



Peer Abilgaard  
Stefan Büchi  
Sabine Claus  
Cosima Locher  
(Hrsg.)

# Gute Behandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Ein Wegweiser für den Berufseinstieg

 hogrefe

# **Gute Behandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

# **Gute Behandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Peer Abilgaard, Stefan Büchi, Sabine Claus und Cosima Locher (Hrsg.)

Programmbereich Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

**Peer Abilgaard**  
**Stefan Büchi**  
**Sabine Claus**  
**Cosima Locher**  
(Hrsg.)

# **Gute Behandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Ein Wegweiser für den Berufseinstieg

Unter Mitarbeit von

Peer Abilgaard  
Andrea Flora Bauer  
Stefan Büchi  
Sabine Claus  
Christoph Flückiger  
Jens Gaab  
Barbara Ganz  
Sebastian Haas

Daniel Hell  
Paul Hoff  
Verena Kast  
Helen Koechlin  
Cosima Locher  
Viktor Meyer  
Felicitas Sigrist  
Bernhard Strauß



**Prof. Dr. med. Peer Abilgaard**  
Schiefbahner Str. 63  
41564 Kaarst  
Deutschland  
E-Mail: peerabilgaard@yahoo.de

**B.Sc. MAS ZFH Sabine Claus**  
Beichlenstrasse 5  
8833 Samstagern  
Schweiz  
E-Mail: sabine.claus.roth@gmail.com

**Prof. Dr. med. Stefan Büchi**  
Spielwiesenstrasse 19  
8050 Zürich  
Schweiz  
E-Mail: buechi@prism-coop.ch

**Dr. phil. Cosima Locher**  
Hirtenhofring 15  
6005 Luzern  
Schweiz  
E-Mail: cosima.locher@gmail.com

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Medizin/Psychiatrie/Psychotherapie  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Susanne Ristea  
Bearbeitung: Elisabeth Dominik, Allendorf/Lumda  
Herstellung: René Tschirren  
Umschlagabbildung: Beat Pfändler, Zürich  
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod  
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2023  
© 2023 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96156-9)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-76156-5)  
ISBN 978-3-456-86156-2  
<https://doi.org/10.1024/86156-0000>

# Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	13
<b>Danksagungen</b> .....	16
<b>Geleitwort</b> .....	17
<hr/>	
<b>I Die Entwicklung zur Therapeutin oder zum Therapeuten</b> .....	19
<b>1 Woher kommen wir, und wer sind wir?</b> .....	21
<i>Paul Hoff</i>	
1.1 Einleitung .....	21
1.2 Die Person im Zentrum: Leitidee und beständige Aufgabe .....	21
1.3 Eine „Reise“ durch Zeiten und Perspektiven der Psychiatrie .....	23
1.4 Psychiatrie und Psychotherapie im 21. Jahrhundert .....	26
<b>2 Die Identität der Ärztlichen Psychotherapeut:in</b> .....	31
<i>Viktor Meyer</i>	
2.1 Identität .....	31
2.2 Identität als Ärzt:in .....	32
2.3 Identität als Psychiater:in .....	32
2.4 Identität als Psychotherapeut:in .....	33
2.5 Einige eigene Erfahrungen .....	34
2.6 Konvergierende Identitäten .....	36
2.7 Zusammenfassung .....	37
<b>3 Die berufliche Identität der Psychologischen Psychotherapeut:in</b> .....	39
<i>Barbara Ganz</i>	
3.1 Aus dem Leben .....	39
3.2 Der Weg zur Psycholog:in .....	39
3.3 Der berufliche Einstieg .....	40
3.4 Die Weiterbildung in Psychotherapie .....	41
3.5 Die Identität .....	42

<b>4</b>	<b>Professionelle Identität im interprofessionellen Team</b> . . . . .	47
	<i>Felicitas Sigrist</i>	
4.1	Einleitung . . . . .	47
4.2	Synergien verbal und non-verbal basierter Therapien . . . . .	49
4.3	Interprofessionelle Zusammenarbeit . . . . .	51
<hr/>		
	<b>II Erste Erfahrungen mit Patient:innen</b> . . . . .	59
<b>5</b>	<b>Meine erste Psychotherapie-Stunde</b> . . . . .	61
	<i>Peer Abilgaard</i>	
<b>6</b>	<b>Der therapeutische Auftrag</b> . . . . .	65
	<i>Peer Abilgaard</i>	
<b>7</b>	<b>Entwicklung von spezifischer Fachkompetenz – Wissen und Erfahrung</b> . . . . .	69
	<i>Peer Abilgaard</i>	
<b>8</b>	<b>Die therapeutische Verantwortung definieren</b> . . . . .	73
	<i>Peer Abilgaard</i>	
<b>9</b>	<b>Umgang mit Leistungsdruck, Überforderung</b> . . . . .	77
	<i>Peer Abilgaard</i>	
<b>10</b>	<b>Regulation von Nähe und Distanz zur Patient:in</b> . . . . .	79
	<i>Peer Abilgaard</i>	
<b>11</b>	<b>Bedeutung von Supervision und Intervision für die Qualität der therapeutischen Arbeit</b> . . . . .	85
	<i>Peer Abilgaard</i>	
<hr/>		
	<b>III Wesentliche Aspekte guter Behandlung in Psychiatrie und Psychotherapie</b> . . . . .	89
<b>12</b>	<b>Was wirkt?</b> . . . . .	91
	<i>Stefan Büchi</i>	
12.1	Einleitung . . . . .	91
12.2	Die Grundfigur der Medizin . . . . .	92
12.3	Beziehung als Kernelement guter Therapie . . . . .	92
<b>13</b>	<b>Grundkonzepte guter Therapie</b> . . . . .	95
	<i>Stefan Büchi</i>	
13.1	Leben . . . . .	95
13.2	Gesundheit und Krankheit . . . . .	98
13.3	Leiden . . . . .	101

<b>14</b>	<b>Therapeutische Beziehung</b> . . . . .	109
	<i>Verena Kast</i>	
14.1	Ein Arbeitsbündnis entsteht . . . . .	109
14.2	Die Therapiebeziehung ist ein Beziehungsangebot . . . . .	110
14.3	Das Einfühlungsvermögen der Therapeut:in . . . . .	111
14.4	Geteilte Träume und Imaginationen – Resonanz auf unbewusstes Material . . . . .	112
14.5	Die therapeutische Beziehung als Instrument der Transformation . . . . .	112
14.6	Einfühlung: Das freundliche Auge . . . . .	114
14.7	Beenden der therapeutischen Beziehung . . . . .	115
<b>15</b>	<b>Was ist eine gute Therapie?</b> . . . . .	117
	<i>Jens Gaab</i>	
15.1	Ende gut, alles gut? . . . . .	117
15.2	Autonomie braucht Autonomie . . . . .	117
15.3	Go open! . . . . .	119
15.4	Was ist eine Behandlung? . . . . .	120
15.5	Ein biopsychosozioethisches Behandlungsmodell . . . . .	121
<b>16</b>	<b>Erklärungsmodelle in der Psychotherapie</b> . . . . .	125
	<i>Christoph Flückiger</i>	
16.1	Einleitung . . . . .	125
16.2	Das medizinisch-medikamentöse Rahmenmodell . . . . .	125
16.3	Kontextuelle Rahmenmodelle . . . . .	127
16.4	Beispiele prominenter Wirkfaktorenmodelle . . . . .	130
16.5	Medizinisches und kontextuelle Rahmenmodelle im Vergleich . . . . .	132
<b>17</b>	<b>Praktische Aspekte guter Therapie</b> . . . . .	135
	<i>Sebastian Haas</i>	
17.1	Das soziale Umfeld beachten: Angehörige und Beruf . . . . .	135
17.2	Klärung von Erwartungen und Therapiezielen . . . . .	139
<b>18</b>	<b>Umgang mit körperlichen Symptomen</b> . . . . .	151
	<i>Stefan Büchi</i>	
<b>19</b>	<b>Umgang mit Psychopharmaka</b> . . . . .	157
	<i>Stefan Büchi</i>	
19.1	Einleitung . . . . .	157
19.2	Die eigene Einstellung zu Psychopharmaka reflektieren . . . . .	158
19.3	Shared-Decision-Making – die Haltung der Patient:in berücksichtigen . . . . .	159

19.4	Hilfreiche Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen . . . . .	159
19.5	Das therapeutische Ritual beachten und die Placebo-Wirkung fördern . . . . .	160
19.6	Umgang mit fehlendem Therapieerfolg . . . . .	161
19.7	Einsatz neuer Medikamente – was es zu beachten gilt . . . . .	162
19.8	Integration der Psychopharmaka-Therapie in den therapeutischen Prozess . . .	162
<b>20</b>	<b>Das bleibend Gute aus 50 Jahren Psychiatrie und Psychotherapie . . . . .</b>	<b>165</b>
	<i>Daniel Hell</i>	
20.1	Einleitung . . . . .	165
20.2	Das bleibend Gute der Sozialpsychiatrie . . . . .	166
20.3	Das bleibend Gute der Psychotherapie . . . . .	167
20.4	Das bleibend Gute der biologischen Hilfe . . . . .	169
20.5	Was folgt? . . . . .	170
<hr/>		
<b>IV</b>	<b>Die Bedeutung der Kontextfaktoren . . . . .</b>	<b>173</b>
<b>21</b>	<b>Kontextfaktoren . . . . .</b>	<b>175</b>
	<i>Helen Koechlin und Cosima Locher</i>	
<b>22</b>	<b>Wie Erwartungen die Therapie beeinflussen . . . . .</b>	<b>177</b>
	<i>Cosima Locher</i>	
22.1	Weshalb Erwartungen wichtig sind . . . . .	177
22.2	Die Erwartungen der Patient:innen . . . . .	178
22.3	Die Erwartungen der Therapeut:in . . . . .	180
22.4	Aktiver Einbezug der Erwartungen in den Therapieprozess . . . . .	181
22.5	Fehlannahmen im Bereich von Erwartungen . . . . .	183
<b>23</b>	<b>Das Narrativ in der Psychotherapie . . . . .</b>	<b>187</b>
	<i>Cosima Locher und Helen Koechlin</i>	
23.1	Einleitung . . . . .	187
23.2	Die verschiedenen Narrative im therapeutischen Prozess . . . . .	187
23.3	Die Bildung und Verformung des Narrativs als heilsamer Prozess . . . . .	188
<b>24</b>	<b>Heilung durch Beziehung . . . . .</b>	<b>195</b>
	<i>Cosima Locher</i>	
24.1	Der Mensch als soziales Wesen . . . . .	195
24.2	Heilung im sozialen Kontext . . . . .	195
24.3	Die therapeutische Beziehung . . . . .	196

<b>25</b>	<b>Mehr Schein als Sein? Artefakte in der Psychotherapie</b> . . . . .	201
	<i>Cosima Locher und Helen Koechlin</i>	
<b>26</b>	<b>Therapeut:in als wichtiges Instrument</b> . . . . .	205
	<i>Helen Koechlin und Cosima Locher</i>	
26.1	Erfahrung und Fähigkeiten von Therapeut:innen . . . . .	205
26.2	Gängige Fehlannahmen . . . . .	207
26.3	Ressourcenorientiertes Arbeiten . . . . .	208
<hr/>		
<b>V</b>	<b>Gute Behandlung unter Berücksichtigung von organisatorischen und systemischen Faktoren</b> . . . . .	<b>213</b>
<b>27</b>	<b>Die Vermessung der Behandlung</b> . . . . .	215
	<i>Jens Gaab, Helen Koechlin und Cosima Locher</i>	
27.1	Einleitung – warum und wie soll und kann was und wann gemessen werden? . . . . .	215
27.2	Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit – reicht das für eine gute Behandlung? . . . . .	219
27.3	Umfassende Evaluation einer guten Behandlung . . . . .	220
27.4	Feedback-Kultur . . . . .	220
<b>28</b>	<b>Sich auf den Weg machen – Anregungen zur Eigenreflexion und Vereinbarkeit</b> . . . . .	<b>223</b>
	<i>Cosima Locher und Andrea Flora Bauer</i>	
28.1	Einleitung . . . . .	223
28.2	Am Anfang steht der Anfang . . . . .	223
28.3	Hohe Erwartungen . . . . .	223
28.4	Fragen stellen statt In-Frage-stellen . . . . .	224
28.5	Vereinbarkeit verlangt Einigung . . . . .	225
28.6	Ein Plädoyer für die Leichtigkeit . . . . .	227
<b>29</b>	<b>Der Mensch im Mittelpunkt? Berufseinstieg im Spannungsfeld der Organisation und ihrer Kultur</b> . . . . .	<b>229</b>
	<i>Sabine Claus</i>	
29.1	Ich und mein Beruf . . . . .	229
29.2	Ich im Spannungsfeld der Organisation . . . . .	231
29.3	Was die Organisationskultur für mich bedeutet . . . . .	236
29.4	Vertrauen im Berufseinstieg . . . . .	238
29.5	Meine Vorgesetzten und Kolleg:innen . . . . .	241
29.6	Der Mensch im Mittelpunkt – gilt das auch für mich? . . . . .	242
29.7	Wie gelingt der Berufseinstieg ganz praktisch? . . . . .	244

<b>VI Scheitern in der Therapie</b> .....	249
<b>30 Warum über das Scheitern reflektieren?</b> .....	251
<i>Peer Abilgaard</i>	
<b>31 Was ist Scheitern?</b> .....	255
<i>Bernhard Strauß und Peer Abilgaard</i>	
31.1 Scheitern – eine Definition aus wissenschaftlicher Sicht .....	255
31.2 Scheitern – eine Definition aus klinischer Sicht .....	256
<b>32 Fünf Geschichten über das Scheitern</b> .....	259
<i>Peer Abilgaard</i>	
32.1 Herr F. ....	259
32.2 Frau S. ....	263
32.3 Herr Dr. A. ....	265
32.4 Herr Z. ....	267
32.5 Frau B. ....	268
<b>33 Was führt zu Scheitern in der Psychotherapie?</b> .....	273
<i>Bernhard Strauß</i>	
<b>34 Häufigkeiten von Scheitern und negative Effekte von Psychotherapie</b> .....	279
<i>Bernhard Strauß</i>	
<b>35 Was ist im Fall von Scheitern ganz praktisch zu tun?</b> .....	281
<i>Peer Abilgaard</i>	
35.1 Therapieabbruch .....	281
35.2 Suizid .....	283
35.3 Suchtrückfall .....	288
<b>36 Lernen aus dem Scheitern</b> .....	291
<i>Bernhard Strauß</i>	
<b>37 Scheitern und Qualität in der Therapie</b> .....	295
<i>Peer Abilgaard</i>	
<b>38 Entwurf einer „palliativen“ Psychotherapie</b> .....	297
<i>Peer Abilgaard</i>	
38.1 Einführung .....	297
38.2 Eckpunkte eines neu zu schaffenden Therapiemanuals für eine palliative Psychotherapie .....	300
<b>39 Eintreten für ein Recht auf Scheitern</b> .....	303
<i>Peer Abilgaard</i>	

<b>VII Gesund bleiben – als Therapeut:in</b> . . . . .	<b>307</b>
<b>40 Selbststärkung und Selbstfürsorge</b> . . . . .	<b>309</b>
<i>Peer Abilgaard</i>	
40.1 Einleitung . . . . .	309
40.2 Resilienz und Medizin – Wie passt das zusammen? . . . . .	309
40.3 Wie Resilienzkonzepte Teil eines neuen therapeutischen Selbstverständnisses wurden . . . . .	310
<b>41 Was behindert Selbstfürsorge?</b> . . . . .	<b>315</b>
<i>Peer Abilgaard</i>	
41.1 Einleitung . . . . .	315
41.2 Persönliche Aspekte, Gruppeneffekte, gesamtgesellschaftliche Widerstände . . . . .	315
41.3 Resilienz – dank Selbstoptimierung fit für die Katastrophe! . . . . .	318
<b>42 Bestmögliche Prävention</b> . . . . .	<b>319</b>
<i>Peer Abilgaard</i>	
42.1 Work-Life-Balance . . . . .	319
42.2 Resilienz und Psychohygiene . . . . .	320
<b>43 Seele braucht Zeit</b> . . . . .	<b>323</b>
<i>Peer Abilgaard</i>	
<b>Anhang</b> . . . . .	<b>327</b>
<b>Abkürzungen</b> . . . . .	<b>329</b>
<b>Autorenadressen</b> . . . . .	<b>331</b>
<b>Sachwortverzeichnis</b> . . . . .	<b>333</b>



# Vorwort

Der Weg ist das Ziel – und nur wer sein Ziel kennt, findet den Weg. Sie als angehende Therapeutinnen und Therapeuten haben im Rahmen Ihrer langjährigen Ausbildungen bereits eine ordentliche Wegstrecke zurückgelegt und stehen nun am Beginn einer neuen Etappe: dem Berufseinstieg. Das Ziel, künftigen Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen, klingt vielleicht ambitioniert. Doch genau das ist es, was die Herausgeberinnen und Autoren dieses Buches wollten: Berufseinsteiger:innen einen Wegweiser für bestmögliche Behandlung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mitzugeben.

Die Frage, was den Kern guter Behandlung ausmacht, beherrscht wahrscheinlich seit Jahren Ihr Leben und Denken als angehende Therapeut:innen. Angesichts der mit der Corona-Krise und weiteren globalen Erschütterungen nochmals dramatisch angestiegenen Zahlen psychischer Erkrankungen wird die Bedeutung und Dringlichkeit unserer Arbeit weiter zunehmen. Bücher, Podcasts und Videos mit Anleitungen zu Selbstfürsorge und Selbsttherapie sind gut gemeint, aber es braucht Fachleute wie Sie dringender denn je. Wie können wir nachhaltig dazu beitragen, dass psychisch erkrankte Menschen genesen? Expertise ist eine Seite der Medaille. Diese in eine wirksame Behandlung zu übertragen, eine andere. Die Grundlage therapeutischer Hilfe ist Wissen und Fachkompetenz, welche Sie sich in der bisherigen Ausbildung angeeignet haben und die wir in unserer Reflexion über die bestmögliche Therapie in Psychiatrie und Psychotherapie nicht beleuchten werden. Unser Anliegen ist es, Ihnen als Be-

rufseinsteiger das „Wie?“ der Umsetzung wirksamer Therapie in persönlicher Weise, wenn immer möglich auch in Form von persönlichen Geschichten zu vermitteln. Dies ganz im Sinne von Anton Tschechow: „Mit den Methoden der Wissenschaft kann man erfahren was im Allgemeinen wahr über Menschen ist, aber es ist die Kunst der Geschichten, die das einzigartig Wahre erfasst.“

Denn es gibt keine „richtige“ oder „falsche“ Art von Behandlung, die sich Psychiaterinnen und Psychotherapeuten einmal aneignen können und sie dann als erfolgreiche Behandler auszeichnet. Vielmehr ist davon auszugehen, dass wir Therapeuten über eine große Vielfalt von Manualen, Expertise, Instrumenten, Verhaltensweisen und Erfahrungswissen verfügen müssen, um der komplexen Vielfalt an Realitäten unserer Patientinnen und Patienten in deren Umfeld begegnen zu können. Wir selbst sind dabei in sich dynamisch entwickelnden Organisationen und der Gesellschaft tätig. Dieses Buch liefert einen Beitrag dazu, damit Berufseinsteiger ihre vielfältigen Behandlungs- und Beratungsrealitäten intelligent zu gestalten und zu reflektieren vermögen. Es liefert zumindest eine Vielfalt an Denkmustern, Theorien, Annahmen, Methoden, Instrumenten, Fallvignetten und Tipps, die geeignet sind, eigene Denk- und Behandlungsmuster zu hinterfragen, abzugleichen und Neues auszuprobieren.

Ein besonderes Augenmerk gilt all jenen, die in Teams arbeiten, um Menschen in seelischen Krisen zu begleiten!

Es gibt viele Metaphern, um das Arbeiten von Teams zumal in psychiatrischen und psy-

chosomatischen Kliniken, Praxen und Beratungsstellen zu versinnbildlichen: Wir wählen die des Orchesters. Das Bild mit dem Fußball-Team erscheint uns weniger passend, da Therapie deutlich komplexer ist, als nur Tore zu schießen.

Im Orchester geht es darum, etwas zum Klingen zu bringen, durch die Kooperation unterschiedlichster Berufe, die – nach gut definierten Regeln, beispielsweise durch eine Partitur – miteinander in den Austausch kommen, was umso leichter gelingt, wenn jeder/jede gut ausgebildet und für das zu erarbeitende Stück entsprechend vorbereitet ist. Selbstredend profitiert ein Orchester auch davon, wenn alle Mitglieder eine (berechtigt) hohe Meinung von der Qualität des Kollegen und der Kollegin haben und wenn man möglichst gut darüber informiert ist, was die anderen wie und an welcher Stelle der Partitur machen, ohne dass jeder gleich jedes Instrument spielen können müsste.

Das Bild mit dem Orchester kann auch zeigen, dass Vielstimmigkeit an sich eine Qualität ist. Die einzelnen Stimmen ergänzen sich und erzeugen Resonanzen, die mehr als die Summe der Einzelteile sind. Und was sind Orchesterleute ohne die Unterstützung von Beleuchtung, Licht, Garderobe etc.?

Auch die Versorgung von Menschen in seelischen Krisen ist in den letzten Jahrzehnten immer vielstimmiger geworden; das fordert von allen Teammitgliedern viel kommunikative Kompetenz, Wertschätzung und wenigstens basale Kenntnis vom Tun der andern. Und: Freude an Begegnung, Kreativität, manchmal auch an Improvisation.

Im Abschlussgespräch antwortete eine Patientin auf die Frage, was aus ihrer Sicht der relevante Schlüssel zu ihrer Genesung war: „Ich hatte den Eindruck, dass alle im Team zu jeder Zeit voller Wertschätzung wussten, was der und die andere tat, damit ich aus der Krise hinausfände. Das gab mir ein Gefühl von Vertrauen und Getragensein.“ Ganz ähnlich zeigen es auch zwei Publikationen, die wir veröffentlicht haben: Beziehungen spielen überall im statio-

nären Bereich, also vom Kontakt mit dem Gärtner bis hin zur Therapiesitzung mit der verantwortlichen Fachärztin (Locher, Mansour, Koechlin & Büchi, 2020<sup>1</sup>; Locher et al., 2022<sup>2</sup>).

Wenn wir nun eingangs alle Team-Mitglieder zu diesem Buch einladen, wäre insofern Demut angebracht, da wir, die Herausgeber und Autoren nicht gänzlich alle beteiligten Berufsgruppen dieses Orchesters repräsentieren. Aber: Wir sind überzeugt, dass die Wirkprinzipien gelingender Psychotherapie, und um die geht es in diesem Buch, maßgeblich, über die Grenzen der Berufsgruppen hinaus gelten können. Diese Überzeugung resultiert aus vielen Jahren klinischer Erfahrung und einer immer breiter werdenden Forschungslage zu „Psychotherapy-Outcome“. Sie lässt uns im Berufsalltag auf die Suche gehen nach Parallelen und Unterschieden zwischen verbaler vs. nonverbaler, körperzentrierter vs. psychologischer, zwischen aufdeckender vs. supportiver Psychotherapie. Mancher Unterschied wirkt klärend und hilft Verfahren und Interventionen besser zu verstehen und einzusetzen; mancher Unterschied ist bei näherem Hinsehen keiner, wenn man sich erlaubt, eine Melodie von der einen Tonart in eine andere zu transponieren. Auch dazu möchte dieses Buch einladen.

Auf dem Cover dieses Buches sehen Sie eine Fotografie zweier Köpfe, die sich in Interaktion befinden, zum Beispiel in einer Therapie-Sitzung oder im kollegialen Austausch. Einer der Köpfe hört zu, der andere spricht. Die Köpfe sind aus feinem Japanpapier gefertigt, die Konturen sorgsam gerissen, denn es findet neben dem inneren Dialog und dem eigentlichen Dia-

- 1 Locher, C., Mansour, R., Koechlin H. & Büchi, S. (2020, 10. August). Patient-appraised beneficial moments during inpatient psychiatric treatment. *BMC Health Services*, 20, 734.
- 2 Locher, C., Buegler, S., Heimgartner, N., Koechlin, H., Gerger, H., Gaab J. et al. (2022, 27. April). Greater than the sum of the parts: A qualitative content analysis of what constitutes a good treatment in the inpatient setting. *BMC Health Services Research*, 22, 565.

log ebenso ein konstanter Austausch mit der äusseren Umgebung statt. Der Grad an Unschärfe variiert innerhalb der Fotografie, ganz so, wie sich der Fokus innerhalb einer Interaktion stetig verändert.

Eine der besonderen Eigenschaft des durchscheinenden Japanpapiers ist, dass der Zellstoff nicht aus Holz besteht, sondern aus langen Pflanzenfasern. Die Darstellung der beiden Köpfe aus dem edlen, handgeschöpften Papier erscheint uns als Verbildlichung für das Anliegen unseres Buches besonders passend: Die Patient:innen, denen wir in unserer Arbeit begegnen, erleben sich als filigran, verletzlich, vielleicht auch als zerrissen. In therapeutischen Prozessen kann mithilfe von Beziehung, Know-how, Erfahrung und Intuition ein feiner, einzigartiger, heilsamer Moment entstehen. Dies durch die Interaktion zweier aufeinander bezogener Menschen: einer in Not und einer, der hilft. Beide Menschen befinden sich zugleich im Austausch mit ihrer Umwelt: der Patient mit Angehörigen oder Mit-Patient:innen, die Therapeutin mit den interprofessionellen Behandlungsteam.

Das durchscheinende, gerissene Japanpapier verstehen wir auch als Metapher für das Wirken nicht perfekter Therapeut:innen. Dieses kann gerade durch Scheitern und das Wissen um die Begrenztheit der eigenen Fähigkeiten zu einem besonders wertvollen therapeutischen Momentum werden.

Im Gegensatz zu einem wissenschaftlichen Werk ist diese Publikation für neueinsteigende Praktizierende geschrieben, die sich mit einzelnen herausfordernden Fragestellungen der Behandlungspraxis in Psychiatrie und Psychotherapie auseinandersetzen wollen. Eine Besonderheit dieses Buches ist wie erwähnt die

Tatsache, dass es von einem Autorenkollektiv verfasst worden ist, welches sich auf unterschiedlichste Kontexte, Wissen und Erfahrung bezieht und daraus schöpft. Das Resultat ist eine Textsammlung, die unser gemeinsames Ziel „gute Behandlung“ aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Auch wenn in jedem Text die individuelle Perspektive in den Fokus rückt, so bleibt der Einzelaspekt mit dem gemeinsamen Ziel verbunden und versucht sich auf diese Weise, dem komplexen Thema „gute Behandlung“ anzunähern. Diese Diversität kommt auch in der unterschiedlichen Handhabung der weiblichen und männlichen Form in den einzelnen Kapiteln zum Ausdruck, die die Autorenschaft individuell gewählt und die bewusst nicht durch eine einheitlich durchdeklinierte genderneutrale Sprache ersetzt wurde. Hiermit soll die wertschätzende Haltung der Autorinnen und Autoren zu Diversität zum Ausdruck kommen.

Der vorliegende Wegweiser für gute Behandlung enthält eine sorgsam kuratierte Auswahl von Impulsen, praxiserprobtem Erfahrungswissen und aktuellen Erkenntnissen aus Forschung und Lehre. Den Anspruch, vollständig oder „richtig“ zu sein, erhebt dieses Buch in keinsten Weise. Aber es kann Ihnen ein inspirierender und ermutigender Begleiter auf Ihrem Erkenntnisweg hin zur bestmöglichen Behandlung sein.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern eine inspirierende Lektüre und dann eine erfolgreiche Umsetzung in ihrem Behandlungsalltag.

Das Herausgeber:innen-Team  
Peer Abilgaard, Stefan Büchi, Sabine Claus  
und Cosima Locher

# Danksagungen

Dieses Buch wäre nicht Realität geworden, wenn es den Hogrefe-Verlag nicht gäbe. Wir möchten ganz herzlich Susanne Ristea & Team danken, die sich voller Enthusiasmus und Professionalität mit uns auf den Weg begeben, wertvolle Impulse gesetzt und uns sicher ins Ziel begleitet hat. Ihr Rat, ihre Offenheit und ihre konstante Unterstützung waren enorm hilfreich.

## Von Prof. Dr. med. Peer Abilgaard

Ich danke meinen Lehrern und Freunden, die mich auf dem Weg im Beruf begleitet haben, ganz besonders Luise Reddemann, Thomas Keller und Peter Ostwald. Und ungezählten Patientinnen und Patienten, Supervisanden und Supervisandinnen, Kolleginnen und Kollegen, die mir täglich vor Augen führen, dass das Dazulernen kein Ende kennt.

## Von Prof. Dr. med. Stefan Büchi

Ich danke meinen Eltern Jakob und Rosmarie Büchi, die mich die Essenz heilsamer menschlicher Beziehungen lernten – Toleranz, Neugier und herzliche Zuwendung. Marc Melchert, Helmut Barz, Claus Buddeberg, Ueli Schnyder und Tom Sensky waren meine wichtigsten Lehrer auf meinem professionellen Weg. Ich danke ihnen und auch meinen Patientinnen und Patienten, die mich lehrten, dass die Seele und menschliche Beziehungen letztlich ein Geheimnis bleiben.

## Von Sabine Claus

Ich danke der Privatklinik Hohenegg, die das Entstehen dieses Buches ermöglichte. Beat Pfändler, der unserem Werk das Gesicht gab. Götz W. Werner und Kornelia Harff-Asch, die mir als junge Berufseinsteigerin Entfaltung ermöglichten und mich mit ihren humanistischen Werten bis heute prägen. Eric Lippmann für die Impulse zu Organisationskultur. Und all den geschätzten Auftraggeber:innen, Kolleg:innen und Klient:innen, von denen ich täglich weiter lernen darf.

## Von Dr. phil Cosima Locher

Ich möchte mich gerne bei folgenden Berufseinsteiger\*innen bedanken, welche sich für ein Interview zur Verfügung gestellt haben: Katerina Laxdal, Andrea Gambon, Philipp Kausch und Roland Wartenberg. Ich habe durch die einzelnen Gespräche sehr viel Inspiration und Wissen erhalten, welche meinen eigenen Schreibprozess maßgeblich beeinflusst haben. Ich danke allen, die mein Verständnis von guter Behandlung wesentlich geprägt haben, ganz besonders dem Team der Klinischen Psychologie und Psychotherapie der Universität Basel, den Kolleginnen und Kollegen der Privatklinik Hohenegg sowie allen, die mich während meiner Coaching-Ausbildung begleitet haben. Ich fühle mich immer wieder durch meine Forschung bereichert, die es mir ermöglicht, theoretische Aspekte zu untersuchen und zugleich praxisorientierten Fragen nachzugehen.

# Geleitwort

Die Autoren dieses Werkes sprechen vielen Berufseinsteigern in unserem herausfordernden und verantwortungsvollen Berufsfeld aus der Seele, gleichzeitig stellen sie keine „Unmöglichkeitskonstruktionen“ über unser aller Ziel einer „guten Behandlung“ auf, wie sie manchmal vielleicht in unseren Köpfen herumschwirren, sondern machen Mut, im Gelingen wie im Scheitern.

Wir werden beispielsweise im Rahmen der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, zum Psychotherapeuten oder zum Psychiater mit psychotherapeutischer Kompetenz überhäuft mit Fachliteratur zur Psychotherapie, meist Manualen oder störungsspezifischen Handlungsanleitungen, doch werden hier in diesem Buch die darüber hinausgehenden und für eine gute Behandlung hochbedeutsamen Aspekte behandelt. Dies umfasst die therapeutische Haltung gegenüber Patienten, aber auch die Haltung uns selbst gegenüber, sowie weitere wichtige Grundsätze welche enger in den Blick genommen werden, derer wir uns in nicht früh genug bewusst werden können und uns sicherer und gestärkt in die therapeutische Arbeit gehen lassen.

Das vorliegende Werk leitet uns mit seinem humanistischen Menschenbild dazu an, unsere Patienten in ihrem höchst individuellen Leidensdruck zu verstehen und zu begleiten. Hierbei bietet es ausgesprochen praxisnahes Wissen für die gängigsten Herausforderungen der therapeutischen Arbeit – sei es im Umgang mit körperlichen Symptomen ohne klar diagnostizierte Krankheit oder wenn Patienten Nebenwirkungen von Psychopharmaka erleben oder

diese befürchten. Es gibt uns zudem sehr wertvolle Orientierung dabei, wie wir uns achtsam und mutig mit den Erwartungen der Patienten und unseren eigenen auseinandersetzen können – und diese als wichtigen Wirkfaktor in der Therapie aktiv zu nutzen vermögen.

Besonders inspirierend und bereichernd empfanden wir auch das Kapitel über das Scheitern, ein Tabu-Thema in den Augen einiger Berufsanfänger, zumindest erscheint es auf den ersten Blick vielleicht nicht als das Erste, womit wir uns in unserer beruflichen Laufbahn beschäftigen wollen, noch viel mehr, da es unsere eigenen Ängste und Sorgen treffen könnte. Kann ich genug? Werde ich dem anvertrauten Menschen und mir selbst gerecht?

Im vorliegenden Werk werden wir mit greifbaren Fallbeispielen aus der alltäglichen Praxis und dem genauen kritischen Hinterfragen des Begriffes „Scheitern“ in den jeweiligen Settings zum Entwickeln von Alternativen – statt zu einem sonst oft automatisch wertenden Blickwinkel auf den vermeintlich gescheiterten Therapiekontakt – eingeladen. Das Lesen dieses Kapitels hat uns Mut gemacht, denn so heißt es dort „Jeder hat ein Recht auf Scheitern“. Mit dem Wissen aus diesem Buchkapitel in neue Therapiesituationen zu gehen bedeutet für uns vielmehr mit einer Grundhaltung von Akzeptanz (anstelle von Bewertung) gegenüber mir selbst und meinen Patientinnen und damit einen Nährboden für eine gute Behandlung zu bieten.

Herausforderungen im Berufseinstieg erfahren wir über den direkten Therapiekontakt mit dem Patienten hinaus auch im institutionellen

Spannungsfeld, in dem wir uns als Mitarbeiter einer Organisation bewegen. Das vorliegende Werk hilft uns dabei, eine „Vogelperspektive“ einzunehmen. Mit anschaulichen Praxisbeispielen bietet es eine systemische Orientierung, wie wir uns beispielsweise einerseits mit der eigenen Haltung als Mitarbeiter auseinandersetzen können und andererseits auch potenzielle Arbeitgeber kritisch betrachten können – angefangen im Moment des Bewerbungsgesprächs. In Organisationen, in denen auch der Mitarbeiter Mensch sein darf, gelingt uns eine gute Zusammenarbeit: das wird in diesem Werk ganz plastisch aufgezeigt.

Wir nehmen dieses Werk daneben auch als Bereicherung für die Entwicklung der eigenen gesunden Therapeutenpersönlichkeit wahr. Hierzu hat besonders das Kapitel zum typischen Therapeutenproblem – der (mangelnden) Selbstfürsorge beigetragen. Alle von uns haben (wie soll es auch anders sein?!) schon eigene Erfahrungen mit der Vernachlässigung unserer Bedürfnisse und Grenzen im Sinne mangelnder Selbstfürsorge gemacht. Sei es zum Zwecke des Patientenwohls, der Harmonie auf der Station, der Erreichung eigener beruflicher Ziele oder vielleicht, um negative Konsequenzen für den eigenen Selbstwert zu vermeiden (ein Fall gelaubten Scheiterns?). Gerne hätten wir uns ganz zu Beginn des eigenen beruflichen Werde-

ganges dieses Buch als Teil eines „Starter-Pakets“ oder auch „Wie-überstehe-ich-die-Therapeutenausbildung-Pakets“ gewünscht, denn es ermutigt dazu, die eigene Selbstfürsorge und die eigenen Grenzen achtsam zu betrachten und zu wahren. Darüber hinaus stellt es nicht nur einen Wegweiser in einem sehr komplexen und manchmal auch überfordernden Arbeitsfeld dar, sondern unterstützt bei der Findung des ganz persönlichen Weges zur eigenen Therapeutenpersönlichkeit.

Eine der wichtigsten Take-Home-Messages für uns ist es – und wir finden uns mit unserer Überzeugung sowie auch der damit verbundenen Hoffnung darin wieder –, dass wir unseren „Job als Geschenk sehen“, so wie es einst Peter Ostwald zu Peer Abilgaard sagte (auch wenn wir nicht gerade in San Francisco sind). Wir empfehlen dieses Buch aus voller Überzeugung und von (Therapeuten-) Herzen allen Berufseinsteigerinnen und weiteren interessierten Leserinnen. Es ist geschrieben von Menschen, die nicht nur über Psychotherapie sprechen, sondern sie auch leben – und es handelt vom wichtigsten in der Therapie: Von den beiden Menschen, die miteinander im therapeutischen Rahmen in Beziehung treten und voneinander lernen.

Christina Bergmann, Christian Vajda, Olivia Burnos-Serwata, Juni 2022

# I Die Entwicklung zur Therapeutin oder zum Therapeuten



# 1 Woher kommen wir, und wer sind wir?

## Gedanken zur professionellen Identität in Psychiatrie und Psychotherapie

Paul Hoff

### 1.1 Einleitung

Lohnt es überhaupt, so könnte man gerade zu Beginn einer beruflichen Laufbahn in Psychiatrie und Psychotherapie fragen, sich mit historischen und wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen des Fachs auseinanderzusetzen? Wäre es nicht sinnvoller, die heutige Psychiatrie zu studieren, wie sie eben ist, sie selbst anzuwenden und auf kluge Weise weiterzuentwickeln?

Mit einer einfachen, gar für alle gültigen Empfehlung ist es hier nicht getan. Weder trifft es zu, dass sich die Geschichte nie wiederhole, die Dinge immer wieder völlig neu und anders lägen und der „Blick zurück“ daher keinen Erkenntnisgewinn verspreche, noch hat die Gegenposition recht, die die Geschichte zur Lehrmeisterin verklärt: Verstehe man nur die historische Entwicklung einer Wissenschaft gut genug, könne man aus früheren Fortschritten und Irrtümern lernen und dieses Wissen einzu-eins in die je aktuelle Debatte einführen.

Meine eigene Herangehensweise in den vier Jahrzehnten, in denen ich die praktisch-psychiatrische Arbeit mit der psychiatriehistorischen und der wissenschaftstheoretischen Perspektive zu verbinden suchte, war und ist die folgende: Die Ideengeschichte des Fachs<sup>3</sup> ist außerordentlich bereichernd, wenn es um die Entwicklung eines umfassenden sowie kritischen Verständnisses heutiger Grundbegriffe und Konzepte geht, etwa um die Spannungsbö-

gen von Krankheit und Gesundheit, Gehirnfunktion und Persönlichkeit, Individuum und Gesellschaft, um nur wenige zu nennen. Natürlich vermag das Wissen um die Ideengeschichte nicht unsere aktuellen Probleme zu lösen, wohl aber trägt es dazu bei, und zwar sowohl im Patientenkontakt wie in Forschung und Lehre, die jeweiligen Konzepte aufmerksam zu begleiten, begründet zu hinterfragen und so eine substanzielle und nachhaltige Entwicklung des Fachs zu fördern.

Vor diesem Hintergrund möchte ich zunächst auf die aufklärerischen Wurzeln der Psychiatrie und damit auf den zentralen Begriff der Person eingehen (Kap. 1.2). Anschließend werden in einer *tour d'horizon* wesentliche Eckpunkte der Entwicklung der Psychiatrie vom 19. Jahrhundert bis heute herausgearbeitet (Kap. 1.3), um schließlich anhand von vier praktisch wie wissenschaftlich besonders relevanten Themenfeldern die Situation des Fachs Psychiatrie und Psychotherapie im 21. Jahrhundert zu beleuchten (Kap. 1.4). Eine thesehafte Zusammenfassung beschließt den Beitrag.

### 1.2 Die Person im Zentrum: Leitidee und beständige Aufgabe

Nach (medizin-)historischen Maßstäben sind die Psychiatrie generell und speziell ihr Selbstverständnis als personorientierte Disziplin „junge“ Erscheinungen: Damit meine ich den Grundsatz, dass es sich bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten oder Krankheiten

3 In der internationalen Literatur hat sich die Bezeichnung „conceptual history“ etabliert.

nicht etwa um Besessene, Dissoziale oder gar Verbrecher:innen handelt, die aus der Gesellschaft möglichst herauszuhalten sind, sondern um Personen, die wegen einer Einschränkung psychischer Funktionen Anspruch auf Mitgefühl, soziale Unterstützung und Behandlung haben. Diesbezüglich ist die Psychiatrie tatsächlich ein „Kind der Aufklärung“, denn diese geistesgeschichtliche Epoche in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts, im deutschen Sprachraum am markantesten vertreten durch Immanuel Kant (1724–1804), setzte dem mittelalterlichen Weltbild die Leitidee der mündigen Bürger:in entgegen, der oder die nicht nur Pflichten gegenüber staatlichen und kirchlichen Instanzen habe, sondern auch unveräußerliche Rechte.

Freilich darf dieser Hinweis auf die aufklärerischen Wurzeln der Psychiatrie keineswegs als unkritische Idealisierung missverstanden werden: Ohne Frage gibt es in der Geschichte des Fachs genügend Beispiele für wissenschaftliche Sackgassen und praktische Irrwege, ganz zu schweigen von der fatalen Rolle, die Exponenten der Psychiatrie bei der Durchsetzung der menschenverachtenden rassistischen Ideologie der Nationalsozialisten spielten.

Folgen wir einer Kantschen Perspektive, so sind unsere Patientinnen und Patienten weder nur als vollständig quantifizierbare wissenschaftliche *Objekte* zu verstehen noch als bloße *Datensammlungen*, sondern als *Personen* mit Entscheidungsspielräumen und Selbstverantwortung. Natürlich kann eine psychische Erkrankung die Fähigkeit einer Person, von ihrer Autonomie in für sie stimmiger Weise Gebrauch zu machen, markant einschränken, etwa bei Menschen mit einer psychotischen oder demenziellen Erkrankung. Doch wird dadurch deren Status als Personen im Grundsatz nicht tangiert.

Aus diesem ebenso einfachen wie, zu Ende gedacht, weitreichenden Postulat lassen sich viele medizinethische Positionen ableiten, die in den letzten Jahren zu festen Bestandteilen des Selbstverständnisses der Psychiatrie gewor-

den sind: Der Respekt vor der erkrankten Person, das dialogische Prinzip in Diagnostik und Therapie, aber ebenso in Forschung und Lehre, die konkrete Einbindung von Patientinnen und Patienten in die klinische Entscheidungsfindung sowie das Ziel einer individuellen gesundheitlichen Vorausplanung für den Fall einer späteren erneuten Erkrankung.

Ist damit der Psychiatrie gleichsam automatisch eine tragfähige humanistische Grundlage garantiert? Nein. Denn die aufklärerischen Wurzeln unseres Fachs sind gerade keine ein für alle Mal gültigen Wahrheiten, auf die man sich nur passiv beziehen muss, um gute Psychiatrie und Psychotherapie zu betreiben. Aufklärung bedeutet – auch in der Psychiatrie – nachhaltige praxisbezogene Arbeit an Grundbegriffen. Wird dies verkannt, droht sie zu einem starrmusealen Konstrukt zu werden. Die Begründer der „Frankfurter Schule“, Max Horkheimer (1875–1973) und Theodor W. Adorno (1903–1969), gingen mit ihrer skeptischen Betonung der „Dialektik der Aufklärung“ (Horkheimer, 1947) sogar noch weiter: Eine naiv verkürzt verstandene Aufklärung laufe Gefahr, in ihr schieres Gegenteil, in Dogmatismus und Intoleranz, umzuschlagen.

Ergo: Das aufklärerische Erbe der Psychiatrie ist *nicht Auszeichnung, sondern Verpflichtung*, die Verpflichtung nämlich, in der täglichen Arbeit das Prinzip der Personorientierung<sup>4</sup>

4 „Personalisierte Medizin“ ist ein heute häufig anzutreffendes Schlagwort. Wegen der Mehrdeutigkeit des Personbegriffs kommt es allerdings nicht selten zu Unklarheiten: Meist wird unter Personalisierung die Individualisierung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen im Sinne der Anpassung an exakt erfassbare biologische Parameter des jeweiligen Individuums verstanden (etwa in der Onkologie). In einem deutlich weiteren, im vorliegenden Beitrag verwendeten Sinn zielt der Begriff Person aber auf eine anthropologische Gesamtschau sowohl der Patient:in als auch der Therapeut:in. Dabei stehen deren jeweilige, also singuläre personale Autonomie und die Art ihrer Begegnung im Vordergrund. Pointierter:

nicht nur zu zitieren, sondern zu konkretisieren, zu „leben“. Auf diesen für unser Fach unverzichtbaren Anspruch werde ich zurückkommen.

### 1.3 Eine „Reise“ durch Zeiten und Perspektiven der Psychiatrie

Eine solche „Reise“ entlang subjektiver Schwerpunktsetzungen verfolgt nicht das Ziel der Vollständigkeit. Wohl aber soll der folgende Einblick in wesentliche ideengeschichtliche Zusammenhänge der Leserin und dem Leser eine vertiefte Annäherung an das Fach Psychiatrie und Psychotherapie nahelegen und erleichtern.

Das auf das Zeitalter der Aufklärung folgende 19. Jahrhundert war, aus der Sicht der jungen Disziplin Psychiatrie betrachtet, von ausgeprägten, ja geradezu extremen Ausschlägen des wissenschaftstheoretischen „Pendels“ geprägt: In den ersten Dekaden fokussierte das Denken der Romantik – in bewusster Absetzung von der an Rationalität und objektivem Wissen orientierten Aufklärung und eingebettet in spekulativ-naturphilosophische Perspektiven<sup>5</sup> – auf solche Elemente der *conditio humana*, die sich nicht unmittelbar beobachten und berechnen lassen, etwa Affektivität, Persönlichkeitsentwicklung, Weltanschauung sowie psychiatrienähere Themen wie Angst, Wahn, Irrationalität, Verlorenheit<sup>6,7</sup>. Aber der Vektor verlief auch umgekehrt:

---

Personale und interpersonale Ebene bedingen sich in einer an Kant orientierten Perspektive gegenseitig (Hoff, 2017).

- 5 Eine zentrale Referenz für die Psychiatrie in der Epoche der Romantik war die Naturphilosophie Friedrich Wilhelm Schellings (1775–1854).
- 6 Eine facettenreiche, gerade im psychiatrischen Kontext lesenswerte Darstellung des Zeitalters der Romantik stammt von der Schriftstellerin und Historikerin Ricarda Huch (1920a, 1920b).
- 7 Herausragende Beispiele für die künstlerische Umsetzung dieses romantischen „Lebensgefühls“ sind die Oper „Lucia di Lammermoor“ von Gaetano Donizetti (1797–1848), die Malerei Caspar

Für die „romantischen Psychiater“, etwa für Johann Christian Heinroth (1773–1843), waren Personen stets eng verbunden mit ihrer Umgebung, ja mit der ganzen Natur und dem Kosmos. Heinroth vertrat vor dem Hintergrund eines christlichen Weltbilds einen person- und biografiebezogenen Ansatz in der Psychiatrie. Dabei hob er die Verantwortung des Individuums für das eigene Verhalten hervor: Eine soziale Normen ignorierende, nur dem eigenen Vorteil dienende Lebensweise etwa berge das Risiko der Entstehung einer – dann teilweise selbst verschuldeten – psychischen Erkrankung.

Diese Nähe psychiatrischer Konzepte zu spekulativen philosophischen Positionen geriet Mitte des 19. Jahrhunderts stark in die Kritik: Hier ragt eine Figur heraus, deren Einfluss auf die Entwicklung unseres Fachs kaum zu überschätzen ist, Wilhelm Griesinger (1817–1868). Sein ideenreiches und differenziertes Werk wird häufig auf die These reduziert, „Geisteskrankheiten“ seien „Gehirnkrankheiten“. Dies wird ihm nicht gerecht. Zwar forderte Griesinger sehr dezidiert, die Psychiatrie solle sich stärker an die empirischen Naturwissenschaften anlehnen und dabei insbesondere das Organ Gehirn erforschen, wenn sie im Konzert der sich etablierenden medizinischen Fächer ernst genommen werden wolle. Daraus folgte für Griesinger aber gerade kein unreflektiert materialistischer Standpunkt, im Gegenteil: Neben der – in heutiger Terminologie – neurobiologischen Ausrichtung habe die Psychiatrie stets die individuell-psychologische sowie die soziale Dimension psychischen Krankseins zu beachten, und zwar klinisch wie wissenschaftlich (Griesinger, 1861; Hoff & Hippus, 2001).

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts rückte die „Gehirnperspektive“ ganz in den Vordergrund, was vorwiegend der raschen Entwicklung naturwissenschaftlicher Bereiche wie

---

David Friedrichs (1774–1840) oder die Werke Ernst Theodor Amadeus Hoffmanns (1776–1822), der ein explizites Interesse an psychopathologischen Phänomenen hatte.

Biologie, Chemie und Anatomie geschuldet war. Für den Wiener Psychiater Theodor Meynert (1833–1892) etwa, dessen „Lehrbuch der Psychiatrie“ den programmatisch vielsagenden Untertitel „Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns“ trug (Meynert, 1884), waren psychische Vorgänge einschließlich so komplexer Phänomene wie der Persönlichkeit und Interpersonalität letztlich identisch mit materiellen Vorgängen im Zentralnervensystem.

Um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert weiteten sich die Perspektiven des Fachs Psychiatrie auf: Es war die Ära der die klinisch-nosologischen Grundlagen des Fachs bis heute prägenden forschenden Kliniker, allen voran Emil Kraepelin (1856–1926) in München und Eugen Bleuler (1857–1939) in Zürich. Kraepelin wollte die extreme Heterogenität der damals vorherrschenden psychiatrischen Krankheitsmodelle überwinden und forderte, darin Karl Ludwig Kahlbaum (1828–1899) folgend, neben der klinischen Symptomatik sei der Langzeitverlauf stärker einzubeziehen. Daraus entstand Kraepelins Zweiteilung der „endogenen Psychosen“ in die, aus seiner Sicht, prognostisch ungünstigere Schizophrenie<sup>8</sup> einerseits und die prognostisch günstigere bipolare Störung<sup>9</sup> andererseits. Eben diese beiden Krankheitsgruppen finden sich auch heute noch in den weltweit etablierten Diagnosemanualen ICD-10<sup>10</sup> (WHO, 1992) und DSM-5 (APA, 2013).

Im Unterschied zu Kraepelin, der deutenden Methoden skeptisch bis ablehnend gegenüberstand, strebte Bleuler am Zürcher Burghölzli gerade die Verbindung der biologischen mit der hermeneutischen Perspektive an. Er war der einzige maßgebliche akademische Psychiater seiner Generation, der sich nachhaltig mit der psychoanalytischen Lehre Sigmund Freuds

(1856–1939) befasste und dessen Methoden anwandte, ausdrücklich auch bei schwer psychotisch erkrankten Personen. International bekannt wurde Bleuler durch die Einführung des Begriffs „Gruppe der Schizophrenien“ als Ersatz für die frühere Bezeichnung „Dementia praecox“. Lange Zeit blieb „Schizophrenie“ ein psychiatrischer Kernbegriff. In den letzten Jahrzehnten aber mehren sich kritische Stimmen, die den Begriff aus wissenschaftlichen Gründen sowie wegen seines Stigmatisierungspotenzials kritisieren und seine Abschaffung fordern (Teartz van Elst, 2017).

Die ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts sahen eine differenzierte, betont interdisziplinäre Grundsatzdiskussion um den Begriff der psychischen Erkrankung und um geeignete therapeutische Interventionen. Die bereits erwähnte Psychoanalyse erlangte dabei nicht nur im medizinischen Feld, sondern in einem breiteren gesellschaftlichen Kontext Bedeutung. Freud wandte sich keineswegs gegen eine (neuro-)biologische Herangehensweise, legte aber den methodischen Schwerpunkt auf Nachvollzug und Interpretation der Schilderungen und Erlebnisweisen der erkrankten Person, wobei er ein komplexes Instanzenmodell der Psyche mit den Ebenen des Über-Ich, Ich und Es entwarf.

Zwischen der Psychoanalyse und der universitären Psychiatrie entstanden nur wenige tragfähige Verbindungen, insbesondere, wie erwähnt, im Werk Eugen Bleulers. Ansonsten überwog die Skepsis. Auch Karl Jaspers (1883–1969), der sich stets für das Offenhalten verschiedener wissenschaftlicher Perspektiven in der Psychiatrie einsetzte, hielt den psychoanalytischen Ansatz für zu weitgehend und zu spekulativ. Jaspers seinerseits prägte mit der im Alter von 30 Jahren verfassten „Allgemeinen Psychopathologie“ (1913) das wissenschaftliche Selbstverständnis des Fachs für Jahrzehnte. Für ihn standen die beiden Zielvorgaben der konsequenten Personenzentriertheit einerseits und der mit (neuro-)biologischen, deskriptiv-psychopathologischen und hermeneutisch-anthropologischen Methoden arbeitenden, auf verallgemei-

8 Kraepelin sprach noch von „Dementia praecox“.

9 In damaliger Terminologie „manisch-depressive Erkrankung“.

10 In abgeschwächter Form gilt diese Feststellung auch für die im Jahre 2022 eingeführte 11. Revision der ICD (ICD-11) (WHO, 2018).

nerbares Wissen abzielenden psychiatrischen Forschung andererseits nicht im Widerspruch – im Gegenteil, sie ergänzten sich sinnvoll.

Die in der Weimarer Zeit aufgeblühte, ebenso lebhaft wie kontroverse Debatte um das Selbstverständnis der Psychiatrie<sup>11</sup> fand ein abruptes Ende nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933. Deren rassistische Ideologie verband sich auf fatale Weise mit den bereits bestehenden Strömungen der Degenerationslehre und der Eugenik: Dies führte nicht nur zu einer Diskriminierung, sondern in letzter Konsequenz zur physischen Vernichtung psychisch erkrankter Menschen. Dieses dunkelste Kapitel in der Geschichte der Psychiatrie wird stets ein Mahnmal dafür bleiben, was durch pseudowissenschaftlich unterlegte Ideologisierung und Radikalisierung geschehen kann.

Nach dem Zweiten Weltkrieg war der neurobiologische Blick auf psychische Erkrankungen durch die Pervertierung wissenschaftlicher Standards in der NS-Zeit für einige Jahre diskreditiert. Dies schuf Raum für den Gegenentwurf der „anthropologischen Psychiatrie“, die sich zwar keineswegs gegen die Bedeutung biologischer Faktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen aussprach, den Schwerpunkt ihrer pathogenetischen und therapeutischen Überlegungen aber an anderer Stelle setzte: Psychische Störungen seien immer *auch* spezifische Ausdrucksformen der *conditio humana*, also bedeutungsvolle Vorgänge im Kontext der jeweiligen Persönlichkeit und Biografie. Sie brächen nicht nur schicksalhaft über das Individuum herein, sondern seien, wie jedes Lebensereignis, eingebettet in einen Bedeutungs- oder Sinnzusammenhang<sup>12</sup>. Einen ähnlichen, wenn

auch stärker auf das konkrete subjektive Erleben als auf eine existenzphilosophische Fundierung abzielenden Zugang zur psychisch erkrankten Person wählte die in den letzten Jahren wieder intensiver diskutierte und erforschte phänomenologische Psychopathologie, die sich auch für einen substanziellen Dialog mit den Neurowissenschaften einsetzt (Fuchs, 2009).

Die Blütezeit der ursprünglichen anthropologischen Psychiatrie war kurz, ihre Rezeption in Fachwelt und Öffentlichkeit nicht nachhaltig. Das mag zum Teil an den oft mühsam zu lesenden, philosophisches Fachwissen voraussetzenden Texten gelegen haben. Bedeutsamer war aber eine in den 1950er Jahren einsetzende Entwicklung, die erneut der neurobiologischen Perspektive starken Auftrieb verlieh: psychotrope Substanzklassen wurden entdeckt und klinisch erforscht, die bis heute die Grundlage der Psychopharmakotherapie darstellen, nämlich Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepine, Lithium. Zusätzlich gewann einige Zeit später die Entwicklung neuer Forschungsmethoden enorm an Dynamik: erwähnt seien die zerebrale Bildgebung durch Computertomografie (CT) und Magnetresonanztomografie (MRT), verfeinerte neurophysiologische Methoden (Elektroenzephalografie, EEG) sowie molekularbiologische und, vor allem, molekulargenetische Techniken, dies alles begleitet von einer exponentiellen Steigerung im Bereich der Rechenleistung von Computern.

Interessanterweise verstärkte sich parallel zu diesem wachsenden neurowissenschaftlichen Fokus der Einfluss einer dezidiert gesellschaftskritischen Perspektive auf die Psychiatrie, freilich ohne dass es damals zu einem nachhaltigen Dialog zwischen beiden Ansätzen gekommen wäre. Die Kritik entzündete sich zunächst an der tatsächlich völlig unzulänglichen Versorgungsrealität in psychiatrischen Großkrankenhäusern, was in der Bundesrepublik Deutschland zur Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags (1975) führte. In deren Gefolge gewannen sozialpsychiatrische Konzepte an Ein-

11 Beispielhaft seien die Arbeiten von Karl Birnbaum (1878–1950), Karl Bonhoeffer (1868–1948), Ernst Kretschmer (1888–1964), Arthur Kronfeld (1886–1941) und Kurt Schneider (1887–1967) genannt.

12 Prägende Vertreter dieser Richtung waren Ludwig Binswanger (1881–1966), Medard Boss (1903–1990), Jürg Zutt (1893–1980) und Wolfgang Blankenburg (1928–2002).

fluss, für die gemeindenahen, also im Lebensumfeld der Betroffenen angesiedelte psychiatrische Angebote von zentraler Bedeutung waren<sup>13</sup>.

Jenseits versorgungspraktischer Fragen stellt die Antipsychiatrie der 1960er und 1970er Jahre das Fach Psychiatrie sehr grundsätzlich infrage<sup>14</sup>: es sei viel zu eng am medizinischen Modell von Erkrankungen orientiert, unterschätze dadurch die subjektive und soziale Seite psychischen Krankseins markant und erweise sich – speziell mit Blick auf Zwangsmaßnahmen wie Unterbringung oder Behandlung gegen den Willen der betroffenen Person – weit eher als soziale Kontrollinstanz denn als personenzentrierte therapeutische Disziplin.

Eine solch fundamentale Kritik an einem ganzen Fachgebiet findet sich in der Medizin nicht häufig. Dies zeigt, wie untrennbar die Psychiatrie mit gesellschaftlichen Prozessen verbunden ist und wie dringend sie sich mit dieser Schnittstelle auseinandersetzen muss. Indirekt folgt daraus auch, dass eindimensionale Betrachtungsweisen dem „Gegenstand“ der Psychiatrie, der ja gerade *kein Gegenstand*, sondern die *psychisch erkrankte Person* ist, nicht gerecht werden können.

In die gleiche Richtung weist der mittlerweile breite fachliche Konsens, dass die bis gegen Ende des 20. Jahrhunderts oft praktizierte Trennung von psychiatrischer und psychotherapeutischer Perspektive weder theoretisch noch mit Blick auf die Behandlungsqualität Sinn macht. Psychotherapeutische Curricula unterschiedlicher methodischer Provenienz haben umfassend, wenn auch je nach Land oder

Region unterschiedlich akzentuiert, in die Facharztweiterbildung Eingang gefunden – mit positiven Folgen für das Selbstverständnis des nunmehr „Psychiatrie und Psychotherapie“ genannten Fachgebietes<sup>15</sup>.

## 1.4 Psychiatrie und Psychotherapie im 21. Jahrhundert

Die Psychiatrie wird auch im 21. Jahrhundert das wissenschaftlich anspruchsvolle und persönlich herausfordernde Fach bleiben, das sie immer war – ein Fach allerdings, welches sich der Frage seiner professionellen Identität stets aufs Neue stellen muss (Sass et al., 2019). Ich möchte dies an vier konkreten Themenfeldern illustrieren und damit zugleich zeigen, dass die zuvor skizzierte Ideengeschichte weit mehr ist als ein bloßes Bündel historischer Reminiszenzen, sondern dass sie bei der Gestaltung eines wirksamen Reflexionsraums für die zukünftige Entwicklung des Fachs wertvolle Orientierungshilfen bieten kann.

### 1.4.1 Die heutige Psychiatrie zwischen Neurowissenschaft, Digitalisierung und Personenzentriertheit

Das „bio-psycho-soziale Modell“ psychischer Erkrankungen (Engel, 1977) hat mittlerweile Eingang in nahezu alle psychiatrischen Lehrbücher gefunden. Einerseits ist dies erfreulich, reflektiert es doch die Anerkennung der unabweisbaren Mehrdimensionalität unseres Fachs. Andererseits bestehen Risiken, weswegen dieses Modell in jüngerer Zeit zunehmend unter Kritik geriet (Ghaemi, 2009): Wenn „bio-psycho-sozial“ nämlich bloß die additive Koexistenz dreier wissenschaftlicher Perspektiven

13 Diesen Grundgedanken hatte Wilhelm Griesinger bereits Mitte des 19. Jahrhunderts energisch vertreten, indem er die Einrichtung von „Stadtasylen“ forderte. Zum heute vor allem in urbanen Zentren bestehenden differenzierten Angebot gehören Ambulatorien, Tages- und Nachtkliniken, „Supported Employment“ und verschiedene aufsuchende Dienste (z. B. „Home Treatment“).

14 Prägende Figuren waren etwa Thomas Szasz (1920–2012), Robert Laing (1927–1989) und David Cooper (1931–1986).

15 Die meist ähnliche gelagerte Diskussion zur Weiterbildung anderer in der Psychiatrie tätiger Berufsgruppen, etwa der Psycholog:innen, kann hier aus Platzgründen nicht erörtert werden.

ohne wechselseitigen Austausch meint, so schafft dies ebenso wenig Raum für fruchtbare neue Konzepte, wie wenn es zum eigentlichen Ziel wird, eine oder zwei der Perspektiven durch die dritte in gleichsam hegemonialer Weise zu ersetzen, „wegzuerklären“<sup>16</sup>.

Begreift man das Modell hingegen als ausdrückliche Aufforderung zu einem kritisch-konstruktiven Austausch der Perspektiven untereinander, eröffnet es vielversprechende Optionen. Dies lässt sich gut am Beispiel zunehmend an Einfluss gewinnender neuer Forschungsfelder illustrieren: Zunächst ist hier die soziale Neurowissenschaft (Social Neuroscience) zu nennen, die neurobiologische Labormethoden mit der sozialen Lebenswelt in eine empirische fassbare Verbindung bringen will. Mit dieser eng verknüpft ist der Ansatz der „Computational Psychiatry“ (Heinz, 2017), die mit extrem großen Datenmengen (Big Data) neue Zusammenhänge zu entdecken sucht, die mit kleineren Stichproben nicht erkennbar wären. Beide Forschungsfelder haben mit Phänomenen aus allen drei Domänen des bio-psycho-sozialen Modells zu tun. Dass es sich hierbei keineswegs „nur“ um eine abstrakte methodische Fachdebatte handelt, zeigt sich daran, dass zwei in diesem Kontext entstandene Initiativen, „Research Domain Criteria“ (RDoC) (Insel et al., 2010) sowie „Hierarchical Taxonomy of Psychopathology“ (HiTOP) (Kotov et al., 2017), keinen geringeren Anspruch erheben als denjenigen, eine neue psychiatrische Nosologie und Diagnostik zu schaffen – mit entsprechend markanten Konsequenzen für das praktische psychiatrische Handeln.

Diese neuen Ansätze haben viel Potenzial. Aber auch für sie gilt, dass die Grenzen ihrer Aussagekraft reflektiert werden müssen. Wo bleiben, so fragen kritische Stimmen, bei einer betont neurowissenschaftlich orientierten Psychiatrie, die sich auf „Big Data“ und deren Ver-

arbeitung mithilfe komplexer, lernfähiger Algorithmen („Deep Learning“) abstützt, die Ebene des subjektiven Erlebens, die kulturelle Einbettung psychopathologischer Phänomene und der Stellenwert der personalen Autonomie (Kirmayer, Lemelson & Cummings, 2015; Mezzich et al., 2016)? Prägnant verkürzt: Nur wenn es gelingt, das bio-psycho-soziale Modell zukünftig zur Basis substanzieller Dialoge zwischen den drei Domänen aufzuwerten, wird sein Potenzial auszuschöpfen sein (Hoff et al., 2020). Anderenfalls droht es zum bloßen Schlagwort zu erstarren, das konstruktives Weiterdenken allenfalls sogar behindert.

#### 1.4.2 Evidenzbasierte und wertbasierte Medizin

In den letzten Jahrzehnten ist es gelungen, die beiden Bereiche der wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnisse einerseits und der konkreten klinischen Entscheidungsfindung andererseits einander systematisch anzunähern. Der programmatische Oberbegriff lautet „evidenzbasierte Medizin“ und steht für einen markanten Fortschritt, vor allem mit Blick auf die Qualitätssicherung medizinischen Handelns. Dieses erschöpft sich aber nicht in einer gleichsam technischen Anwendung evidenzbasierter Leitlinien und Behandlungsempfehlungen, sondern bezieht notwendigerweise den jeweiligen Werthorizont der Patient:in, aber auch der Ärzt:in ein. Die konsequente und gemeinsame Verankerung der komplementären Ebenen „Evidenzen“ und „Werte“ in der Behandlungspraxis – im englischen Sprachraum seit Jahrzehnten intensiv diskutiert und beforscht (Fulford, 1989) – ist eine wesentliche Aufgabe, der sich das psychiatrisch-psychotherapeutische Feld vermehrt stellen muss. Dieser Anspruch ist allerdings hoch, treffen hier doch unterschiedliche Denktraditionen und -stile aufeinander. Doch belegen gerade heikle klinische Situationen – etwa die Anwendung von Zwangsmaßnahmen oder die Problematik des

16 Ein solches „Wegerklären“ entspräche in wissenschaftstheoretischer Diktion einem „Reduktionismus“.

assistierten Suizides von Menschen mit einer psychischen Erkrankung – immer wieder neu, wie entscheidend eine offene und mehrdimensionale Debatte ist.

### 1.4.3 Zwangsmaßnahmen, die Achillesferse der Psychiatrie

Medizinische Zwangsmaßnahmen, etwa die fürsorgliche Unterbringung (FU)<sup>17</sup> oder die chefärztlich angeordnete Behandlung ohne Zustimmung<sup>18</sup>, stellen die heutige, am Autonomiebegriff und an einer therapeutischen Beziehung auf Augenhöhe orientierte Psychiatrie vor ein gewichtiges Problem. Sie sind die eigentliche Achillesferse des Fachs, das diesbezüglich häufig markanter Kritik ausgesetzt ist und dessen öffentliche Wahrnehmung in nicht selten klischeehafter Weise von dieser Thematik geprägt wird.

Nun liegt dazu mittlerweile eine beeindruckend vielfältige wissenschaftliche Literatur einschließlich ausformulierter medizinethischer Richtlinien vor<sup>19</sup>; auch besteht ein breiter Konsens, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Patientenverfügungen, Behandlungsverträge und, generell, durch eine personalisierte gesundheitliche Vorausplanung ihre Ziele und Wertvorstellungen wirksam in therapeutische Entscheidungen einbringen sollten. Und dennoch: Diese Debatte wird nie abgeschlossen und das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge immer wieder neu zu reflektieren sein. Gerade weil dies eine markante Herausforderung für das Selbstverständnis der Psychiatrie bleiben wird, muss sich das Fach selbst – auf den Stationen, in den Pra-

xen, im Forschungslabor – mit diesen Fragen beschäftigen. Sie können nicht vollständig an Nachbardisziplinen wie Ethik oder Jurisprudenz delegiert werden (Hoff, 2019).

### 1.4.4 Gelebte Interprofessionalität und berufliche Identität: kein Widerspruch

Die beeindruckende Binnendifferenzierung, die das psychiatrisch-psychotherapeutische Feld in der jüngeren Vergangenheit erlebt hat, brachte eine wesentliche Erkenntnis mit sich: Will das Fach im 21. Jahrhundert seinen eigenen diagnostischen und therapeutischen Qualitätsmaßstäben genügen, so ist es auf die patientenbezogene und nachhaltige Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen angewiesen. Weil in diesem Kontext oft polarisierende Vereinfachungen anzutreffen sind, muss auf ein mögliches Missverständnis hingewiesen werden: Die substanzielle interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) schließt ein stabiles Selbstverständnis der einzelnen Berufe keineswegs aus – IPZ heißt eben nicht, dass alle alles machen und sich berufliche Profile verwässern, sondern, ganz im Gegenteil, dass die professionelle Identität als Ärzt:in, Psycholog:in, Pflegefachperson, Ergotherapeut:in oder Sozialarbeiter:in im Team deutlich erkennbar wird. Von herausragender Bedeutung ist dies hinsichtlich der Nachwuchsrekrutierung, sei es im Bereich der Patientenversorgung oder der Forschung: Ein anregendes, herausforderndes und spezifisches Tätigkeitsprofil – und nicht ein „anything goes“ – ist es, was junge Kolleginnen und Kollegen zu der Entscheidung führt, den ärztlichen, psychologischen, pflegerischen oder sozialarbeiterischen Beruf zu ergreifen.

Pointiert gesagt: In einer modernen Psychiatrie bedingen sich gelebte Interprofessionalität und berufliche Identität gegenseitig. Natürlich wirft dies berufspolitische, rechtliche und organisatorische Fragen auf, von denen viele noch nicht hinreichend beantwortet sind.

17 Art. 426 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB).

18 Art. 434 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB).

19 So etwa die entsprechenden Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2015).