Psychosomatische Medizin sind wissenschaftlich, klinisch und versorgungspolitisch in aktuelle relevante Entwicklungsprozesse eingebunden. Wissenschaftlich haben empirische Standards bei der Bewertung von therapeutischen Methoden eine wachsende Bedeutung eingenommen. Tradierte Konzepte und Handlungsmuster der dominierenden psychotherapeutischen „Schulen“ öffnen sich zugunsten der Rezeption anderer psychotherapeutischer Sichtweisen und den daraus abgeleiteten Krankheitskonzepten, diagnostischen Vorgehensweisen und therapeutischen Methoden. In der Folge sind Kombinationen unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren sowie Ansätze einer Integration von Therapiemethoden unterschiedlicher Provenienz systematisch untersucht worden und haben Eingang in die ambulante und stationäre psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung gefunden. In den letzten zehn Jahren sind zunehmend Konzepte und Befunde (neuro-)biologischer Forschungsansätze von der Psychotherapie und Psychosomatik rezipiert worden, wie es z.B. für die Psychoneuroimmunologie, die Psychophysiologie, die funktionellen bildgebenden Verfahren, die Genetik, aber auch die Gedächtnispsychologie gilt. Diese Perspektiven scheinen zunehmend besser geeignet, ein wachsendes Verständnis für die Entstehung, den Verlauf, aber auch die Behandlung psychischer, psychosomatischer und somatopsychischer Störungen zu entwickeln.

Ein stärkeres Augenmerk wird auf die Analyse von Chronifizierungsprozessen psychischer und psychosomatischer Krankheiten sowie den diesen Prozessen unterliegenden Bedingungen gelegt. Zu diesen Bedingungen gehören sowohl die individuellen Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung auf seiten des Patienten als auch die sozialen Kontextvariablen, die als Hintergrundmatrix für Coping- und Chronifizierungsprozesse anzusehen sind. Im Zuge dieser Entwicklung werden verstärkt individuelle und soziale Ressourcen bei der Behandlungsplanung und -durchführung berücksichtigt.

Aktuell finden psychotherapeutische und psychosomatische Konzepte verstärkt Eingang in präventive und rehabilitative Versorgungsmodelle, woraus sich eine Abstufung und Vernetzung differenzierter Handlungsansätze ergibt. Inwieweit die sozialrechtlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen diese Prozesse eher behindern oder fördern werden, ist eine der spannendsten Fragen der Zukunft des Fachgebietes.

Weiter von Interesse ist, inwieweit psychotherapeutisches Handeln noch genügend Raum und Zeit für die individuelle Perspektive der Entwicklung von Subjektivität und belasteter

psychosozialer Integrität haben wird – unter dem Druck der ökonomischen Bedingungen und einer eher technologisch-pragmatisch, vorrangig an der „Reparatur“ von Störungen im Sinne einer bloßen Symptomreduktion orientierten Versorgung.

Die Psychotherapie wird seit dem 1.1.1999 in der Bundesrepublik Deutschland von ärztlichen Psychotherapeuten sowie Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (nach dem Psychotherapeutengesetz) ausgeübt. Neben den Facharztgruppen, für die Psychotherapie einen Behandlungsschwerpunkt darstellt, dem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, der auf dem Ärztetag 2002 voraussichtlich in den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umbenannt werden wird, dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie dem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird es zukünftig eine wachsende Spezialisierung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Handlungskompetenzen in den verschiedenen klinischen Disziplinen geben. Es bleibt zu hoffen, daß über diesen Weg psychotherapeutische und psychosomatische Denk- und Handlungsansätze weiter Eingang in die Medizin finden.

Es ist das Anliegen der 2. – neu bearbeiteten – Auflage des Lehrbuchs, die relevanten wissenschaftlichen und klinischen Entwicklungen im Fachgebiet auf der Grundlage psychoanalytischer und psychodynamischer Theorien unter weitgehender Berücksichtigung der wichtigen empirischen Befunde anderer psychotherapeutischer Methoden und verwandter Wissenschaftsdisziplinen zu vermitteln und soweit als möglich zu integrieren. Das Lehrbuch zielt darauf ab, den Rahmen psychotherapeutischer und psychosomatischer Indikationen abzustecken, eine differentielle Krankheitslehre zu entwickeln und das Spektrum psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlungsansätze und -indikationen aufzuzeigen. Das Buch versteht sich als Leitfaden für den psychotherapeutisch-psychosomatischen Zugang zum Patienten, wenn gleich dieser selbst auch der beste Lehrmeister für den Therapeuten bleibt.

Der Autorenkreis der 2. Auflage ist gegenüber dem der 1. Auflage erheblich erweitert worden, um den oben skizzierten Ansprüchen gerecht werden zu können. Die Autoren haben ihre hohe fachliche Kompetenz und ihre zum Teil sehr persönlichen Erfahrungen eingebracht, diese in Konzeptionen umgesetzt und bei den Krankheitsbildern durch Fallbeispiele illustriert. Ihnen gebührt Dank für ihr Engagement, ihre Kooperativität und wohl zum Teil auch ihre Leidensbereitschaft.

Die hervorragende Unterstützung des Verlages, allen voran Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Bertram und Frau Dipl.-Biol. Eva Wallstein, machte die Aufgabe erst wirklich lösbar, alle Autoren so zu koordinieren, daß ein Buch mit Lehrbuchcharakter, einem durchgehenden einheitlichen Duktus und gleicher Systematik der einzelnen Beiträge entstehen konnte. Auch Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Matthias Reiss möchten wir für sein Engagement und seine Kompetenz als Lektor bei der Bearbeitung des Buches danken. Besonderer Dank gebührt unseren Sekretärinnen, Frau Käthe Koppert (Hamburg) und Frau Michaela Giermann (Rostock), die uns mit unermüdlicher Disziplin und Ruhe unterstützt haben.

Die Zusammenarbeit zweier Herausgeber ist sicherlich als Grundlage für die konzeptionelle Weiterentwicklung des Lehrbuchs anzusehen; auf dem Hintergrund anregender Diskussionen konnte das Buch wohl erst den besonderen programmatischen Charakter entwickeln, der es nun auszeichnet. Inhaltlich und atmosphärisch haben beide Herausgeber jedenfalls sehr von ihrem gemeinsamen Austausch profitiert.

Die Herausgabe der 2. Auflage des Lehrbuchs gibt uns auch die Gelegenheit, denen zu danken, die uns fachliche Lehrmeister und menschliche Vorbilder waren und sind. Für Stephan Ahrens waren und sind dies für die Kieler Lehrzeit Herr Prof. Völkel (Psychotherapie und Psychoanalyse), Herr Prof. Schimelpenning (Psychiatrie) und Herr Prof. Soyka (Neurologie). Für Wolfgang Schneider sind dies Herr Prof. Dilling (Lübeck, Psychiatrie), Herr Prof. Janssen (Bochum/Dortmund, Psychotherapie und Psychosomatik) sowie die Herren Professoren S.O. Hoffmann (Mainz) und G. Rudolf (Heidelberg). Gemeinsam haben wir viel Herrn Prof. A.-E. Meyer (Hamburg) zu verdanken, der viel zu früh, bereits vor dem Erscheinen der 1. Auflage des Lehrbuchs, verstorben ist.

Hamburg und Rostock,  
im Februar 2002

**Stephan Ahrens**  
**Wolfgang Schneider**

# Autorenverzeichnis

**Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Stephan Ahrens**

Abteilung für Psychosomatik und Schmerztherapie  
Asklepios Westklinikum Hamburg gGmbH  
Suurheid 20, 22559 Hamburg

**Prof. Dr. med. Josef Aldenhoff**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität Kiel  
Niemannsweg 147, 24105 Kiel

**Priv.-Doz. Dr. med. Markus Bassler**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz

**Prof. Dr. med. Hans Becker**

Bergheimer Str. 87a, 69115 Heidelberg

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Isaac Bermejo**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Freiburg  
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg

**Dipl.-Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen**

Loehrsweg 1, 20249 Hamburg

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas H. Böhmelt**

Institut für Medizinische Psychologie  
Universitätsklinikum Münster  
Von-Esmarch-Str. 52, 48149 Münster

**Dr. med. Christel Böhme-Bloem**

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik  
Universität Kiel  
Niemannsweg 147, 24105 Kiel

**Dr. med. Jochen-Friedrich Buhrmann**

Abteilung für Psychosomatik und Schmerztherapie  
Asklepios Westklinikum Hamburg gGmbH  
Suurheid 20, 22559 Hamburg

**Brigitta Bühring**

Schweriner Str. 15, 22143 Hamburg

**Prof. Dr. med. Dieter Bürgin**

Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik  
und Poliklinik  
Schaffhauser Rheinweg 55, 4058 Basel  
Schweiz

**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Franz Caspar**

Abteilung für Klinische und Entwicklungspsychologie  
Psychologisches Institut  
Universität Freiburg  
Belfortstr. 18, 79085 Freiburg

**Prof. Dr. med. Manfred Cierpka**

Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung  
und Familientherapie  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Bergheimer Str. 54, 69115 Heidelberg

**Prof. John F. Clarkin, Ph.D.**

Personality Disorders Institute  
New York Presbyterian Hospital  
Westchester Division  
Weill Medical College and Graduate School of Medical  
Sciences of Cornell University  
21 Bloomingdale Road, White Plains, New York 10605  
USA

**Prof. Dr. med. Wolfgang Eich**

Sektion Klinische Psychosomatik  
Medizinische Klinik, Innere Medizin II  
Universität Heidelberg  
Bergheimer Str. 58, 69115 Heidelberg

**Prof. Dr. med. Hubert Feiereis †**

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Medizinische Universität  
Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck

**Dr. med. Elisabeth Fenner**

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik  
Universitäts-Nervenlinik  
Niemannsweg 147, 24105 Kiel

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Heinz Ferstl**

Rothenbaumchaussee 3, 20148 Hamburg



**Dr. med. Jobst Finke**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität  
GH Essen  
Virchowstr 174, 45147 Essen

**Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Universität Greifswald im Klinikum Stralsund  
Rostocker Chaussee 70, 18435 Stralsund

**Prof. Dr. med. Paul Götze**

Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS)  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

**Dr. med. Dipl.-Psych. Ralph Grabhorn**

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt

**Prof. Dr. med. Iver Hand**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

**Dr. med. Norbert Hartkamp**

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
der Heinrich-Heine-Universität  
Postfach 120510, 40605 Düsseldorf

**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Hautzinger**

Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie  
Psychologisches Institut  
Eberhard Karls Universität Tübingen  
Christophstr. 2, 72072 Tübingen

**Dr. med. Peter Henningsen**

Psychosomatische Klinik  
Ruprecht-Karls-Universität  
Thibautstr. 2, 69115 Heidelberg

**Prof. William Paul Henry**

Department of Psychology  
University of Utah  
Salt Lake City, Utah 84112  
USA

**Priv.-Doz. Dr. med. Sabine Herpertz**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum der RWTH Aachen  
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen

**Prof. Dr. med. Gereon Heuft**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik  
und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Münster  
Domagkstr. 22, 48149 Münster

**Prof. Dr. med. Reinhard Heun**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität Bonn  
Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Sven Olaf Hoffmann**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz

**Werner Homann**

Abteilung für Psychosomatik und Schmerztherapie  
Asklepios Westklinikum Hamburg gGmbH  
Suurheid 20, 22559 Hamburg

**Dr. med. Gisela Huse-Kleinstoll**

Abteilung für Medizinische Psychologie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

**Prof. Dr. med. Paul L. Janssen**

Abteilung Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin  
Westfälisches Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik Dortmund  
Universitätsklinik der Ruhr-Universität  
Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Astrid Junge**

Medizinische Wissenschaft  
Schulthess Klinik  
Lengghalde 2, 8008 Zürich  
Schweiz

**Dr. med. Dipl.-Psych. Brigitte Junkert-Tress**

Peter Rosegger-Str. 8, 40699 Erkrath

**Dr. med. Eva Keil-Kuri**

Etterschlager Str. 9, 82234 Wessling

**Prof. Dr. Otto F. Kernberg, M.D.**

Personality Disorders Institute  
New York Presbyterian Hospital  
Westchester Division  
Weill Medical College and Graduate School of Sciences  
of Cornell University  
21 Bloomingdale Road, White Plains, New York 10605  
USA

**Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Thomas Klauer**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und  
Psychotherapeutische Medizin  
Universität Rostock, Medizinische Fakultät  
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock

**Prof. Dr. phil. Dr. med. Dipl.-Psych. Uwe Koch**

Abteilung für Medizinische Psychologie  
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52, Haus S35, 20246 Hamburg

**Priv.-Doz. Dr. med. Reinhard Kreische**

Lou-Andreas-Salomé-Institut für Psychoanalyse  
und Psychotherapie (DPG)  
Am Goldgraben 8, 37073 Göttingen

**Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff**

Abteilung Psychotherapie und Psychohygiene  
Psychiatrische Universitätsklinik Basel  
Socinstr. 55A, 4051 Basel  
Schweiz

**Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Lamparter**

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

**Prof. Dr. med. Friedhelm Lamprecht**

Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie  
Zentrum Psychologische Medizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Konstanty-Gutschow-Str. 8, 30625 Hannover

**Dr. med. Michael Langenbach**

Institut und Poliklinik für Psychosomatik  
Universitätsklinikum Köln  
Joseph-Stelzmann-Str. 9, 50931 Köln

**Prof. Dr. med. Wolfgang Maier**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität Bonn  
Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

**Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Adolf-Ernst Meyer †**

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Fritz A. Muthny**

Institut für Medizinische Psychologie  
Universitätsklinikum Münster  
Von-Esmarch-Str. 52, 48149 Münster

**Prof. Dr. med. Gerd Overbeck**

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt

**Prof. Dr. med. Friedemann Pfäfflin**

Sektion Forensische Psychotherapie  
Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
Universitätsklinikum Ulm  
Am Hochsträß 8, 89081 Ulm

**Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann**

Psychotherapeutisches Zentrum  
Erlenbachweg 24, 97980 Bad Mergentheim

**Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Reister**

Wilhelmshöhe 1, 75385 Bad Teinach-Zavelstein

**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Rainer Richter**

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

**Dr. med. Klaus Rodewig**

Internistisch-Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland  
Zu den drei Buchen 2, 57392 Bad Fredeburg

**Prof. Dr. med. Henning Saß**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum der RWTH Aachen  
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

**Dipl.-Psych. Ursula Sassenberg**

Weidenstieg 9, 20259 Hamburg

**Dr. med. Hans Ulrich Schmidt**

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Wolfgang Schneider**

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und  
Psychotherapeutische Medizin  
Universität Rostock  
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock

**Dr. med. Rainer Schors**

Abteilung für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
Städtisches Krankenhaus München-Harlaching  
Sanatoriumsplatz 2, 81545 München

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Holger Schulz**

Abteilung für Medizinische Psychologie  
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, Haus S35, 20246 Hamburg

**Dr. med. Renate Sechtem**

Friesenweg 2, 22763 Hamburg

**Doris Sondermann**

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
Allgemeines Krankenhaus Harburg  
Eissendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg

**Yvette Soppa**

Tagesklinik Lünen  
Westfälisches Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik  
Altstadtstr. 23a, 44534 Lünen

**Prof. Dr. med. Hubert Speidel**

Eichhofstr. 14, 24116 Kiel

**Dr. med. Carsten Spitzer**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Universität Greifswald im Klinikum Stralsund  
Rostocker Chaussee 70, 18435 Stralsund

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Manfred Spitzer**

Abteilung Psychiatrie III  
Universitätskliniken Ulm  
Leimgrubenweg 12–14, 89075 Ulm

**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Strauß**

Institut für Medizinische Psychologie  
Klinikum der FSU Jena  
Stoistr. 3, 07740 Jena

**Prof. Dr. med. Ulrich Streeck, M.A.**

Krankenhaus für Psychotherapie und Psychosomatische  
Medizin des Landes Niedersachsen, Tiefenbrunn  
37124 Rosdorf bei Göttingen

**Dr. med. Annette Streeck-Fischer**

Krankenhaus für Psychotherapie und Psychosomatische  
Medizin des Landes Niedersachsen, Tiefenbrunn  
37124 Rosdorf bei Göttingen

**Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych. Ulrich Stuhr**

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

**Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch**

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel  
Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Wolfgang Tress**

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie Düsseldorf  
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

**Dr. med. Michael Trukenmüller**

Sierichstr. 102, 22299 Hamburg

**Susanne Tümpel**

Abteilung für Psychosomatik und Schmerztherapie  
Asklepios Westklinikum Hamburg gGmbH  
Suurheid 20, 22559 Hamburg

**Dr. med. Eberhard Wilke**

Curtius-Klinik  
Neue Kampstr. 2, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen

**Dr. med. M. theol. Herbert Will**

Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie  
Schwanthalerstr. 106, 80339 München

**Bärbel Zucker**

Abteilung für Psychosomatik und Schmerztherapie  
Asklepios Westklinikum Hamburg gGmbH  
Suurheid 20, 22559 Hamburg

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Sozioökonomischer Standpunkt</b>	<b>1</b>	<b>1.6</b>	<b>Primäre und sekundäre Prävention</b>	<b>36</b>
1.1	Historische Entwicklung des Fachgebiets Psychosomatik/Psychotherapie in Deutschland	3	1.6.1	Theorien präventiver Strategien	36
1.2	Aktueller Stand und Entwicklungsperspektiven der Psychotherapie und Psychosomatik	8	1.6.2	Protektive Faktoren	37
1.3	Weiter- und Fortbildung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	13	1.6.3	Ansatzpunkte primärer und sekundärer Prävention	38
1.3.1	Psychosomatische Grundversorgung	13	<b>1.7</b>	<b>Rehabilitation in der Psychotherapeutischen Medizin</b>	<b>40</b>
1.3.2	Zusatzbezeichnung Psychotherapie	14	1.7.1	Schaden (Impairment)	41
1.3.3	Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	14	1.7.2	Individuelle Behinderung (Disability)	42
1.3.4	Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“	15	1.7.3	Soziale Beeinträchtigung (Handicap)	42
1.3.5	Weiterbildungsstätten	16	1.7.4	Einrichtungen für psychosomatische Rehabilitation	43
1.4	Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Medizin	17	1.7.5	Berentung	43
1.4.1	Definition und Zielsetzungen von Qualitätssicherung in der Medizin	17	<b>1.8</b>	<b>Begutachtung in der Psychosomatik und der Psychotherapie</b>	<b>46</b>
1.4.2	Dimensionen der Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Medizin	18	1.8.1	Einführung	46
1.4.3	Strategien der Qualitätssicherung	22	1.8.2	Indikation zur Begutachtung in der Psychosomatik/Psychotherapie	47
1.4.4	Resümee	25	1.8.3	Diagnostisches Vorgehen bei der Begutachtung	47
<b>1.5</b>	<b>Psychotherapie-Richtlinien und Krankenkassen- anträge</b>	<b>28</b>	1.8.4	Der Begutachtungsprozeß als interaktionelles Geschehen – Ziele, Qualitätsstandards und ethische Rahmenbedingungen	53
1.5.1	Einleitung	28	<b>2</b>	<b>Bio-psychosoziale Grundlagen</b>	<b>55</b>
1.5.2	Formale Abfassung des Kassenantrages	30	<b>2.1</b>	<b>Psychoanalytische Krankheitskonzepte</b>	<b>57</b>
1.5.3	Die Dokumentation	32	2.1.1	Die Modelle der psychischen Struktur	57
1.5.4	Probatorische Sitzungen	33	2.1.2	Die psychoanalytische Trieblehre	59
1.5.5	Besonderheiten der Therapie: die sogenannte „Entdeckung“ der psychotherapeutischen Stundenbegrenzung	34	2.1.3	Die Abwehrmechanismen	60
1.5.6	Beendigung der Therapie bei nicht ausreichendem Behandlungserfolg	35	2.1.4	Der Narzißmus	63
1.5.7	Therapeutenwechsel	35	2.1.5	Die Konfliktpsychologie	64
1.5.8	Wechsel des Verfahrens	35	2.1.6	Die Ich-Psychologie	65
1.5.9	Was tun bei Ablehnung des Antrags?	35	2.1.7	Die Selbstpsychologie	65
			2.1.8	Die Objektpsychologie	66
			2.1.9	Die Affektpsychologie	68
			2.1.10	Zusammenfassung	70

<b>2.2 Erkenntnistheoretische Grundlagen und Probleme der Psychotherapeutischen Medizin</b> _____	73	2.6.4 Der Mensch ohne Arbeit ist auch belastet _____	111
2.2.1 Die methodologische Situation _____	73	2.6.5 Der Einfluß von Arbeitsplatzzerfahrungen auf die Familie anhand eines Fallbeispiels _____	111
2.2.2 Der intentional-biographische Ansatz _____	74	2.6.6 Praktische Konsequenzen _____	113
2.2.3 Der biomedizinische Zugang _____	74		
2.2.4 Die Komplementarität psychosomatischen Wissens _____	75	<b>3 Psychoanalytische Entwicklungspsychologie</b> _____	115
2.2.5 Fazit _____	76		
<b>2.3 Psychoneuroimmunologie</b> _____	77	<b>3.1 Die Lehre von den psychosexuellen Phasen</b> _____	119
2.3.1 Definition und historische Entwicklung _____	77	3.1.1 Die orale Phase _____	119
2.3.2 Methoden der Psychoneuroimmunologie _____	77	3.1.2 Die anale Phase _____	120
2.3.3 Ausgewählte Befunde der Psychoneuroimmunologie _____	78	3.1.3 Die phallisch-genitale Phase _____	120
2.3.4 Ausblick _____	81	<b>3.2 Notwendige Erweiterungen der triebtheoretischen Sicht</b> _____	122
<b>2.4 Genetik psychischer und somatoformer Störungen</b> _____	83	3.2.1 Entwicklung der Objektbeziehungen _____	122
2.4.1 Einführung _____	83	3.2.2 Entwicklung der Repräsentanzenwelt _____	127
2.4.2 Grundbegriffe, Gene, Genotypen und Phänotypen _____	83	3.2.3 Beiträge der psychoanalytischen Affektlehre _____	128
2.4.3 Genetik einzelner Störungen _____	85	3.2.4 Wünsche jenseits der Triebe _____	130
2.4.4 Quantitative Genetik _____	92	3.2.5 Kognitive Prozesse _____	132
2.4.5 Implikationen _____	93	3.2.6 Geschlechtsidentität _____	136
2.4.6 Perspektiven _____	94	<b>3.3 Entwicklungsabschnitte</b> _____	138
<b>2.5 Streß und Streßresistenz</b> _____	97	3.3.1 Die ersten zwei Monate _____	138
2.5.1 Das Streßkonzept: Entwicklung und Bedeutungsfacetten _____	97	3.3.2 Die Zeit bis zum 7./8. Monat _____	139
2.5.2 Allgemeine Streßkorrelate und -effekte _____	98	3.3.3 Übungsphase, Wiederannäherungskrise und die Gewinnung von Objekt Konstanz (18.–36. Monat) _____	140
2.5.3 Differentielle Aspekte des Streß-Prozesses _____	99	3.3.4 Erotisierung der Beziehungen, Triangulierung _____	141
2.5.4 Prozessuale Aspekte von Streßresistenz _____	102	3.3.5 Die sogenannte Latenz _____	143
2.5.5 Streß und psychosomatische Erkrankung: Kausalmodelle _____	104	3.3.6 Die Pubertät und Adoleszenz _____	146
2.5.6 Psychologische Intervention im Kontext psychosozialer Belastung _____	105	3.3.7 Die Bedeutung der Bindungstheorie und -forschung für die Psychotherapie _____	149
2.5.7 Abschließende Bemerkungen _____	105	<b>4 Diagnostik</b> _____	159
<b>2.6 Die Bedeutung soziologischer Einflußgrößen am Beispiel der Arbeitswelt und der Familie</b> _____	108	<b>4.1 Zielsetzung</b> _____	161
2.6.1 Die Arbeit als unbekanntes Wesen in der Psychosomatik und Psychotherapie _____	108	4.1.1 Diagnostische Zielsetzung _____	161
2.6.2 Auswirkungen von Arbeitsbelastungen anhand exemplarischer Untersuchungen _____	108	4.1.2 Relevante diagnostische Merkmalsbereiche für die Psychotherapie und Psychosomatik _____	163
2.6.3 Arbeitswelt und familiäre Umwelt sind interaktiv vernetzt _____	110	4.1.3 Das Verhältnis von Diagnostik zur Psychotherapie _____	165
		<b>4.2 Diagnostische Methoden – eine Übersicht</b> _____	167
		4.2.1 Datenerhebung _____	167

4.2.2	Methodenwahl	168	<b>5.2</b>	<b>Neurotische Störungen</b>	239
4.2.3	Das diagnostische Gespräch/Interview	168	5.2.1	Modellvorstellungen	239
4.2.4	Standardisierte diagnostische Methoden	173	5.2.2	Hysterie	241
4.2.5	Abschließende Erwägungen	178	5.2.3	Zwangsstörungen	248
<b>4.3</b>	<b>Die ärztliche Untersuchung</b>	181	5.2.4	Zwangsstörungen aus psychoanalytischer Sicht	264
4.3.1	Das diagnostische Gespräch	181	5.2.5	Angstneurose: generalisierte Angststörung, Panikstörung	267
4.3.2	Die psychosomatische Anamnese	184	5.2.6	Phobische Störungen	275
4.3.3	Psychodynamische Aspekte der körperlichen Untersuchung	185	5.2.7	Depression	281
4.3.4	Zusammenfassung	186	5.2.8	Empirische Konzepte zur Ätiologie von depressiven Störungen und deren Behandlung	294
<b>4.4</b>	<b>Das psychoanalytische Erstgespräch</b>	188	5.2.9	Hypochondrie	303
<b>4.5</b>	<b>Die Beziehungsdimension im diagnostischen Gespräch</b>	191	5.2.10	Sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der Geschlechtsidentität, Deviationen	308
4.5.1	Der Wiederholungszwang	191	5.2.11	Münchhausensyndrome und artifizielle Erkrankungen	315
4.5.2	Übertragung	191	5.2.12	Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD)	329
4.5.3	Gegenübertragung	192	<b>5.3</b>	<b>Somatoforme autonome Funktionsstörungen</b>	336
<b>4.6</b>	<b>Testdiagnostik</b>	194	5.3.1	Modellvorstellungen	336
4.6.1	Testtheorie – methodische Vorbemerkung	194	5.3.2	Globussyndrom, Schluckstörungen und Aerophagie	340
4.6.2	Psychometrische Verfahren	196	5.3.3	Stimmstörungen (Aphonie, Dysphonie)	345
4.6.3	Projektive Verfahren	203	5.3.4	Hyperventilationssyndrom	350
<b>4.7</b>	<b>Klassifikation und Diagnose</b>	206	5.3.5	Schwindel	354
4.7.1	Operationalisierte Klassifikationssysteme	206	5.3.6	Funktionelle kardiovaskuläre Syndrome	361
4.7.2	ICD-10-Klassifikation	207	5.3.7	Funktionelle Oberbauchbeschwerden	371
4.7.3	Strukturierte Verfahren zur diagnostischen Klassifikation	209	5.3.8	Funktionelle Unterbauchbeschwerden	375
4.7.4	Klinische Diagnosekategorien	210	5.3.9	Somatoforme Störungen des Urogenitaltraktes bei der Frau und beim Mann	380
<b>5</b>	<b>Krankheitsbilder</b>	213	5.3.10	Urtikaria	384
<b>5.1</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b>	215	5.3.11	Schmerzsyndrome	387
5.1.1	Definitive Klärungen	215	<b>5.4</b>	<b>Psychosomatische Störungen</b>	399
5.1.2	Ideengeschichte	215	5.4.1	Modellvorstellungen	399
5.1.3	Persönlichkeitsstörungen in den heutigen operationalisierten Diagnosesystemen	216	5.4.2	Hörsturz und Tinnitus	402
5.1.4	Dimensionale Modelle von Persönlichkeit	217	5.4.3	Asthma	410
5.1.5	Allgemeines zur Psychodynamik der Persönlichkeitsstörungen	218	5.4.4	Koronare Herzkrankheit: Angina pectoris, Myokardinfarkt, Bypass	419
5.1.6	Das interpersonelle Modell der Persönlichkeitsstörungen	220	5.4.5	Essentielle Hypertonie	431
5.1.7	Epidemiologie, Verlauf und Prognose	221	5.4.6	Diabetes mellitus	436
5.1.8	Die einzelnen Persönlichkeitsstörungen	222	5.4.7	Hyperthyreose	441
			5.4.8	Rheumatische Erkrankungen	447
			5.4.9	Eßstörungen: Anorexia und Bulimia nervosa, Adipositas	455
			5.4.10	Ulcus duodeni und Ulcus ventriculi	462
			5.4.11	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)	468

5.4.12 Herpes simplex _____	476	6.2.2 Psychoanalytische Therapieverfahren _____	542
5.4.13 Neurodermitis _____	477	6.2.3 Transference-focused Psychotherapy (TFP) bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeits- organisation _____	554
<b>5.5 Somatopsychische Störungen – Psychotherapie mit körperlich Kranken _____</b>	<b>482</b>	6.2.4 Multimodale Verhaltenstherapie _____	560
5.5.1 Psychoätiologie versus somatopsychische Störung – unterschiedliche Erwartungen, unterschiedliche Bewertungen _____	482	6.2.5 Ätiologie und Therapie psychischer Störungen aus der Sicht eines integrativen Modelles _____	569
5.5.2 Besonderheiten der Psychotherapie bei chronisch Kranken im Vergleich zu traditionellen Psychotherapien _____	483	6.2.6 Familientherapie _____	580
5.5.3 Anlässe, Indikationen und Bedarfsfrage _____	483	6.2.7 Paartherapie _____	584
5.5.4 Beispielfelder der Beratung und Psychotherapie mit chronisch Kranken _____	484	6.2.8 Gesprächspsychotherapie _____	587
5.5.5 Möglichkeiten und Wirksamkeit von Beratung und Psychotherapie bei körperlich Kranken _____	489	6.2.9 Psychodrama _____	591
5.5.6 Organisation des psychosozialen Dienstes bei körperlicher Krankheit: Konsiliardienst – Liaisondienst – integrierte Psychosomatik _____	491	6.2.10 Katathym imaginative Psychotherapie (KiP) _____	594
5.5.7 Fortbildung und Supervision als mittelbare Patientenversorgung und Burnout-Prävention _____	492	6.2.11 Übende Verfahren _____	598
5.5.8 Aufgabenspektrum von Psychosomatik und medizinischer Psychologie in der Versorgung körperlich Kranker _____	493	6.2.12 Körperorientierte Verfahren – Konzentrierte Bewegungstherapie _____ Exkursion Feldenkrais-Methode _____	601 603
<b>6 Therapie _____</b>	<b>497</b>	6.2.13 Musiktherapie _____	606
<b>6.1 Medikamentöse Therapie _____</b>	<b>499</b>	6.2.14 Kunst- und Gestaltungstherapie _____	609
6.1.1 Psychopharmakotherapie bei Psychotherapie _____	499	<b>6.3 Besondere Aspekte der Psychotherapie _____</b>	<b>615</b>
6.1.2 Psychodynamik der Medikamenten- verordnung _____	516	6.3.1 Konzept und Indikation stationärer Psychotherapie _____	615
<b>6.2 Methoden der Psychotherapie _____</b>	<b>519</b>	6.3.2 Psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen _____	623
6.2.1 Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Praxis – klinische, wissenschaftliche und sozialpolitische Aspekte _____	519	6.3.3 Stationäre Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen _____	626
		6.3.4 Psychoanalytische Psychotherapie bei älteren Menschen _____	630
		6.3.5 Psychotherapie von Folteropfern _____	633
		6.3.6 Psychotherapeutischer Umgang mit Suizidgefährdeten _____	640
		<b>Namensverzeichnis _____</b>	<b>649</b>
		<b>Sachverzeichnis _____</b>	<b>652</b>

1

# Sozioökonomischer Standpunkt





## 1.1

# Historische Entwicklung des Fachgebiets Psychosomatik/ Psychotherapie in Deutschland

Adolf-Ernst Meyer<sup>1</sup>

Was seit dem Ärztetag 1992 „**Psychotherapeutische Medizin**“ heißt, hat sich der Sache nach in den 10er und 20er Jahren unseres Jahrhunderts in Deutschland und Österreich entwickelt, bestand in Anwendung von psychoanalytischer Therapie auf Körperkrankheiten und hieß damals schlicht „**Psychosomatik**“.

Marksteine in dieser Entwicklung sind **Groddecks** „Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden“ (Groddeck 1917), **Felix Deutschs** „Über das Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der inneren Medizin“ (Deutsch 1922a; Deutsch 1922b), wobei dieser Autor dafür den Ausdruck „psychosomatisch“ einsetzte. Im selben Jahr veröffentlichte Edoardo Weiss (1922) die Psychoanalyse eines Asthmakranken.

Indes riet **Freud** selber den Psychoanalytikern ab, sich mit der Psychosomatik zu beschäftigen, weil dies das psychoanalytische Denken gefährde: „Von solchen (d. h. psychosomatischen) Untersuchungen mußte ich die Psychoanalytiker aus erziehlischen Gründen fernhalten, denn Innervationen, Gefäß-erweiterungen und Nervenbahnen wären zu gefährliche Versuchsgegenstände für sie gewesen, sie hatten zu lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu beschränken.“<sup>2</sup>

Hier verrät Freud eine erstaunlich niedrige Meinung sowohl von der Widerstandskraft der Psychoanalyse gegenüber der Physiologie wie auch von der Flexibilität und Diskriminationsfähigkeit seiner Schüler.

In der Hochschulmedizin der Weimarer Zeit fand die Psychoanalyse paradoxerweise in der Inneren Medizin mit ihrem psychosomatischen Ansatz mehr Aufnahmebereitschaft als mit ihrem neurosen- und psychosen-therapeutischen Ansatz in der Psychiatrie. Dieses Mehr ist allerdings relativ zu sehen. Unter diesen Internisten setzte sich nur von Weizsäcker mit der Psychoanalyse intensiv auseinander, Krehl, von Bergmann und Siebeck vertraten eine mehr allgemeine Berücksichtigung psychischer Faktoren in der Medizin. In der Psychiatrie stand einer teilweisen Rezeption durch Kretschmer, Mauz, Sommer, Störing die Ablehnung durch Jaspers und die erbitterte Gegnerschaft von Bumke, Hoche und de Crinis sowie die Gleichgültigkeit der schweigenden Mehrheit entgegen. Dies ist aus zwei Gründen paradox:

- Erstens steht Psychoanalyse der Psychiatrie am nächsten und wurde deswegen in anderen Ländern auch übernommen – besonders intensiv in den USA und (mit gewissen

kritischen Einschränkungen) in der Schweiz, Holland, Frankreich und Ungarn.

- Ferner waren diejenigen Psychoanalytiker (Abraham, Freud, Jung), welche die Psychoanalyse auf speziell psychiatrische Krankheiten anwendeten, deutlich angesehener und bekannter.

Die von Freud verordnete Schmuttelkind-Position der Psychosomatik innerhalb der Psychoanalyse verbesserte sich ab 1950 dank **Franz Alexander** erheblich, aber nicht vollständig (Alexander 1950). Er hatte eine Theorie entwickelt, in welcher er für sieben Körperkrankheiten, die sogenannten „**Heiligen Chicago Sieben**“, je einen bestimmten unbewußten Konflikt beschrieb, welcher diese Krankheiten jeweils (mit)determinierte. Dabei hatte Alexander genau das getan, was Freud für derart gefährlich hielt: Er hatte Psychologie und Physiologie zusammengebracht.

- Zum Beispiel führte beim **Ulcus-duodeni-Kranken** der unbewußte Wunsch nach Nährend-versorgt-Werden zu einer „Scheinfütterungs“-Physiologie des Magens, wie sie aus Pawlows Experimenten bekannt war, und über diese zu einer „Andauung“ der Magenschleimhaut.
- Oder die unbewußte Erwartung eines **Hypertonikers**, sich nächstens gegen einen Angriff körperlich wehren zu müssen, führte zu einer ergotropen Hochstellung des Blutdrucks, was von Uexküll später sehr treffend „Bereitstellungs-Krankheit“ nannte.

Da in dieser Theorie die jeweilige Art der physiologischen Veränderungen mit der Wunschrichtung des zugehörigen unbewußten Konflikts oder auch dessen Abwehr (oder beidem) biologisch zweckmäßig verbunden waren, verstand Alexander diese Konflikte als „spezifische“, und taufte sie auch so. Dies bedeutete gleichzeitig, daß man bei einem an einer der „Heiligen-Chicago-Sieben“-Krankheiten Leidenden auch den zugehörigen spezifischen Konflikt finden konnte – ähnlich wie Tbc-Bakterien bei einem Tuberkulösen.

Da Psychoanalytiker exquisit für die Behandlung unbewußter Konflikte ausgebildet waren, konnten sie sich in der Alexander-Theorie zu Hause fühlen – darüber hinaus legte diese ihnen nahe, das Feld „Psychosomatik“ für sich zu beanspruchen.

Dadurch, daß Alexander nur bestimmte Krankheiten zu „psychosomatischen“ erklärte (deren schließliche Zahl er offen ließ), für welche damit dann Psychoanalytiker zuständig

<sup>1</sup> Der Autor ist im Jahre 1995 verstorben.

<sup>2</sup> Brief Freuds an V. v. Weizsäcker 1932.

wurden, eröffnete er eine **Psychosomatik als Spezialdisziplin**.

Zuvor – 1943, im allerersten Lehrbuch der Psychosomatik (Weiss und English 1943), forderten **Weiss** und **English** eine **holistische Psychosomatik**: „Psychosomatik ist ... so alt wie die Kunst des Heilens selber. Sie ist keine Spezialität, sondern eine Sehweise, die für alle Aspekte von Medizin und Wundartney gilt. Es geht nicht darum, das Soma weniger, sondern darum, die Psyche mehr zu studieren.“

In der Tat findet man diese Konzeptualisierung bereits über 2000 Jahre früher in **Platos** Dialog des Charmides: „Wie Du ein Auge nicht behandeln kannst, ohne den ganzen Kopf zu behandeln, kannst Du den Kopf nicht behandeln, ohne den ganzen Menschen zu behandeln“.

Der Unterschied zu Alexanders Konzeption besteht darin, daß hier nicht bestimmte Krankheiten als „psychosomatisch“ ausgezeichnet werden, sondern daß die „**psychosomatische Sehweise**“ für die **gesamte Medizin** gilt. In ihrer Formulierung legen sich Weiss und English nicht fest, auf welche Weise ihr psychosomatischer Holismus erreicht werden soll, aber ihre Fallbeispiele zeigen, daß dies durch interdisziplinäre Kooperation von Psychiater-Analytikern mit Internisten oder anderen „Somatikern“ in Kliniken oder Polikliniken verwirklicht wird. Dies hat sich in Form der **Consultation-Liaison-Psychiatrie-Psychosomatik** besonders in den USA weiterentwickelt.

Dem setzt vor allem von Uexküll die „**Integrative Psychosomatik**“ als drittes Modell entgegen: Jeder Arzt sollte genau so selbstverständlich über psychosoziale Grundkenntnisse und Kompetenzen verfügen, wie er sich solche über Anatomie, Physiologie oder Pharmakologie erworben hat. Nur so ist eine wirklich adäquate medizinische Versorgung zu erreichen. Das spezialistische Modell führt zu „Ärzten für die Seele“ und „Ärzten für den Körper“, eine Teilung, welche vor allem in der primärärztlichen Betreuung durch konsiliarische Konsultationen nicht wirksam reintegriert werden kann.

Unberührt von der erwähnten Aufwertung der psychoanalytischen Psychosomatik durch Alexander blieb die Ablehnung der – nun bundesrepublikanischen – Psychiater gegen Psychoanalyse oder psychodynamische Psychotherapie bis in die 60er Jahre wirksam, was erhebliche Konsequenzen hatte:

- Zum einen erwarben sich BRD-Psychiater nur ausnahmsweise Kompetenzen in Psychotherapie.
- Zum anderen behielten sie dadurch auch ihre Rolle als Ärzte für Geistesranke mit entsprechender hoher Prestige-Barriere.

Aus letzterem folgte, daß sich entsprechend Kranke vorwiegend an Allgemeinärzte oder Internisten um Hilfe wandten – unter Berufung auf ihre Erschöpfung, ihre Tachykardien, Schweißausbrüche etc. Es war die hohe Zeit der Diagnose „vegetative Dystonie“. Die selbstkritischen und menschenkennden unter diesen Ärzten motivierten solche Kranke gegen erheblichen Widerstand, einen Psychiater aufzusuchen. Ihre Patienten kamen wie Bumerange zurück, der psychiatrische

Konsilbericht lautete sinngemäß: „Kein Anhaltspunkt für eine Psychose. Wir empfehlen Bellerгал.“

Dies bewog eine Reihe führender Internisten, zum Beispiel Curtius, Heilmeyer, Jores, Seitz, von Uexküll dazu, in den 50er und frühen 60er Jahren eigene **psychotherapeutische Abteilungen** einzurichten, oder – bei Einverständnis ihrer Fakultät – eigenständige Kliniken. Gegenüber der Vorkriegs-Ära gab es einen gewichtigen Unterschied: Heilmeyer ausgenommen waren diese Pioniere alle selber praktizierende Psychotherapeuten. Davon unabhängig und früh gründete Mitscherlich mit Rockefeller-Foundation-Unterstützung die psychosomatische Klinik in Heidelberg.

Da diese Abteilungen über psychotherapeutische Kompetenz verfügten, welche in „der“ Psychiatrie nicht vorhanden war, wurden in jenen keineswegs nur (aber auch) Psychosomatosen behandelt, sondern ebenso (teilweise sogar häufiger) Neurosen und Charakterprobleme sowie funktionelle Sexualstörungen. Dennoch hießen diese Institutionen durchwegs „psychosomatisch“ (wahrscheinlich aus Rücksicht auf die psychiatrischen Kollegen – was auch heißen kann: um Reibungen mit diesen zu vermeiden).

Damit gewann der Begriff „**Psychosomatik**“ einen gewissen prestigeschonenden **Tarn- und Deck-Charakter**, den alle Beteiligten (Patienten, Angehörige, Zuweisende und Ausübende) gerne nutzten. Die zweite Hälfte der Benennung, nämlich „Somatik“, verlieh auch Phobien oder Schweißausbrüchen den Ernst einer ernsthaften Krankheit, und außerdem vermittelte das Epitheton „psychosomatisch“ das Charisma eines schwer verständlichen und deshalb um so bedeutungsvolleren Leidens.

Mit der Einrichtung eines **Prüfungsfachs „Psychosomatik und Psychotherapie“** – in der Ärztlichen Approbationsordnung von 1970 – „legitimierte“ (im juristischen Sinn dieses Wortes) die Bundesregierung diese Entwicklung und schuf gleichzeitig eine gewisse Enttarnung; denn diese neue Benennung zeigte auf, daß es in diesem Fach zentral um Psychotherapie ging.

Spätestens ab 1975, dem Zeitpunkt der „**Enquete zur Lage der Psychiatrie**“ wurde der BRD-Psychiatrie voll bewußt, daß sie mit der Psychotherapie einen zentral wichtigen Teilbereich ihres Faches abgegeben hatte. Der damalige Versuch einer Heimholung mißglückte, die „Enquete“ beharrte auf einem zweiseitigen Versorgungsstrang:

- dem psychiatrischen und
- dem psychotherapeutisch-psychosomatischen.

Ein erneuter Versuch, diesmal mit Hilfe der Facharztbezeichnungen, die Psychotherapie in das Mutterland „Psychiatrie“ heimzuholen, führte zu einem Teilerfolg: Zwar schuf der Ärztetag 1992 einen **Facharzt „Psychiatrie und Psychotherapie“**, aber gleichzeitig auch einen für „**Psychotherapeutische Medizin**“.

In der beschriebenen Periode ab 1950 kam es zudem zu zwei weiteren Entwicklungen:

- Erstens entstand die **Verhaltenstherapie**, welche zwar zuerst neurotische Störungen wie Phobien oder Bettnässen

oder auch Verhaltensdefizite bei Psychosen therapierte, dann aber bald auch funktionelle Psychosomatosen und organisch bedingte Defizite wie zum Beispiel Skoliosefehlhaltungen oder postoperative Harninkontinenz. Für die letzten beiden Beispiele ist Verhaltensmedizin ein zutreffender Ausdruck. Allerdings wird dieser auch propagandistisch überdehnt, als ob er das Gesamt der Psychotherapie abdecke, die dann – nomen est omen – in allererster Linie Verhaltenstherapie sei. Festzuhalten bleibt: Psychotherapeutische Medizin wird in jedem Fall auch Verhaltenstherapie und Verhaltenstherapeuten umfassen.

- Zweitens tritt zu dieser internationalen Entwicklung eine rein nationale. In der BRD entwickelte sich die Tarn- und Deck-Psychosomatik überproportional stark in einem Teilbereich der BRD-Medizin, nämlich in demjenigen der **stationären Rehabilitation**.

Betrachtet man die **Zunahme der Betten**, welche für „**Psychosomatik**“ ausgewiesen sind, für die 40 Jahre von 1950 bis 1990, so steigt diese im „Akutbereich“, also in demjenigen, welcher von den Krankenkassen finanziert wird, von ca. 100 auf 1253, also 12fach. Im **Rehabilitationsbereich**, für welchen die Rentenversicherer zu bezahlen haben, um die Arbeitsfähigkeit ihrer Versicherten zu sichern oder wiederherzustellen, findet sich ein Anstieg von ca. 200 auf 7064 Betten, also ein 35facher.

Zusammen mit noch anderen Indikatoren wurde daraus im „Forschungsgutachten“ (Meyer et al. 1991) gefolgert, daß sich in der BRD eine Unter- und Fehlversorgung dergestalt findet, daß meist erst bei Erwägung einer Berentung, also zu spät und dann stationär, statt früh und ambulant psychotherapiert wird.

Aus dieser Entwicklung – unabhängig davon, wie zweckmäßig sie ist – folgt, daß psychotherapeutische Medizin in unserem Lande in zwei erheblich unterschiedlichen Formen stattfindet (s. Tab. 1-1):

- Der Prototyp **ambulanter Psychotherapie** besteht in einem Therapeuten, der seinen Einzelpatienten, welcher in seinem Lebensraum verbleibt, mit einer (seiner) Methode

relativ niederfrequent über einen längeren Zeitraum (ein halbes bis mehrere Jahre) behandelt.

- In der **stationären Psychotherapie** dagegen wirkt eine Gruppe von Behandlern (wozu auch die Krankenschwestern gehören) in einer totalen Institution mit einer Vielfalt von Methoden auf eine Gruppe von Patienten ein, was hochfrequent (mehrere Interventionen pro Tag) aber nur über einen kurzen Zeitraum (4–8 Wochen, nur ausnahmsweise deutlich länger) geschieht.

Die Vergleichbarkeit dieser verschiedenen Psychotherapieformen wird vielfach eingeschränkt. Bereits die Kombinationen aus tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, körperzentrierten und gestaltungsbezogenen Elementen wechseln von Klinik zu Klinik. Ferner erhalten ambulante, akut-stationäre und rehabilitativ-stationäre Settings jeweils systematisch andere Patientengruppen. Andererseits findet dadurch ein „Naturexperiment“ in großem Maßstab statt, welches sich ideal eignen würde, mit den Methoden der differentiellen Psychotherapie-Effizienzforschung aus diesen vielfältigen Kombinationen herauszufinden, welches Therapieelement bei welchem Kranken, in welchem Zeitpunkt und welcher Reihenfolge, in welcher Kombination und „Dosierung“ welche Effekte bewirkt.

Dies ist eine äußerst mühsame und methodisch schwierige, aber lohnende Zukunftsaufgabe, welche mit Sicherheit dadurch gefördert werden wird, daß in einer Situation der Verteilungskämpfe um knappe Ressourcen sowohl Betroffene (Kranke und Angehörige) wie Verantwortliche (Gesundheitspolitiker, Solidarversicherungen, zuweisende Ärzte) nach Qualitätssicherung und Kosten-Nutzen-Effizienz fragen werden. Dies heißt nichts weniger, als daß die Frage „Ist psychotherapeutische Medizin ihr Geld wert?“ abgelöst wird von derjenigen „Welche Form für welche Störung ist die zweckmäßigste und wirtschaftlichste?“

Der Wissenschaftsrat (1986, S. 77) hat der bundesrepublikanischen Psychosomatik bescheinigt, daß sie „einen außerordentlich raschen Ausbau“ erfahren hat. Dies ist voll zutref-

Tab. 1-1 Psychotherapeutische Medizin: ambulant versus stationär.

Ambulant	Stationär
im gewohnten Lebensraum (nur im Gruppensetting eine Art therapeutische Gemeinschaft)	in „totaler Institution“ mit therapeutischer Gemeinschaft
Psychotherapie-motiviert (oder bald abbrechend)	oft Psychotherapie-unmotiviert, Abbrechen jedoch fast ausgeschlossen
monomethodisch	polymethodisch: Einzel- und Gruppentherapie, tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, Entspannungs- und Gestaltungsverfahren, Physiotherapie und Sport
nur ein Therapeut	Vielzahl von Therapeuten plus Pflegepersonal, deren Erfahrungen in Spezialsitzungen „integriert“ werden
Wochenfrequenz 0,5 bis 5	täglich mehrere therapeutische Interventionen
Gesamtdauer: 25 Wochen bis 2–4 Jahre	Gesamtdauer kurz: 4–8 Wochen, nur in Spezialfällen mehrere Monate

Tab. 1-2 Prävalenzen psychosomatisch-psychoneurotischer Störungen an verschiedenen Stellen des medizinischen Versorgungsnetzes in der BRD.

Prävalenzart	Psychosomatische Störungen (%)	Neurosen (%)	Persönlichkeitsstörungen (%)	Summe (%)	Quelle
In der Bevölkerung	–	–	–	11,3	(1)
	11,6	7,16	7,16	25,9	(2)
Praxen	9,0	11,0	1,2	21,2	(3)
Allgemeinarzt		19,9	3,3	23,2	(4)
Internistische Abteilung	–	–	–	38,4	(5)

(1) Dilling et al. (1984): n = 1536; ländlich-kleinstädtische Bevölkerung Oberbayerns. (2) Schepank (1987): n = 600; Mannheim. (3) Zintl-Wiegand et al. (1978): n = 1026; Allgemeinpraxen in Mannheim. (4) Dilling et al. (1978): n = 1274; Allgemeinpraxen in Oberbayern. (5) Haag et al. (1989): n = 151; neun internistische Abteilungen, Hamburg.

fend: Die bundesrepublikanische Psychosomatik hat – dank der ärztlichen Approbationsordnung von 1970 – in nur einem Jahrzehnt den Sprung vom Elend in die Armut geschafft. Wie oft in der Geschichte ist solche Armut äußerst kostspielig für ihre reichere Umgebung.

In Tabelle 1-2 sind einige Daten über die **Häufigkeit psychosomatisch-psychoneurotischer Störungen** in hochindustrialisierten Sozietäten, hier in der BRD, zusammengestellt. Diese Zahlen werden erst durch die Zusatzinformation dramatisch, daß unser Gesundheitswesen für diese 11,3% (minimal) bis 38% (maximal) seiner Kranken unter 1% seiner Gesamtkosten aufwendet.

Lediglich zu der Klinikrepräsentanz (Haag et al. 1989) sei noch ergänzt: Obwohl diese Stichprobe aus Neuaufnahmen in 9 der 11 Allgemein-Krankenhäusern Hamburgs erwartungsgemäß alt war (53,1% > 65 Jahre) und – ebenso erwartungsgemäß – der Anteil an „vorwiegend psychosomatischer Genese“ bei den alten Aufnahmen niedriger (> 65–80 Jahre = 18,6% vs. < 65 Jahre = 51,1%,  $p < 0,1\%$ ), entstand ein arithmetisches Mittel bei 9 internistischen Stationen von 38,4%.

Aus den Gesamtzahlen folgt, daß eine **adäquate Bevölkerungsversorgung** verlangt, daß die Institutionen für Psychosomatik/Psychotherapie an Hochschulen und an Hochleistungskrankenhäusern mindestens den Personalbestand der

lokal zugehörigen Abteilungen für Anästhesiologie oder für Radiologie erreichen. Dies ist in der BRD an keiner Stelle verwirklicht.

Das Beispiel der Anästhesiologie zeigt, daß die Geldgeber sehr wohl bereit sind, ein Fach in wenigen Jahren von Null auf eine arbeitsfähige Größe zu fördern – und der Nachwuchs flexibel genug ist, das Angebot zu füllen. Voraussetzung für einen solchen Ausbau ist allerdings, daß dessen unabdingbare Notwendigkeit offenkundig wird. Das hat die Psychosomatik nicht geschafft. Unsere Schlußfolgerung ist: Sie wird es auch nicht schaffen, solange sie sich auf humanitäre, holistische oder psychogenetische Aspekte beruft. Sie wird es nur schaffen, wenn sie ökonomisch argumentiert.

Andere Zahlen zeigen, daß **zwischen Erkrankung** und kompetenter **Behandlung** dramatische und enorm kostspielige **Verzögerungen** auftreten. Abbildung 1-1 zeigt, daß bei Patienten, welche 1979 in unserer Ambulanz zur Vorstellung kamen, 2 bis 3 Jahre vergangen waren, bis sie erstmals einen Arzt aufsuchten. Danach vergingen weitere 3 bis 8 Jahre, bis sie einem Spezialisten zugewiesen wurden. Das Intervall danach – bis zu adäquater Therapie – ist erfreulich kurz.

Die daneben angegebenen Zahlen von Sturm und Zielke (1988) aus einer psychosomatischen Fachklinik in Bad Dürkheim zeigen, daß sich 1988 – fast 10 Jahre später – an diesen Verzögerungen nichts Wesentliches geändert hat.

Diese Verzögerungsjahre sind hoch kostenträchtig. Sturm und Zielke (1988) haben ausgerechnet, daß in ihrer Dürkheimer Stichprobe 38% ihrer Patienten über 1 Jahr ununterbrochen krank geschrieben waren. Dazu addieren sich die Kosten für Wiederholungs- und Verlegenheitsdiagnostik und für Psychopharmaka über viele Jahre.

Dies zeigt, daß sich in den 15 Jahren seit dem vom Wissenschaftsrat als „außerordentlich rasch“ eingestuften Ausbau der Psychosomatik/Psychotherapie (mit Pflichtunterricht für die Studenten) keine faßbaren Veränderungen erreichen ließen.

Aus diesen Daten folgt, daß innerhalb der medizinischen Fakultät der Studentenunterricht dergestalt intensiviert werden muß, daß unsere zukünftigen Ärzte über psychosoziale Kompetenzen verfügen, welche die geschilderten kostspieligen

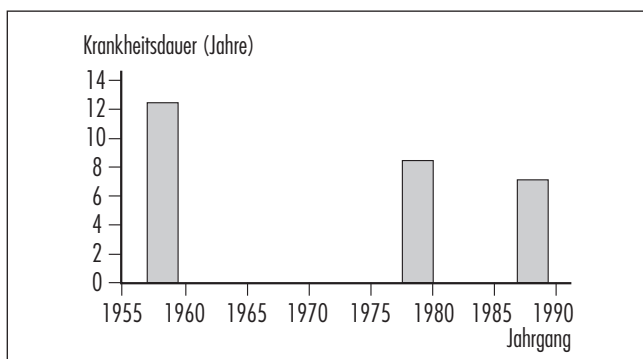


Abb. 1-1 Anamnesedauer bis Psychotherapiebeginn. Quellen für 1957: Bärwolf (1958/59), für 1979: Reimer et al. (1979), für 1988: Sturm u. Zielke (1988).

Verzögerungen minimieren und sie außerdem instand setzen, Krisenreaktionen und leichtere psychosomatische Störungen selber zu behandeln.

Durch die Aufnahme der psychosomatischen Grundversorgung in die Psychotherapierichtlinien 1987 und die Einführung des **Facharztes für psychotherapeutische Medizin** durch den 95. Ärztetag 1992 wurden zwei wesentliche Schritte in der Weiterentwicklung der psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung getan. Es gibt dadurch ein dreistufiges **Fort- und Weiterbildungsmodell** (vgl. Kap. 1.3, S. 13ff):

- Die Fortbildung in **psychosomatischer Grundversorgung** ist mittlerweile obligat für alle medizinischen Fachgebiete, sie richtet sich primär an somatisch tätige Ärzte, berechtigt zur Abrechnung spezieller Ziffern in der Gebührenordnung und ermöglicht psychotherapeutische Leistungen auf der Ebene der primär ärztlichen Versorgung. Die Curricula bestehen neben der theoretischen Vermittlung von Grundlagenkenntnissen entsprechender Krankheitsbilder und therapeutischer Verfahren auch in der praktischen Vermittlung verbaler Interventionstechniken, von Entspannungsverfahren und Balint-Gruppenarbeit. Damit scheint ein wesentlicher Schritt getan in die Richtung der Integration psychosozialer Aspekte in die somatische Medizin.
- Die Zusatzbezeichnungen **Psychotherapie** und **Psychoanalyse**, bislang die einzigen Möglichkeiten für die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung, ändern sich durch die Einführung des Facharztes. Beide Zusatzbezeichnungen können weiterhin berufsbegleitend erworben werden, diejenige für Psychotherapie ist sowohl tiefenpsychologisch wie auch verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Die Elemente der Weiterbildung mit Theorie, Selbsterfahrung und Durchführung eigener Therapien unter Supervision sind erhalten geblieben, jedoch im Umgang verändert und mit den Weiterbildungsbestandteilen des Facharztes für psychotherapeutische Medizin kombinierbar. Diese Aussage gilt zunächst nur vorläufig, weil die Ausführungsbestimmungen in Form der Richtlinien in Länderhoheit sind und viele Bundesländer die entsprechenden Richtlinien noch nicht erlassen haben. Beide Zusatzbezeichnungen können mit jedem Facharzt kombiniert werden.
- Das neue Fachgebiet „**Psychotherapeutische Medizin**“ umfaßt die „Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, die Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale Faktoren, deren subjektive Verarbeitung oder körperlich-seelische Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“ (Janssen und Hoffmann 1994). Die Weiterbildung erstreckt sich über 5 Jahre, erfolgt hauptberuflich und enthält 3 Jahre Tätigkeit in der Psychotherapeutischen Medizin, 1 Jahr in der Inneren Medizin und 1 Jahr in der Psych-

iatrie. Vorgesehen ist auch die Anerkennungsfähigkeit ganztägiger Weiterbildungszeit in anderen Fachgebieten. Auch hier gilt der Aspekt der Vorläufigkeit, da viele Landesärztekammern die endgültigen Richtlinien noch nicht beschlossen und verabschiedet haben. Die Weiterbildung kann sowohl mit einem psychoanalytischen wie auch einem verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt erfolgen, der Facharzt soll mit den meisten anderen Fachärzten kombinierbar sein.

Mit der aufgezeichneten Entwicklung soll deutlich werden, auf welchem Wege der Bereich Psychotherapie und Psychosomatik sich in der Bundesrepublik Deutschland entwickelt hat und welche Perspektiven sich aus der aktuellen berufspolitischen Situation ergeben. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich der Facharzt für psychotherapeutische Medizin etablieren kann, die Tätigkeit in eigener Praxis mit der notwendigen ökonomischen Basis ausgestattet wird und der entsprechende Versorgungsauftrag auch umgesetzt werden kann.

#### Literatur

- Alexander F. Psychosomatic Medicine. New York: Norton 1950.
- Bärwolf H. Katamnestiche Ergebnisse stationärer analytischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med* 1958/59; 5: 80–91.
- Deutsch F. Psychoanalyse und Organkrankheiten. *Int Z Psychoanal* 1922a; 8: 290–306.
- Deutsch F. Über das Anwendungsgebiet der Psychotherapie in der Innern Medizin. *Wiener Med Wschr* 1 1922b; 72: 809–16.
- Dilling H, Weyerer S, Castell R. Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke 1984.
- Dilling H, Weyerer S, Enders I. Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In: *Psychiatrische Epidemiologie*. Häfner H (Hrsg). Berlin, Heidelberg: Springer 1978; 135–60.
- Groddeck G. Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden. Leipzig: Hirzel 1917.
- Haag A, Stühr U, Wienke T. Psychosomatische Aspekte bei alten Menschen in der stationären Versorgung. In: *Zukunftsaufgaben der Psychosomatischen Medizin*. Speidel H, Strauß B (Hrsg). Berlin, Heidelberg: Springer 1989.
- Janssen PL, Hoffmann SO. Profil des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapeut* 1994; 39: 195–201.
- Meyer A-E, Richter R, Grawe K, v. d. Schulenburg J-M, Schulte B. Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit 1991.
- Reimer C, Hempfing L, Dahme B. Iatrogene Chronifizierung in der Vorbehandlung psychogener Erkrankungen. *Prax Psychother Psychosom* 1979; 24: 123–33.
- Schepank H. Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Berlin, Heidelberg: Springer 1987.
- Sturm J, Zielke M. Chronische Krankheitsverhalten: Die klinische Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas. *Prax Klin Verhaltensmed Reha* 1988; 1: 17–27.
- Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen. Köln 1986.
- Weiss E. Psychoanalyse eines Falles von nervösem Asthma. *Int Z Psychoanal* 1922; 8: 440–55.
- Weiss E, English OS. Psychosomatic medicine. The application of psychopathology to general medicine. Philadelphia, London: Saunders 1943.
- Zintl-Wiegand A, Schmidt-Maushardt C, Leisner R, Cooper B. Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen. In: *Psychiatrische Epidemiologie*. Häfner H (Hrsg). Berlin, Heidelberg: Springer 1978.

# 1.2 Aktueller Stand und Entwicklungsperspektiven der Psychotherapie und Psychosomatik

Wolfgang Schneider

A.-E. Meyer hat die Entwicklung der Psychotherapie und der Psychosomatik sowie ihre besondere und wechselnde Beziehung zueinander sehr kompakt und akzentuiert bis zur Mitte der 90er Jahre dargestellt (s. Kap. 1.1, S. 3ff). Die von ihm vorgenommenen Bewertungen bezüglich der Akzeptanz des Faches Psychosomatik/Psychotherapie in der Medizin sowie des Verhältnisses der Psychiatrie zur Psychosomatik/Psychotherapie bis zu Beginn der 90er Jahre können nur unterstrichen werden (s. auch Hoffmann et al. 1999).

Im folgenden sollen die relevanten Entwicklungslinien des Faches ab Mitte der 90er Jahre dargelegt werden<sup>1</sup>. Dabei orientiere ich mich an dem von A.-E. Meyer vorgegebenen Ansatz. Ich werde zum einen die Entwicklung und Differenzierung der unterschiedlichen Berufsgruppen im psychotherapeutisch-psychosomatisch-psychiatrischen Feld fokussieren, zum anderen das psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgungsangebot untersuchen.

Einen Meilenstein in der jüngsten Entwicklung der Psychotherapie, aber auch der Psychosomatik stellt die **Einführung des Psychotherapeutengesetzes** zum 1.1.1999 dar. Dieses Gesetz regelt die sozial- und berufsrechtliche Stellung von Diplompsychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, wie es damit auch grundsätzlich den Begriff der Psychotherapie gesetzlich schützt und definiert, wer mit welcher Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland Psychotherapie ausüben darf. Mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes ist ein seit Mitte der 70er Jahre andauernder Kampf zu Ende gegangen, in dem die Anerkennung des Berufsbildes Psychologischer Psychotherapeut als Heilberuf angestrebt wurde. Dieser wurde nicht nur geführt, um Psychologen eine den Ärzten adäquate berufsrechtliche Basis für die Ausübung von Psychotherapie zu schaffen, sondern auch, um eine bessere psychotherapeutische Versorgung zu ermöglichen. Es soll jedoch hier ausdrücklich daran erinnert werden, daß gerade auch von der Seite der ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiater diese Entwicklung durchaus ambivalent gesehen worden ist; insofern ist erheblicher Widerstand seitens einzelner ärztlich-psychotherapeutischer Fachgruppen geleistet worden. Dieser bezog sich entweder prinzipiell auf die Einführung des Psychotherapeutengesetzes oder auf konkrete Aus- und Durchführungsbestimmungen.

So war und ist immer wieder eine berufs-, aber auch sozialpolitisch relevante Frage, ob die Psychologischen Psychotherapeuten in die Ärztekammern integriert werden sollen, wie es aktuell Standard ist, oder ob es eigene Psychologenkammern geben soll und wird, wie es gegen Ende 1999 bereits in drei Bundesländern der Fall war (in Berlin, Bremen und Niedersachsen waren bis dahin entsprechende Änderungen des Kammergesetzes für Heilberufe in Kraft getreten, Deutsches Ärzteblatt vom 28.1.2000, S. 144) und vermutlich zukünftig bundesweit sein wird.

Generell ist die Regelung der Ausbildung für die postgraduierten Diplompsychologen als problematisch anzusehen. Gefordert sind laut Gesetz 1,5 Jahre Praxiszeit (davon ein Jahr in der Psychiatrie und Psychotherapie und ein halbes Jahr in der Psychosomatik und Psychotherapie beziehungsweise Psychotherapeutischen Medizin oder in entsprechenden Praxen), ohne daß die Frage der Finanzierung geklärt wäre. Ein Großteil von Ausbildungskandidaten wird die Ausbildung schlicht unentgeltlich als Praktikant absolvieren müssen.

Mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes wurde eine große Zahl an approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie eine kleinere Zahl von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur kassenärztlichen Versorgung gemeinsam mit den ärztlichen Psychotherapeuten zugelassen. Der allen psychotherapeutischen Berufsgruppen gemeinsam zugeordnete Finanzrahmen orientierte sich im Jahr 1999 an den Kosten, die für die Kassen im Jahr 1996 für Psychotherapie im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeit und 1997 im Delegationsverfahren für Psychologische Psychotherapeuten angefallen sind. Kritische Stimmen haben darüber hinaus angemerkt, daß die von den Kassen angegebenen Zahlen zu niedrig angesetzt worden seien. So kam es im Jahr 1999 zu einer desolaten Finanzierungssituation der Psychotherapie im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeit, die einen rasanten Punktwertverfall mit sich brachte und in einigen Bundesländern dazu führte, daß bereits im 3. Quartal des Jahres die finanziellen Mittel für die psychotherapeutischen Leistungen verbraucht waren und die betroffenen Psychotherapeuten erst einmal ihre Behandlungen unentgeltlich weiterführen mußten. In der Folge gab und gibt es zum einen Anstrengungen und Initiativen, finanzielle Lösungen für die Finanzierung dieser „nicht-gedeckten“ Behandlungen von 1999 zu finden (z. B. über den Ausgleich der Budgets anderer Facharztgruppen in den Kassenärztlichen Vereinigungen oder zusätzlichen Geldern seitens der Krankenkassen) und natürlich zum anderen Initiativen, die zukünftige Finanzierung der ambulanten Psycho-

<sup>1</sup> Wir möchten an dieser Stelle an A.-E. Meyer erinnern, der viel zu früh verstorben ist.

therapie besser abzusichern. Insgesamt erscheint die Perspektive jedoch alles andere als rosig, auch wenn das Bundessozialgericht in Kassel ein für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten wichtiges und gegebenenfalls richtungsweisendes Urteil gesprochen hat, nach dem für hauptsächlich psychotherapeutisch Tätige eine Punktwertfestsetzung vorzunehmen ist, da diese den Niedergang des Punktwertes im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht durch eine Leistungsausweitung kompensieren könnten. Welche Konsequenzen dieses Urteil letztlich haben wird, bleibt abzuwarten; von der heutigen Warte aus ist auch nicht zu beurteilen, wie die strukturellen Entwicklungen in der ambulanten Versorgung verlaufen werden.

Mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes wurden Psychologische Psychotherapeuten noch stärker als bisher an der konzeptionellen Diskussion über die Qualitätsstandards bei psychotherapeutischen Verfahren beteiligt; dabei wurde den Positionen der Verhaltenstherapie seit Beginn der 90er Jahre seitens der Krankenkassen eine zunehmende Aufmerksamkeit geschenkt. 1999 wurde ein wissenschaftlicher Beirat „Psychotherapie“ bei der Bundesärztekammer gegründet, der je zur Hälfte von ärztlichen Psychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten (allesamt Hochschullehrer) besetzt ist. Als erste zentrale Aufgabe definierte dieser Beirat „Kriterien“, aufgrund derer psychotherapeutische Verfahren den Nachweis über ihre empirisch bestätigte Wirksamkeit erbringen müssen. Die Erfüllung dieser Kriterien stellt die Voraussetzung dafür dar, daß eine psychotherapeutische Methode als Grundorientierung im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien anerkannt wird. Danach muß eine psychotherapeutische Methode eine originäre Theorie der Persönlichkeit sowie ein stringentes Konzept über die Genese psychischer Störungen aufweisen und bei mindestens fünf von zwölf Störungsbildern – diese sind auf der Basis der ICD-10 definiert – ihre therapeutische Effektivität in mindestens zwei kontrollierten Studien nachgewiesen haben (Deutsches Ärzteblatt vom 28.1.2000).

Diese Entwicklung reflektiert zum einen die Tendenz, Standards der „evidence based medicine“ zunehmend auch auf die Psychotherapie anzuwenden, und zum anderen eine Haltung, die Konzeption der Psychotherapie-Richtlinien mit ihren psychotherapeutischen Grundorientierungen – die beim Verfassen des Artikels die Verhaltenstherapie und die psychoanalytischen beziehungsweise tiefenpsychologischen Verfahren umfaßt – beizubehalten. Generell wird sich die Ausbildung organisatorisch näher an den universitären Institutionen orientieren und inhaltlich wird es eine zunehmende Integration empirischer Befunde in die Psychotherapieaus- und -weiterbildung geben. Dies wird meines Erachtens auch zunehmend für psychoanalytisch oder psychodynamisch ausgerichtete Aus- und Weiterbildungsgänge gelten. Auf mittlere Sicht wird es sicher zu einem stärkeren Dialog zwischen den unterschiedlichen therapeutischen „Schulrichtungen“ kommen und auf diesem Hintergrund werden systematische Bestrebungen zur Methodenkombination und -integration zunehmen.

Gegen die Forderung, daß psychotherapeutische Methoden ihre Wirksamkeit nachweisen müssen, gibt es aktuell keine schlagkräftigen Argumente mehr; es ist jedoch sinnvoll, zu fragen, welche Art von empirischen Nachweisen in unserem Feld relevant sind. Die ausschließliche Orientierung auf „störungsspezifische“ Wirksamkeitsnachweise wird der Komplexität psychotherapeutischer Problemstellungen und Behandlungsansätzen jedoch allzuoft nicht gerecht und dies um so mehr, wenn die „Störungen“ aus dem Kanon der ICD-10-Kategorien mit ihren „unpsychologischen“ symptomorientierten und oberflächhaften diagnostischen Kriterien abgeleitet werden. Darüber hinaus hat die empirische Psychotherapieforschung folgendes gezeigt:

- Neben therapieansatzspezifischen spielen auch allgemeine Wirkfaktoren eine bedeutende Rolle im therapeutischen Prozeß (Karasu 1986). Unter diesen kommt der therapeutischen Beziehung eine wichtige Funktion (Strupp 2000) zu.
- Die behauptete Spezifität einzelner therapeutischer Verfahren hält, wie für die Verhaltenstherapie bei unterschiedlichen Angststörungen gezeigt wurde, allzuoft einem kritischen Blick nicht stand (Barlow und Cerny 1988).

Eine ausführliche Diskussion der Aussagen der empirischen Psychotherapieforschung und ihrer Konsequenzen für die Praxis findet sich im Kapitel 6.2.1, S. 519ff.

Die unbedingte Ausrichtung therapeutischen Handelns an der Behandlung spezifischer Störungen korrespondiert so nur bedingt mit der therapeutischen Realität, die für die Diagnostik wie die Therapieplanung weitergehende psychologische Konzepte erfordert (s. Kap. 4.1.3). Dafür weist dieses Vorgehen eine hohe Konvergenz zum therapeutischen Verständnis der Verhaltenstherapie auf und paßt sich gut in das gängige medizinische Krankheits- und Behandlungskonzept ein. Letztlich stellt dieser Ansatz eine „gute“ Basis für die Einführung von Fallpauschalen auch im Bereich der Psychotherapie und Psychosomatik dar, eine Entwicklung, die sicherlich gesundheitspolitisch gewünscht und gefördert wird. Wie zukünftig „Fälle“ in unserem Fach definiert werden, welche Kriterien als bedeutsam angesehen werden, wird die Ziele der Psychotherapie und natürlich auch ihre Methoden einschneidend beeinflussen.

Bei den „Diagnosis Related Groups“ (DRGs), deren Einführung für das Jahr 2003 geplant ist und 2001 in Modellprojekten erprobt wird, werden neben den Diagnosen auch Behandlungsprozeduren als Berechnungsgrundlage mit in die Kostenpauschalierung eingehen (Roeder et al. 2000). Die zugrunde gelegten australischen DRGs orientieren sich auf der diagnostischen Ebene an der ICD-10; bei den Behandlungsprozeduren sind bislang die psychotherapeutisch-psychosomatischen Therapieansätze kaum berücksichtigt (Freyberger und Schneider 2001). Insgesamt war die zukünftige Entwicklung im stationären Feld für das Fach der Psychosomatik und Psychotherapie Ende des Jahres 2001 nur schwer zu beurteilen. Die Psychiatrie und die Psychotherapeutische Medizin



wurden Ende 2001 auf der Grundlage einer politischen Entscheidung aus dem DRG-System herausgenommen.

Seit der Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin und der gleichzeitigen Erweiterung des Facharztes für Psychiatrie um die Psychotherapie, hat es seitens der Psychiatrie zunehmend Anstrengungen gegeben, diese Entwicklung rückgängig zu machen (Denkschrift der DGPPN 1997; Janssen et al. 1997). In diesem Positionspapier wird ein eigenständiger psychosomatisch-psychotherapeutischer Versorgungsbereich geleugnet, wie er sich historisch in der Bundesrepublik herausgebildet hat und durch die Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin auf dem Ärztetag 1992 auch auf der Ebene der ärztlichen Weiterbildung institutionalisiert worden ist. Auch in der Diskussion um die Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung in der letzten Legislaturperiode wurde von seiten renommierter Vertreter der Psychiatrie die Abschaffung des Pflichtfaches „Psychosomatik und Psychotherapie“ gefordert beziehungsweise vorgeschlagen.

Die seit Ende der 90er Jahre geführte Diskussion um die Reform der ärztlichen Weiterbildung, bei der ursprünglich insbesondere eine Reduzierung der großen Zahl an unterschiedlichen Fachdisziplinen über die Zusammenfassung von „Nachbarschaftsdisziplinen“ intendiert war, hat die Diskussion um eine mögliche Zusammenführung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin noch einmal angefecht. Seitens der Vertreter der Psychiatrie wurde ein erweiterter Facharzt für Psychiatrie mit unterschiedlichen Schwerpunkten favorisiert (z. B. Allgemeine Psychiatrie, Sucht, Forensik, Psychotherapeutische Medizin, ggf. Psychosomatik), die Vertreter der Psychotherapeutischen Medizin diskutierten eher ein partielles Zusammengehen der Fächer über einen gemeinsamen Weiterbildungsblock (Common Trunk Model). Da in der Ärzteschaft zum Zeitpunkt der Vorbereitung der Weiterbildungsdiskussion auf dem Ärztetag 2000 generell die Tendenz bestand, den hohen Grad an Differenzierung und damit die Zahl der unterschiedlichen Facharztdisziplinen nicht zu reduzieren, erschien eine Zusammenfassung der verschiedenen ärztlichen „psychosozialen“ Fachdisziplinen strategisch als wenig sinnvoll, um innerhalb einer breit gefächerten und spezialisierten Medizin diese Inhalte effektiv zu vertreten. Diese Argumente wurden vorrangig von Vertretern der Psychotherapeutischen Medizin vorgetragen; die führenden Vertreter der wissenschaftlichen und berufsständischen Gruppierungen der Psychiatrie sahen in diesen Positionen eher eine Einengung des Handlungsspektrums und natürlich auch des entsprechenden Versorgungsbereichs. Es hat jedoch auf dem Ärztetag 2000 keine grundlegende Umstrukturierung der ärztlichen Weiterbildung gegeben.

A.-E. Meyer hat dargelegt, wie wenig sich die deutsche Psychiatrie um die Integration psychotherapeutisch-psychosomatischer Konzepte in ihr wissenschaftliches und klinisches Verständnis und Vorgehen bemüht hat und daß diese Haltung eine entscheidende Wurzel der deutschen eigenständigen Ent-

wicklung eines Faches der Psychotherapie/Psychosomatik gewesen ist. Diese Vernachlässigung psychotherapeutisch/psychosomatischer Behandlungsansätze hat innerhalb der Psychiatrie sicherlich bis Ende der 80er Jahre angehalten. Dennoch sind natürlich seit den 80er Jahren und vereinzelt in den 70er Jahren in einer kleineren Zahl an psychiatrischen Universitätskliniken sowie sicherlich auch in einigen psychiatrischen Großkliniken und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern spezialisierte psychotherapeutische Einheiten auch für die Behandlung von Patienten mit Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und funktionellen Störungen aufgebaut worden. Aber erst Ende der 80er Jahre und vor allem in den 90er Jahren hat sich die deutsche Psychiatrie zunehmend auch für psychotherapeutische Themenstellungen geöffnet.

Einen wichtigen Impuls hat diese Entwicklung sicherlich durch die Schaffung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin erhalten, der doch eine Konkurrenz in relevanten Versorgungsfeldern darstellt; auch die Besetzungen einer Reihe von Lehrstühlen für Psychiatrie und Psychotherapie tragen dieser Entwicklung Rechnung und treiben sie weiter voran. Im Zuge dieser Entwicklung sind in der Psychiatrie bedeutende wissenschaftliche Aktivitäten und Arbeiten zu psychotherapeutischen Themen entstanden. Ohne Frage ist diese Tendenz zu begrüßen, jedoch nicht die ab und an damit verbundene expansive Haltung von einzelnen Vertretern der Psychiatrie, den Behandlungsbereich der Persönlichkeitsstörungen, Neurosen und somatoformen Störungen allein für die Psychiatrie zu beanspruchen. Die Psychotherapie dieser Störungsgruppen ist in Deutschland traditionell ein genuines Feld der Psychotherapie und Psychosomatik; Behandlungskonzepte und Settings sind in diesem Feld entwickelt, erprobt und wissenschaftlich untersucht worden. Wenn nun auch psychotherapeutisch denkende und handelnde Psychiater in diesem Bereich tätig werden, so ist zu akzeptieren, daß sich für spezifische Problemstellungen unterschiedliche Expertengruppen zuständig und kompetent fühlen. Im übrigen arbeiten auch die Psychologischen Psychotherapeuten in ebendiesem klinischen Bereich.

Eine Entsprechung findet diese berufs- und wissenschaftspolitische Auseinandersetzung auf der Ebene der Diskussion um die Hereinnahme des Faches des Psychotherapeutischen Medizin in die Landesbettenpläne. Nachdem der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin 1992 implementiert worden ist, wurden erstmals im Land Sachsen getrennt Betten für Psychosomatik und Psychotherapie im Landesbettenplan ausgewiesen. In der Folge entstanden in unterschiedlichen Bundesländern Diskussionen um die Aufnahme dieser Betten in die Landesbettenpläne. Im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg hat 1997/1998 eine Expertengruppe ein Gutachten zur stationären Versorgung in der Psychotherapeutischen Medizin erstellt, das in der Folge von den Befürwortern als Argumentationsgrundlage für die Hereinnahme in die Landesbettenpläne verwendet wurde und von Vertretern der Psychiatrie entschieden bekämpft wurde. Zu Beginn des neuen

Jahrzehnts ist die zukünftige Entwicklung noch nicht definitiv abzusehen. Einige weitere Länder wie Berlin, Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen haben oder werden das Fach der Psychosomatik und Psychotherapie in ihren Landesbettenplänen berücksichtigen, andere wie zum Beispiel Mecklenburg-Vorpommern oder Rheinland-Pfalz aus der aktuellen Sicht eher nicht. Von Interesse ist bei der Ausweisung der Psychosomatik und Psychotherapie in den Landesbettenplänen die Frage, welchen Institutionen diese „Betten“ dann zugeteilt werden. Häufig werden nicht – wie von den Fachvertretern für Psychosomatik und Psychotherapie konzeptualisiert – Krankenhausabteilungen für Psychosomatik an Schwerpunktkrankenhäusern eingerichtet, sondern diese Betten entweder an Psychiatrische Kliniken oder auch an psychosomatische Rehabilitationskliniken gegeben. Eine Entwicklung, die nicht im Einklang steht mit der Intention, psychosomatische Handlungsansätze näher an die Behandlung vor allem auch somatischer Erkrankungen heranzubringen. Auch wenn oftmals aufgrund von sozialpolitischen und finanziellen Bedingungen, die letztlich gewünschte Bildung eigenständiger Abteilungen oder Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin nicht durchgehend möglich sein wird, sollte doch angestrebt werden, den Grundgedanken der Integration psychosomatischer und psychotherapeutischer Handlungsmodelle in der somatischen Medizin über die Schaffung eigenständiger Einrichtungen zu fördern. Hier sind inhaltlicher Anspruch und sozialpolitische Rahmenbedingungen und -begrenzungen möglichst konstruktiv aufeinander abzustimmen.

Die verschiedenen Facetten der berufs- und wissenschaftspolitischen Auseinandersetzungen im Bereich der Psychotherapie und Psychosomatik sollen nicht weiter vertieft werden. Jedoch ist die Frage der zukünftigen wissenschaftlichen wie klinischen Orientierung innerhalb der Psychotherapie von besonderer Bedeutung. Auch die Psychiatrie favorisiert mit Entschiedenheit „störungsspezifische Therapie-Modelle“ und korrespondiert auf dieser Ebene gut mit wichtigen Vertretern der Klinischen Psychologie. Auf der anderen Seite sehen wir jedoch sowohl im klinischen wie im wissenschaftlichen Feld Prozesse der zunehmenden Öffnung für unterschiedliche theoretische und praktische Konzepte, Tendenzen zu Methodenkombinationen oder Versuche der Methodenintegration. Relevante Entwicklungslinien in der Psychosomatik und Psychotherapie versuchen sich konzeptionell und praktisch nicht einfach dem Anspruch auf kurze, pragmatische und symptomzentrierte Behandlungen zu unterwerfen, sondern orientieren sich an differenzierteren und umfassenderen diagnostischen und therapeutischen Positionen. Wieviel Raum dafür unter den zukünftigen sozialpolitischen, wissenschaftspolitischen und insbesondere ökonomischen Bedingungen vorhanden sein wird, bleibt abzuwarten. Allzuviel Optimismus ist m.E. jedoch nicht angebracht.

Insgesamt sollten die Diskussionen über die berufspolitischen Probleme aus meiner Sicht nicht zu grundsätzlich geführt werden. Im Zentrum sollte die Frage der Verankerung

psychosozialer Perspektiven in einer schwerpunktmäßig biologischen Medizin stehen. Daß wir nun zwei oder mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie drei ärztliche Psychotherapeutengruppen haben, hat bezogen auf die Geschichte des Faches eine gewachsene Tradition; inwieweit dieses Modell für die Zukunft das beste sein wird, hängt von den unterschiedlichsten Bedingungen ab. Eine Rolle spielen dabei zum Beispiel die folgenden Fragen:

- Wie kann sich das Fach der Psychotherapeutischen Medizin zukünftig klinisch und wissenschaftlich entwickeln? Im wissenschaftlichen Bereich geht es in der Psychosomatik insbesondere darum, die Einflüsse biologischer Faktoren bei komplexen bio-psychosozialen Wechselbeziehungen – auf der Ebene der Ätiologie, des Verlaufs und der Behandlung – stärker zu berücksichtigen und sich insgesamt mehr den „somato-psychischen“ Erkrankungen zuzuwenden. In dem Ausmaß, in dem die Psychosomatik als Teil der Psychotherapeutischen Medizin für dieses Gebiet relevante Verstehens- und Handlungsmodelle entwickelt, wird sie ein wichtiger Partner für die somatische Medizin sein und gerade aus dieser Perspektive eine Identität als eigenständiges Fach neben der Psychiatrie in der Medizin haben. In der ambulanten Versorgung wird es vor allem darum gehen, inwieweit der niedergelassene Facharzt für Psychotherapeutische Medizin ein differenziertes diagnostisches und therapeutisches Handlungsspektrum aufweist, das über die originären psychotherapeutischen Behandlungssettings im Sinne der Psychotherapierichtlinien (Bestellpraxis) hinausgeht. Diese Entwicklung sollte jedoch nicht bedeuten, daß die Psychotherapeutische Medizin ihr Profil als psychotherapeutische Spezialdisziplin für die traditionellen psychischen Störungen (Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen) aufgeben soll.
- Wie nachhaltig und umfassend können psychotherapeutisch-psychosomatische Konzepte und Handlungsmodelle in der Psychiatrie reflektiert und integriert werden? Dies bedeutet, daß neben den verhaltenstherapeutischen auch psychodynamische Konzepte zur Ätiologie relevanter psychischer Störungen (z. B. bei den Persönlichkeitsstörungen, Neurosen oder somatoformen Störungen) akzeptiert werden und Anwendung finden. Nur dann hat eine Diskussion darüber, ob die beiden Fächer wieder zusammengeführt werden können, überhaupt eine inhaltlich begründete Basis.

Weitere mögliche Rahmenbedingungen stellen strategische berufs- und wissenschaftspolitische Perspektiven dar, die sowohl einen Bezug zu bundesdeutschen wie auch zu internationalen Entwicklungen im Gesundheitssystem aufweisen müssen. Jedoch sollten internationale Standards nicht unkritisch übernommen werden, sonst wird die Psychotherapie demnächst – wie mittlerweile in den USA – hauptsächlich den Psychologen und den Sozialarbeitern zufallen. Die entscheidende Voraussetzung für eine sachbezogene und problemge-

rechte Diskussion dieser Fragen, stellt eine ideologiefreiere Reflexion des Themenhorizontes dar, als sie in den vergangenen Jahrzehnten die Regel war. Diesbezüglich sind m.E. die Chancen doch relativ günstig einzuschätzen, da die mittlerweile doch gut fundierten empirischen Befunde zur Effektivität und Wirkweise von Psychotherapie einem unkritischen Festhalten an „alten“ therapieschulenorientierten Dogmen entgegenstehen und zunehmend eine Generation von Psychotherapeuten sowohl in den verschiedenen ärztlichen Subdisziplinen als auch in der Psychologie herangewachsen ist, die sensibel genug für die veränderten klinischen und wissenschaftlichen Hintergrundbedingungen des Faches ist, um nicht weiter in diesen Ideologismen befangen zu sein. Diese Tendenz kann nicht nur eine bereits jetzt zu beobachtende „Aufweichung“ der tradierten „Schulenkämpfe“ in der Psychotherapie mit sich bringen, sondern auch die berufspolitische Diskussion beeinflussen.

Eine weitere wichtige Frage betrifft die Integration der Psychosomatik in die somatische Medizin. Die „Integrative Psychosomatik“ Thure von Uexkülls als Versuch die Spezialisierungen von „Seelen- und Körperärzten“ zugunsten eines Arztes abzulösen, der umfassend sowohl für die biologischen als auch für die psychosozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit zuständig ist und der das Individuum als Ganzes in seiner biologischen und psychosozialen Gewordenheit reflektiert, hat sich in den letzten Jahren trotz der zunehmenden Verankerung der „psychosomatischen Grundversorgung“ in der ärztlichen Weiterbildung wie im ärztlichen Handeln nicht weiter durchsetzen können. Die Medizin – vor allem die internistische Medizin – setzt stärker denn je auf die biologischen und technologischen Denk- und Handlungsmuster.

So erscheint es realistischer, den Weg der psychosomatisch-psychotherapeutischen Spezialisierung um eine stärkere Verankerung von psychosomatischen Kompetenzen in den verschiedenen klinischen Fächern zu erweitern. Hier bietet sich an, für die unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen spezifische „psychosomatisch-psychotherapeutische“ Kompetenzen auf der Ebene der Diagnostik wie der Intervention zu entwickeln; eine derartige psychosomatische-psychotherapeutische Fachspezialisierung (z. B. für Gynäkologie, Innere Medizin oder Orthopädie) könnte dann zukünftig anstelle des Zusatztitels „Psychotherapie“ treten, wenn die notwendigen inhaltlichen und sozialrechtlichen (z. B. Finanzierung der Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) Voraussetzungen dafür geschaffen sind.

Problematisch erscheinen mir die auch in jüngster Zeit immer wieder auftauchenden berufspolitischen Ideologisierungen von Psychotherapie, wenn etwa von „ärztlicher“ Psychotherapie in Abgrenzung von „psychologischer“ Psychotherapie (z. B. Grawe 1998) gesprochen wird. Psychotherapie ist erst einmal weder ärztlich noch psychologisch: Sie rekurriert auf unterschiedliche Grundlagen- und Anwendungswissenschaften (z. B. die Klinische oder Kognitive Psychologie, die

Psychoanalyse, die kognitiven Neurowissenschaften, die Psychophysiologie oder die Psycho-Neuroimmunologie) und findet in verschiedenen klinischen Kontexten mit unterschiedlichen Problemstellungen und Anforderungsprofilen statt. Das konkrete bio-psychosoziale Bedingungsgefüge verschiedener Problemkonstellationen unterscheidet sich hinsichtlich der Varianzanteile der einzelnen Komponenten. Das Ausmaß und die Art der Einflußnahme psychosozialer und biologischer Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen setzt die spezifischen Anforderungen für engere oder weitere Gesamtbehandlungsansätze, die mal mehr oder mal weniger psychotherapeutische Interventionen jedweder Art oder somatische Therapieansätze enthalten können. Sicherlich kann es pragmatischer und sinnvoller sein, wenn die speziellen psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit somato-psychischen Erkrankungen gleichzeitig durch den somatischen Behandler vorgenommen werden; es handelt sich dann jedoch nicht um eine ärztliche Psychotherapie, sondern um eine Psychotherapie, die aus „guten“ Gründen durch einen Arzt appliziert wird. „Psychotherapie ist eine wissenschaftliche Methode zur Behandlung von psychischen Störungen...“ (Strotzka, persönliche Mitteilung). Diese Definition beinhaltet ausdrücklich nicht die Grundprofession des Therapeuten; eine Position, die ich für die zukünftige Entwicklung der Psychotherapie wie der Psychosomatik als wichtig ansehe, auch wenn wir nicht leugnen können, daß sich die Basiskompetenzen und oftmals die Handlungsfelder von Ärzten und Psychologen unterscheiden. Diese Unterschiedlichkeit und Vielfalt kann jedoch für die weitere Konzeptualisierung und Praxis der Psychotherapie nur hilfreich sein.

### Literatur

- Barlow D, Cerny JA. Psychological treatment of panic. New York: Guilford 1988.
- Bühning P. Psychotherapeuten erhalten eigenständige Kammern. Deutsches Ärzteblatt 2000; 97: 144.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland – Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Heidelberg: Springer 1997.
- Freyberger HJ, Schneider W. ICD-10 Diagnostik in der Psychotherapie. Vorteile und Möglichkeiten. Psychotherapeut 2001; 2: 115–21.
- Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe 1998.
- Hoffmann SO, Liedtke R, Schneider W, Senf W. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Denkschrift zur Lage des Faches an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Schattauer 1999.
- Janssen PL, Kächele H, Rüger U, Schneider W. Nach-Denken tut Not – Gegendarstellung zum Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Psychotherapeut 1997; 42: 244–55.
- Karasu TB. Specificity vs. nonspecificity. Am J Psychiatry 1996; 143: 678–95.
- Roeder N, Rochell B, Scheld HH. Sicher in die DRGs. Die notwendigen Vorbereitungen im Krankenhaus. 2000; 9: II-I.
- Strupp HH. Können PraktikerInnen von der Forschung lernen? In: Wege zur effektiven Psychotherapie. Petzold H, Märtens M (Hrsg). Psychotherapieforschung und Praxis 2000; 1: 13–30.

# 1.3 Weiter- und Fortbildung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Paul L. Janssen

Nach jahrzehntelangen Diskussionen und Auseinandersetzungen (vgl. Janssen 1984, 1993a, 1993b) ist sowohl vom Deutschen Ärztetag 1992 in der Musterweiterbildungsordnung wie in den Psychotherapie-Richtlinien zu der vertragsärztlichen Versorgung 1986 ein dreistufiges Weiter- und Fortbildungskonzept für den psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereich verabschiedet worden (vgl. Faber und Haarstick 1994). Sowohl nach den Beschlüssen zur ärztlichen Weiterbildungsordnung wie nach den Psychotherapie-Richtlinien sind drei **Ebenen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung** zu unterscheiden:

- ▶ **Die psychosomatische Grundversorgung:** Sie soll die Basisversorgung sichern und dazu beitragen, den psychosomatischen Verständnisansatz in die hausärztliche und klinische Versorgung zu integrieren. Für die hausärztliche Versorgung ist dies in der neuen Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin realisiert. In der Facharztweiterbildung ist zwar die psychosomatische Grundversorgung als Qualifikationsmerkmal aufgenommen worden, in den Weiterbildungsrichtlinien aber noch nicht inhaltlich entsprechend den Psychotherapie-Richtlinien übernommen worden.
- ▶ **Zusatzbezeichnung Psychotherapie:** Die zukünftigen Gebietsärzte, insbesondere für Allgemeinmedizin, können darüber hinaus auch berufsbegleitend die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ erwerben und in ihrem Gebiet psychotherapeutisch tätig werden. Dazu werden sie entweder in tiefenpsychologischer Psychotherapie oder in Verhaltenstherapie weitergebildet.
- ▶ **Gebietsarzt für Psychotherapeutische Medizin:** Auf der spezialistischen Ebene ist der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie formuliert worden. Diese Fachärzte haben ihren Schwerpunkt in der Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder, während beim Facharzt für Psychotherapeutische Medizin der Schwerpunkt in der Behandlung psychosomatischer und psychoneurotischer Erkrankungen liegt.

## 1.3.1 Psychosomatische Grundversorgung

Die psychosomatische Grundversorgung ist als vertragsärztliche Versorgungsleistung anerkannt. Sie ermöglicht jedem nie-

dergelassenen Arzt, einen psychosomatischen Verständnisansatz in sein diagnostisches und therapeutisches Handeln einzubeziehen, und stellt gewissermaßen die „Basisversorgung“ dar.

### Definition

In der **psychosomatischen Grundversorgung** soll der Arzt bei der Untersuchung und Behandlung die biologischen, psychologischen und sozialen Anteile im Krankheitsgeschehen in eine Gesamtdiagnose integrieren und diese Aspekte hinsichtlich ihrer ätiologischen Bedeutung gewichten. Er kann die Indikation zu somatischen Verfahren, aber auch zu psychotherapeutischen Verfahren stellen und die Stellung dieser Verfahren im Gesamtbehandlungsplan entsprechend dem aktuellen Krankheitsgeschehen bestimmen.

Hinsichtlich des therapeutischen Handelns des Arztes ist die Zielsetzung begrenzt. Es geht einmal um eine Einsichtsvermittlung in die Zusammenhänge von körperlichen Erkrankungen und psychologischen Vorgängen, und es geht zum andern um den Einsatz verbaler Interventionen sowie übender und suggestiver Techniken, zum Beispiel Autogenes Training. Zentrales Element der psychosomatischen Grundversorgung ist die Neubewertung der Arzt-Patient-Beziehung, die Förderung der kommunikativen Kompetenz des Arztes im Sinne von Balint.

In den Psychotherapie-Richtlinien (Faber und Haarstrick 1994) werden die **Qualifikationen** festgelegt: „Die Teilnahme des Arztes an der psychosomatischen Grundversorgung setzt mehrjährige Erfahrung in selbständiger ärztlicher Tätigkeit, Kenntnisse in der Theorie einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre und reflektierte Erfahrungen über die therapeutische Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung voraus.“

Um diese **Qualifikation zu erwerben**, ist nach den Psychotherapie-Vereinbarungen in ihrer jüngsten Fassung ab 1.1.1994 ein Curriculum in Kraft, das 80 Stunden umfaßt. Neben der mindestens dreijährigen Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit muß der Arzt an

- 20 Stunden **Theorieseminaren** teilnehmen, in denen Kenntnisse der Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre und der Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheits- und Familiendynamik, Interaktionen in Gruppen, Krankheitsbewältigung und Differentialindikation von Psychotherapie-Verfahren erworben werden.
- Die Erfahrungen in der **Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung** erwirbt er durch kontinuierliche Arbeit in Balint-

oder Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30 Stunden Dauer.

- Die Vermittlung der verbalen **Interventionstechniken** soll mindestens 30 Stunden umfassen. Die verbale Intervention ist nach den Psychotherapie-Richtlinien eine besondere Form der ärztlichen Gesprächsführung. Sie orientiert sich an der aktuellen Krankheitssituation und verfolgt das Ziel, die Introspektion des Patienten zu fördern, ihm Einsicht in die psychosomatischen Zusammenhänge seines Krankheitsgeschehen zu vermitteln und für ihn die Bedeutung eventuell krankmachender, persönlicher Konflikte erkennbar werden zu lassen. Des weiteren sollen die verbalen Interventionen die Bewältigungsfähigkeiten des Kranken aufbauen. Dies kann auch die Einschaltung von Beziehungspersonen aus dem engeren Umfeld des Patienten erforderlich machen.
- Zu den **übenden** und **suggestiven Techniken**, die der Arzt erlernen soll, gehören das Autogene Training, die Relaxationstherapie nach Jacobson und die Hypnosebehandlung.

In der psychosomatischen Grundversorgung als Basisversorgung soll der Arzt die Möglichkeit haben, in sein Handeln auch die psychosoziale Dimension des Krankseins zu integrieren.

### 1.3.2

## Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Der Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ ermöglicht den stationär oder ambulant tätigen Fachärzten anderer Gebiete, zum Beispiel Allgemeinmediziner, Internisten, Gynäkologen, Neurologen, Orthopäden und anderen, psychotherapeutische Leistungen in ihr Handeln zu integrieren. In der meist berufsbegleitenden Weiterbildung können zwei Schwerpunkte gewählt werden, entweder ein tiefenpsychologischer oder ein verhaltenstherapeutischer. Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung ist eine zweijährige klinische Tätigkeit, davon ein Jahr Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Bei Ärzten mit mindestens fünfjähriger praktischer Berufstätigkeit kann dieses Jahr durch den Nachweis entsprechender psychiatrischer Kenntnisse ersetzt werden, die in einem Fachgespräch überprüft werden.

In der dreijährigen berufsbegleitenden Weiterbildung werden „besondere Kenntnisse und Erfahrungen“ in der Psychotherapie erworben. Dazu muß der Arzt nachweisen:

- Kenntnisse in den **theoretischen Grundlagen** der Psychotherapie, erworben in Kursen und Seminaren von insgesamt 140 Stunden;
- Erfahrungen in der psychiatrischen **Diagnostik** durch psychiatrische Anamnese und Befunderhebung bei 60 Patienten;
- Erfahrungen in der **Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung** durch Teilnahme an einer Balint-Gruppe oder verhaltenstherapeutischen Fallbesprechungsgruppe im Umfang von 35 Doppelstunden;

- **Selbsterfahrung** von 150 Stunden Einzelselbsterfahrung oder 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung im tiefenpsychologischen Schwerpunkt oder 60 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung im verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt;
- eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der **Psychotherapie im tiefenpsychologischen Schwerpunkt** durch 10 dokumentierte tiefenpsychologisch-biographische Anamnesen und 3 abgeschlossene, kontinuierlich supervidierte und dokumentierte tiefenpsychologische Einzelbehandlungen von insgesamt 150 Stunden (sowohl Einzeltherapien als auch Behandlungen von Paaren, Familien, Gruppen), im verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt durch 10 diagnostische Verhaltensanalysen und 6 abgeschlossene kontinuierlich supervidierte und dokumentierte Behandlungen von insgesamt 150 Stunden (sowohl Einzeltherapie als auch Behandlung von Paaren, Familien und Gruppen);
- Erfahrungen in weiteren **Verfahren**, zum Beispiel in Autogenem Training und einem weiteren wissenschaftlich anerkannten Verfahren.

Diese Anforderungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ qualifizieren den Facharzt, auch psychotherapeutisch neben seinem Spezialgebiet tätig zu werden.

Da jeder niedergelassene Arzt in seinem Gebiet tätig sein muß, kann die Zusatzbezeichnung Psychotherapie nicht mehr wie früher als „Facharztersatz“ zur Ausübung einer psychotherapeutischen Fachpraxis benutzt werden. Hierzu ist der Erwerb der Gebietsbezeichnung Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erforderlich.

### 1.3.3

## Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

In der Weiterbildungsverordnung (Ärztetag 1992) ist die Psychotherapeutische Medizin folgendermaßen definiert:

#### Definition

„Die **Psychotherapeutische Medizin** umfaßt die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, die Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung, deren subjektiver Verarbeitung psychosoziale Faktoren und/oder körperlich-seelische Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.“

Der Aufgabenschwerpunkt liegt in der psychotherapeutischen Behandlung der zahlreichen psychosomatischen Krankheiten und Leidenszustände, der funktionellen Syndrome, der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, aber auch der somatopsychischen Erkrankungen und der psychischen Krankheitsverarbeitungsprozesse. Die Psychotherapeutische Medizin ist Psychosomatische Medizin im spezialistischen Sinn.

In den letzten Jahren ist im Hinblick auf die Überlegungen zur Weiterentwicklung der Gebietsbezeichnung der Vorschlag

unterbreitet worden, den Facharzt folgerichtig umzubenennen in „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ oder in „Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie“. Diese Bezeichnung macht den psychosomatischen Schwerpunkt des Facharztes deutlich.

Zur mindestens fünfjährigen Weiterbildung gehören ein Jahr Innere Medizin und ein Jahr Psychiatrie und Psychotherapie, soweit für die Diagnostik und Behandlung psychosomatischer Krankheiten erforderlich. Im Kernbereich der Weiterbildung, im Gebiet der Psychotherapeutischen Medizin, muß der Arzt 3 Jahre hauptberuflich und ganztätig tätig sein, davon 2 Jahre im Stationsdienst.

In der Weiterbildungsordnung und den Weiterbildungsrichtlinien werden folgende Inhalte festgelegt (vgl. ausführlich bei Janssen und Hoffmann 1994):

- **Eingehende Kenntnisse in den theoretischen Grundlagen:** vermittelt in 240 Stunden Seminaren, Kursen und Praktika, in den naturwissenschaftlichen, psychologischen, psychoanalytischen, lernpsychologischen, sozialwissenschaftlichen Grundlagen, einschließlich der psychiatrischen Nosologie und Klassifikation.
- **Eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Diagnostik und Differentialdiagnostik:** differenziert in psychoanalytisch begründeter oder verhaltenstherapeutischer Diagnostik. Es sind 60 psychoanalytisch begründete Erstuntersuchungen oder Verhaltensanalysen unter Supervision nachzuweisen. Der Gebietsarzt soll auch in der Lage sein, die differentielle Indikation für verschiedene Psychotherapien zu stellen und dabei auch die psychiatrischen und somatischen Befunde zu bewerten. Zu den Anforderungen in der Diagnostik können auch die zu erwerbenden Erfahrungen im psychosomatischen Konsiliar- und Liaisonsdienst sowie in der psychosomatischen Begutachtung gerechnet werden.
- **Selbständig und eigenverantwortlich durchgeführte Psychotherapie,** entweder **tiefenpsychologische Psychotherapien** oder **Verhaltenstherapien:** Dazu gehören im tiefenpsychologischen beziehungsweise im verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt die Durchführung von 1500 dokumentierten Behandlungsstunden und 300 Supervisionsstunden, nachzuweisen an insgesamt 40 Patienten mit einem Schwerpunkt bei psychosomatisch Erkrankten (20 von 40). Dabei sollen jeweils Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapien sowie Kurzzeit- und Langzeitverfahren durchgeführt werden. In der jeweils anderen Grundorientierung sollen ein Fallseminar mit 50 Doppelstunden oder Kotherapien von 80 Stunden abgeleistet werden. In dieser Vorschrift ist der Grundstein gelegt für die Überwindung der bisherigen, in der Psychotherapie etablierten Schulen (psychoanalytische und kognitiv-behaviorale) in Richtung auf eine patientenorientierte Indikation für das jeweilige Verfahren, aber auch für eine Kombination von psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Methoden bei bestimmten Patientengruppen. Über diesen Behandlungsschwerpunkt hinaus erwirbt der Arzt eingehende Kennt-

nisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den suggestiven und entspannenden Verfahren (Autogenes Training und progressive Muskelentspannung oder konzentrierte Entspannung), in der supportiven Psychotherapie und der Notfallpsychotherapie und in weiteren erlebnisorientierten und averbalen Verfahren.

- **Einzel- und Gruppenselbsterfahrungen** sowie **Balint-Gruppe:** Im tiefenpsychologischen Schwerpunkt sind 150 Stunden Einzelselbsterfahrung und 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung erforderlich sowie 50 Doppelstunden Balint-Gruppen. Im kognitiv-behavioralen Schwerpunkt sind 70 Doppelstunden Einzelselbsterfahrung und Erfahrungen in der Gruppe erforderlich sowie 50 Doppelstunden interaktionsbezogene Fallarbeit anstelle von Balint-Gruppenarbeit.

Mit Einführung des Gebietsarztes für Psychotherapeutische Medizin trat anstelle der ausschließlich berufsbegleitenden Weiterbildung für Psychotherapie oder Psychoanalyse die klinische Vollzeitweiterbildung in den Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Erst in den kommenden Jahren wird wohl erkannt werden können, daß die hohen Anforderungen an die Qualifikation des Gebietsarztes die psychotherapeutische Krankenversorgung qualitativ verbessert hat.

### 1.3.4

## Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“

Die berufsbegleitende Weiterbildung zur Psychoanalyse ist mit der neuen Weiterbildungsordnung kein Facharztäquivalent mehr wie bisher. Sie dient zur Einübung der Psycho-Fachärzte, zum Beispiel des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie und des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin in eine spezielle Behandlungskompetenz, der analytischen Psychotherapie.

Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ ist wie bei der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ eine zweijährige klinische Tätigkeit, davon ein Jahr Weiterbildung im Fach der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Weiterbildung erfolgt über fünf Jahre berufsbegleitend. Sie umfaßt:

- **Eingehende Kenntnisse in der psychoanalytischen Theorie** durch Kurse und Seminare von 240 Stunden.
- **Erfahrungen in der psychiatrischen Diagnostik** (wie in der Zusatzbezeichnung Psychotherapie).
- **Erfahrungen in der psychoanalytischen Diagnostik** mittels Durchführung von 20 kontinuierlich supervidierten dokumentierten psychoanalytischen Erstinterviews.
- **Erfahrungen in der analytischen Psychotherapie:** Insgesamt sollen 600 kontinuierlich supervidierte und dokumentierte Behandlungsstunden, davon zwei psychoanalytische Behandlungen von je 250 Stunden durchgeführt werden.