

C. Krause-Girth

## Einhundert Jahre Psychotherapie und Sozialpsychiatrie in Deutschland – Wie hat das die Psychiatrie verändert? \*

**Zusammenfassung** Der Rückblick auf ein Jahrhundert Sozialpsychiatrie und Psychotherapie bildet den Hintergrund zur Beschreibung der aktuellen sich verändernden Situation von Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Es zeigt sich, dass die beginnende Integration der Psychotherapie nicht Ausdruck eines grundsätzlichen Paradigmenwechsels weg vom medizinischen Krankheitsmodell und eine Integration psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Denkmodelle in die Psychiatrie darstellt. Vielmehr dominieren nach wie vor pharmakologische Behandlungsmethoden insbesondere bei Menschen mit geringer Bildung und niedrigem sozialen Status. Eine Zukunftsaufgabe zu Beginn des Jahrhunderts bleibt die Integration sozialpsychiatrischer und psychotherapeutischer Denkweisen in Theorie und Praxis der Psychiatrie so, dass der kranke Mensch zum Subjekt in der Kooperation mit Professionellen wird.

**Schlüsselwörter:** Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Historische Entwicklung von Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychiatrie.

### **Hundred years of psychotherapy and social psychiatry in Germany – how did that change psychiatry?**

**Abstract** In order to understand the specific relation between psychotherapy and psychiatry in Germany today, the development of psychotherapy and social psychiatry in the last century is described. It can be shown that the beginning integration of psychotherapy and the realization of many social psychiatric aims by the community psychiatry did not change the underlying biological paradigm and the dominance of pharmacological treatment methods especially for those mentally ill people with lower education and income. So it remains a task for social psychiatry as for psychotherapists especially psychoanalysts in the new century, to integrate their ways of thinking and treatment in psychiatry and mental health services in order to humanize psychiatry, to develop forms of cooperation with patients and to fulfill the demands of people with psychiatric diseases and their families for an autonomous life in dignity.

**Keywords:** Social psychiatry and psychotherapy, psychiatry and psychotherapy, historical development of psychiatry, psychoanalysis and psychotherapy.

### **Un siècle de psychothérapie et de sociopsychiatrie en Allemagne – quelle a été son influence sur la psychiatrie ?**

**Résumé** S'il est exact qu'en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle on s'accorde pour considérer que pour tenir compte des dimensions multifactorielles des troubles, la psychiatrie doit offrir une forme de traitement associant des soutiens psychothérapeutique, social et biologique-pharmacologique, il n'en reste pas moins que les sciences sociales et la psychothérapie ne fondent pas à parts égales la démarche psychiatrique. La sociopsychiatrie et la psychanalyse existent depuis cent ans. Ont-elles réussi à influencer la psychiatrie de manière importante ?

Au cours des cent dernières années la psychiatrie a continué à s'appuyer essentiellement sur une pensée de type biologie/sciences naturelles. La découverte des médicaments psychotropes, il y a juste cinquante ans, n'a fait que renforcer cette tendance. Simultanément, ce sont ces psycholéptiques qui permettent souvent à la sociopsychiatrie d'atteindre son objectif: la réinsertion des malades souffrant de troubles psychiques dans la société, par le biais d'un traitement psychiatrique offert au niveau local. En Allemagne cette démarche a été amorcée il y a vingt-cinq ans, avec «l'enquête sur la psychiatrie» – un rapport adressé au gouvernement fédéral, concernant la situation de l'offre en psychiatrie et en psychothérapie et

\* Überarbeitete Fassung eines Vortrages auf dem Weltkongress für Psychotherapie in Wien am 5. 7. 1999. Stavros Mentzos, meinem Lehrer, gewidmet.

demandant de vastes réformes. Depuis, une bonne partie des objectifs fixés a été réalisée : offre ambulatoire plus importante (et moins d'hospitalisations), par exemple, ou mise en place de divers services à proximité du domicile des patients (services de consultation, cliniques de jour, homes d'accueil, etc.).

Ce n'est que récemment que des formes psychothérapeutiques de traitement ont été progressivement intégrées dans la psychiatrie. Bien que comparée au reste de l'Europe, l'Allemagne accorde une place relativement importante à la psychothérapie dans le contexte de la santé publique (médecine et offre pratique) et qu'on y ait commencé dans les années vingt déjà à traiter les psychoses par une approche analytique, les personnes souffrant de troubles psychiques n'y reçoivent un traitement psychothérapeutique que dans des cas exceptionnels. Il est probable que le fait que la psychothérapie ait longtemps joué un rôle marginal en psychiatrie a contribué à ce qu'elle s'établisse en tant que discipline indépendante, hors de cette dernière.

Nous présentons un bref historique du développement de la sociopsychiatrie et de la psychanalyse/psychothérapie en Allemagne, en vue de rendre plus intelligible la situation dans laquelle s'y trouve actuellement la psychiatrie (et la psychothérapie). Au XXe siècle ces deux disciplines ont fourni des impul-

sions décisives lorsqu'il s'est agi d'humaniser la psychiatrie et de revoir son paradigme scientifique. Ces données permettent de comprendre les rapports – encore tendus – qui lient dans notre pays la psychiatrie institutionnalisée, la psychosomatique, la psychothérapie et le mouvement sociopsychiatrique, ce dernier prenant en compte à la fois les patients et leurs familles. Aujourd'hui, les médecins qui veulent acquérir le titre de « spécialiste en psychiatrie » doivent faire une formation en psychothérapie ; d'autre part, les psychothérapeutes psychologues ou médecins doivent avoir un an de formation dans la nouvelle branche « psychiatrie et psychothérapie ». Bien que la psychothérapie soit maintenant intégrée à la formation, au niveau de la recherche et de la pratique de la psychiatrie les approches de types béhavioriste et psychoéducatif dominant. Le modèle de la maladie appliqué par la psychiatrie biologique, avec ses tendances à l'objectivisme, et les exigences d'une « evidence based medicine » sont relativement bien compatibles avec ces courants. Pourtant, les spécialistes qui ont une longue expérience de la psychiatrie préféreraient sans doute que ce soient les courants de types psychodynamique et subjectiviste qui trouvent leur place en psychiatrie – pour leurs praticiens, il est plus important de comprendre les troubles que de les éliminer.

*„Sie werden mir zugeben, dass im Wesen der psychiatrischen Arbeit nichts liegt, was sich gegen die psychoanalytische Forschung sträuben könnte. Die Psychiater sind's also, die sich der Psychoanalyse widersetzen, nicht die Psychiatrie.“*

Sigmund Freud, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1916/17)

Wenngleich zum Beginn dieses neuen Jahrhunderts weitgehend Einigkeit darüber besteht, dass die Psychiatrie dem multifaktoriellen Krankheitsgeschehen nur durch ein mehrdimensionales Behandlungsangebot von psychotherapeutischen, sozialen und biologisch-pharmakologischen Hilfen gerecht werden kann, so ist doch unverkennbar, dass Sozialwissenschaften und Psychotherapie keine gleichgewichtigen Grundlagen psychiatrischen Handelns darstellen. Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse können auf eine hundertjährige Geschichte zurückblicken. Haben sie die Psychiatrie grundlegend verändern können?

Das biologisch-naturwissenschaftliche Denken ist das zentrale Fundament der Psychiatrie im letzten Jahrhundert geblieben. Es wurde durch die Entdeckung der Psychopharmaka vor knapp fünfzig Jahren noch verstärkt. Gleichzeitig lieferten Psychopharmaka die Voraussetzung zur weitgehenden Umsetzung des sozialpsychiatrischen Zieles: Rückkehr psychisch Kranker in die Gesellschaft durch eine Psychiatrie in der Gemeinde. Diese begann in Deutschland vor fünfundzwanzig Jahren mit der „Psychiatrie-Enquete“. Wenngleich schon viel früher mit der vor allem analytischen Psychotherapie von Psychosen begonnen wurde, findet die

Integration psychotherapeutischer Behandlungsformen in die Psychiatrie erst jetzt langsam statt. Obwohl die Psychotherapie in Deutschland eine für Europa einmalige Verbreitung in Medizin und praktischer Gesundheitsversorgung gefunden hat, wurden Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen nur in Ausnahmefällen psychotherapeutisch behandelt. Vermutlich hat gerade die lange Zeit marginale Rolle in der Psychiatrie die Entwicklung der Psychotherapie zu einem eigenständigen Fachgebiet gefördert.

Um die Situation der deutschen Psychiatrie (und Psychotherapie) heute verstehbar zu machen, soll kurz auf die Entwicklung der beiden Disziplinen eingegangen werden, von denen im letzten Jahrhundert die entscheidenden Impulse zur Humanisierung der Psychiatrie und Infragestellung ihres objektwissenschaftlichen Paradigmas ausgingen: Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse/Psychotherapie. Erst vor diesem Hintergrund wird das nach wie vor sehr spannungsreiche Verhältnis zwischen der institutionalisierten Psychiatrie, der Psychosomatik und Psychotherapie und der sozialpsychiatrischen Bewegung, die die psychisch Kranken und ihre Angehörigen einschließt, in unserem Land verständlich.

### Sozialpsychiatrie in Deutschland

Vorweg sei bemerkt, dass die Begriffe Soziale Psychiatrie und Sozialpsychiatrie in der deutschen Sprache nebeneinander existieren und „in unscharfer Differenzierung verwendet“ werden (Pribe und Schmiedebach, 1997, S. 3).

Als Teilgebiet der sozialen Medizin entwickelte sich Soziale Psychiatrie zu Anfang des 20. Jahrhunderts mit dem Ziel, eine „Psychiatrie außerhalb der Anstalten“ (Fischer, 1911) möglich zu machen. Dieser Anspruch hatte eine veränderte Sichtweise der Psychiatrie zur Folge: „Ohne Erforschung der sozialen Ursachen und ohne sozial-medizinisches Handeln, besonders auch in der Prophylaxe und Hygiene, also ohne soziale Psychiatrie keine Psychiatrie.“ (Fischer, 1919, zitiert nach Finzen und Hoffmann-Richter, 1997, S. 7).

Demgegenüber beschrieb Julius Raecke 1921 in einer bis heute gültigen Weise den Unterschied zwischen klinischer und sozialer Psychiatrie, die er als besondere Richtung mit einem eigenen wissenschaftlichen und fürsorglichen Profil ausstatten wollte:

„Die klinische Psychiatrie macht den einzelnen Geistesgestörten zum Gegenstand ihres Studiums, wie er ihr losgelöst von den Beziehungen zur Außenwelt in der Anstalt entgegentritt, erhebt nur insoweit seine Anamnese, als es für die Gewinnung von Diagnose und Therapie erforderlich scheint.“ Die soziale Psychiatrie richtet dagegen „gerade auf die gesamten Beziehungen des Geistesgestörten zur Umwelt ihre Hauptaufmerksamkeit, also auf seine Beziehung zur Familie, Schule, Beruf, Rechtspflege, Kunst, Wissenschaft, Literatur, Religion, Politik. Nicht nur wie die Außenwelt auf ihn gewirkt hat ist zu erforschen, vielmehr unterliegt auch die Art seiner Rückwirkung auf die Gesellschaft dem Studium der sozialen Psychiatrie ...“ (zitiert nach Priebe und Schmiedebach, 1997, S. 5 f).

Während also die klinische, wie die biologische Psychiatrie den Patienten als Untersuchungs- und Behandlungsobjekt sieht, stellt die Sozialpsychiatrie Beziehungen und Handlungen des kranken **Subjekts** in den Vordergrund von Ursachenforschung und Intervention.

Im Verlauf der Zwanziger Jahre erfuhr die soziale Psychiatrie eine zunehmende Durchsetzung mit rasenhygienischen Inhalten, bis schließlich die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ im Zuge der sog. Euthanasie als sozialhygienische Maßnahme propagiert wurde. In der Folge wurden während der Zeit des Nationalsozialismus über 100.000 psychisch Kranke systematisch ermordet und mindestens 300.000 zwangssterilisiert (aufgrund des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1934). Viele Tausende starben durch unzureichende Versorgung an Hunger und Krankheiten (Finzen, 1996).

Unter Ausblendung dieser Fakten funktionierte die Anstaltspsychiatrie nach dem Krieg zunächst unverändert weiter. Erst im Zuge der Reformbewegungen der sechziger Jahre und angeregt durch die Entwicklung in anderen Ländern verbreiteten sich langsam wieder sozialpsychiatrische Ideen.

Insbesondere engagierte Beschäftigte aus der Psychiatrie und Studierende forderten die Verankerung einer gemeindenahen Psychiatrie in der Versorgung, aber auch in Lehre und Forschung.

Zu Beginn der 70er Jahre wurden Abteilungen und Professuren für **Sozialpsychiatrie** eingerichtet in Abgrenzung zu der mit Rassenhygiene verbundenen **sozialen Psychiatrie** (vgl. Priebe und Schmiedebach, 1997).

Erst jetzt begann die zögerliche Auseinandersetzung mit der Psychiatrie im Nationalsozialismus.

Als Teilbereich psychiatrischer Wissenschaft hat die Sozialpsychiatrie eine eher unbedeutende Existenz. Kritisch muss gesagt werden, dass es nicht gelungen ist, eine eigene wissenschaftliche Disziplin mit einer entwickelten Theorie und Forschung zu werden. Während die biologische Psychiatrie an den Universitäten in den letzten 50 Jahren zunehmend Bedeutung gewann, fristeten sozialpsychiatrische Abteilungen ein Schattendasein und konzentrierten ihre schmalen Forschungsansätze auf die Praxis im Umgang mit der Schizophrenie. Weder wurde eine handlungsleitende spezifische sozialpsychiatrische Theorie noch ethische Grundlagen für psychiatrisches Handeln entwickelt (Wolter-Henseler, 1998; Finzen und Hoffmann-Richter, 1999).

Für die praktische Weiterentwicklung der Psychiatrie war die sozialpsychiatrische Bewegung jedoch entscheidend. Sie verurteilten öffentlich die menschenunwürdigen Lebensbedingungen von psychisch Kranken in den Anstalten. Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 1970 in Hamburg (DGSP), in der von Anfang an alle an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen vertreten waren, verband das Ziel der Rückkehr psychisch Kranker in die Gesellschaft mit der Kritik an der herrschenden Psychiatrie. Der Begriff Sozialpsychiatrie, so Dörner, (einer ihrer führenden Vertreter) wurde als kritischer Begriff verstanden, „als Protest gegen eine Psychiatrie, die ihrem Anspruch nicht entspricht, dem Anspruch, den Bedürfnissen der psychisch Leidenden gerecht zu werden“ (Dörner, 1972, S. 8).

1971 setzte die Bundesregierung eine Sachverständigenkommission ein, die 1975 den Bericht über die „Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“, kurz Psychiatrie-Enquete genannt, vorlegte. Die dort formulierten Forderungen nach einer gemeindenahen bedarfsgerechten umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten in Standardversorgungsgebieten, Abbau der stationären Versorgung durch Verkleinerung und Auflösung psychiatrischer Krankenhäuser zugunsten des Aufbaus ambulanter stationärer, teilstationärer und komplementärer Dienste, sowie durch Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser und die Gleichstellung von psychisch mit körperlich Kranken wurden in den letzten 25 Jahren durch Einführung einer flächendeckend gemeindenahen Psychiatrie weitgehend realisiert und damit viele institutionelle Forderungen der Sozialpsychiatrie.

Im Verlauf dieses Prozesses veränderte sich auch die Haltung der Sozialpsychiatrie zur Psychotherapie. Während sie zu Beginn eher kritisch bis ablehnend war, wird heute von psychiatrischen Mitarbeitern eine professionelle Beziehungsgestaltung gefordert und der verstärkte Einsatz psychotherapeutischer und psychoanalytischer Methoden in der gesamten Psychiatrie eher befürwortet.

Heute gilt das Interesse nicht nur „einer Psychotherapie im engeren Sinne, sondern auch einer berufsgrup-

penübergreifenden Durchdringung möglichst aller psychiatrischen Hilfeangebote mit einer psychotherapeutischen Grundhaltung“ (Firmenburt und Geißler, 1998, S. 2).

In die Praxis umgesetzt wird diese Forderung durch Fortbildung von Mitarbeitern und/oder Team-Supervision, vor allem psychoanalytischer und systemtheoretischer Orientierung.

Inzwischen gibt es Arbeitsgruppen mit dem Ziel, psychotherapeutische Psychiatrie auf psychodynamischer Grundlage zu praktizieren – zum Beispiel die „Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft psychodynamische Psychiatrie“ (Heltzel, 1997). Die zunehmende Akzeptanz der Psychotherapie in der sozialpsychiatrischen Bewegung liegt nicht zuletzt an den Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen, der die Sozialpsychiatrie wichtige Impulse zu verdanken hat. Seitdem sie sich in Bundesverbänden zusammengeschlossen haben (1985 die Angehörigen, 1992 die Psychiatrie-Erfahrenen), findet eine neue kritische Diskussion über psychiatrische Praxis statt: der Dialog, bei dem Betroffene, Angehörige und Fachleute miteinander diskutieren, ist zu einem Wesensmerkmal der sozialpsychiatrischen Bewegung geworden.

Die Psychiatrie-Erfahrenen fordern ein Mitspracherecht bei Planung, Durchführung und Beurteilung von therapeutischen und rehabilitativen Aktivitäten. Sie wollen nicht länger Objekt von ohne sie geplanten Reforminitiativen und Behandlungen sein, sondern Subjekte der Psychiatrie. Sie wollen nicht mehr behandelt werden, sondern mit den psychiatrisch Tätigen verhandeln (zum Beispiel über Behandlungsvereinbarungen). Sie möchten ausreichend informiert und an Entscheidungen beteiligt werden. Die Psychiatrie-Erfahrenen machen heute darauf aufmerksam, dass wesentliche Grundbedürfnisse nach Arbeit, humanen Wohnbedingungen und materieller Grundsicherung keineswegs überall erfüllt sind, ebensowenig das Bedürfnis nach Therapie statt Psychopharmaka. Nach wie vor erleben sie Psychotherapie als Privileg der weniger schwer Erkrankten, besser Gebildeten, sozial Integrierteren. Je geringer der soziale Status und je schwerer die Erkrankung, desto eher beschränkt sich ihre Behandlung auf Psychopharmaka und administrative Tätigkeiten. Auch das sozialpsychiatrische Ziel der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (Behandlungen gegen den Willen der Betroffenen) konnte nicht nur nicht erreicht werden, die Zahl der Zwangseinweisungen hat seit Beginn der Psychiatriereform zugenommen (Bruns, 1986, 1993).

Aus einer psychoanalytischen Perspektive lassen sich Zwangsmaßnahmen wie der erhöhte Verbrauch an sedierenden und neuroleptischen Psychopharmaka teilweise auf die fehlende psychologische oder interaktionale Theorie der Sozialpsychiatrie und die fehlende Professionalisierung, d.h. auch therapeutische Qualifizierung und Supervision der Mitarbeiter zurückführen.

Die psychoanalytische „Übersetzung“ von Problemen und Rückschritten in der sozialpsychiatrischen Praxis untermauert die Forderungen der Psychiatrie-Erfahrenen Menschen nach Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie.

## Psychoanalyse, psychotherapeutische Versorgung und die Psychiatrie

Die Psychoanalyse und damit der Beginn der wissenschaftlichen Psychotherapie auch der Psychosen wurde von der offiziellen deutschen Psychiatrie nur zögernd zur Kenntnis genommen (vgl. Winkler, 1982, S. 12). Durch das häufige Vorkommen sogenannter Kriegsnerven während des Ersten Weltkrieges verstärkte sich jedoch das Interesse an Psychotherapie und deren Einfluss auf psychiatrische Erklärungs- und Behandlungsmodelle nahm ab den Zwanziger Jahren zu. Es erschienen mehrere Lehrbücher von Psychiatern über Psychotherapie (Schulz, 1918; Kronfeld, 1925; Birnbaum, 1930) und im Jahre 1926 fand (in Baden-Baden) der erste allgemeine ärztliche Kongress für Psychotherapie unter Beteiligung vieler Psychiater statt. Ein Jahr später wurde die (heute noch bestehende) Allgemeine ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) gegründet, deren Vorsitzender später der Psychiater Ernst Kretschmer wurde.

Der Nationalsozialismus mit der Verfemung der Psychoanalyse, der Emigration und Ermordung jüdischer Psychoanalytiker, der Auflösung ihrer Verbände und der ersten Psychoanalytischen Poliklinik, in der seit 1920 kostenlos analytische Behandlungen durchgeführt wurden (Bannach, 1971), beeinträchtigte zusammen mit der Förderung ganzheitlicher Psychotherapie unter faschistischem Vorzeichen im Rahmen des „Göring-Institutes“ in Berlin die Weiterentwicklung der Psychotherapie nachhaltig.

Der Wiederaufbau psychoanalytischer Institute Ende der 40er, Anfang der 50er Jahre vollzog sich weitgehend unabhängig von der Psychiatrie, die lange Jahre geradezu psychotherapie-feindlich einem naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell folgte (Potthoff, 1997, S. 9).

Die Ablehnung von Seiten der offiziellen Psychiatrie aber auch die bewusste Distanz ihrer Vertreter zur Psychiatrie und ihrer Vergangenheit war ein wichtiges Fundament zur Entwicklung einer weitgehend unabhängigen Identität der Psychoanalyse in Deutschland. Innerhalb der Medizin konnte sie das Feld der Psychosomatik zunächst weitgehend besetzen.

1946 wurde das Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen der Versicherungsanstalt Berlin gegründet, in dem erste wissenschaftliche Überprüfungen der Effektivität ambulanter tiefenpsychologischer Behandlungen stattfand (Dührssen, 1962; Dührssen und Jorswieck, 1965). Die Forschungsergebnisse bildeten die Grundlage für die Einführung der sog. Richtlinien-Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung 1967, durch die seither ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse auf Kosten der Krankenversicherung ambulant durchführen können. Erst 1987 wurde die Verhaltenstherapie als weiteres Verfahren zugelassen (Janssen, 1993).

Seit Ende der 40er Jahre entstanden psychosomatisch-psychotherapeutische Kliniken, die im Unterschied zu den übrigen medizinischen Kliniken, dem multifaktoriellen Krankheitsmodell durch ein integratives und interdisziplinäres Angebot an psychothera-

peutischen, sozialen und körpertherapeutischen Maßnahmen Rechnung trugen. Die Entwicklung solcher zum Teil hochspezialisierter psychosomatischer Fachkliniken erfolgte zunächst vorwiegend auf der Basis tiefenpsychologischer Modelle. Ab den Achtzigerjahren kamen verhaltenstherapeutisch orientierte Kliniken hinzu. Die stationäre Psychotherapie wurde weit mehr als der ambulante Bereich zum Gegenstand ausführlicher wissenschaftlicher Untersuchungen, was wesentlich zum Erkenntnisfortschritt im Bereich der Psychotherapie beigetragen hat.

Zum Ende der 80er Jahre gab es in Deutschland mehr hochspezialisierte Fachkliniken als in West- und Osteuropa zusammen (Schepank, 1987). In den über Hundert solcher psychotherapeutischen Kliniken steht Patienten aller Schichten und Bildungsniveaus durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen (wie Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten, Krankenschwestern und Pfleger) mit verschiedenen Qualifikationen ein vielfältiges Therapieangebot zur Verfügung. Therapeuten unterschiedlichster Methoden und Ausgangsberufe fanden hier gute Arbeitsmöglichkeiten, z.B. Kunst- und Gestalttherapeuten, Musiktherapeuten, Tanz- und Bewegungstherapeuten, Gestalt-, Psychodrama-, Bioenergetik-Therapeuten und Transaktionsanalytiker.

Den Sparmaßnahmen im Zuge der sogenannten Gesundheitsreformgesetze in den Neunziger Jahren fielen jedoch eine Reihe psychotherapeutische Fachkliniken zum Opfer, sodass die Beschäftigungsmöglichkeiten rückläufig sind,

Für alle Ärzte gab es seit 1957 die Möglichkeit, im Rahmen einer privaten Weiterbildung den Zusatztitel Psychotherapie zu erwerben, der auch zur Niederlassung berechtigte (seit 1978 berechtigt der Zusatztitel Psychoanalyse zur Behandlung mit analytischer Psychotherapie).

Psychiater mit einer psychoanalytischen Ausbildung verließen häufig die Psychiatrie und ließen sich als Psychotherapeuten nieder. Dies lag nicht nur an den besseren Arbeitsbedingungen, sondern beruhte auch auf der Erfahrung, dass psychiatrisches und psychotherapeutisches Handeln unterschiedliche, für viele schwer vereinbare Haltungen beinhaltet, die das unterschiedliche Menschenbild widerspiegeln. Während die Haltung des Psychotherapeuten eher zurückhaltend, sensibel, empathisch, selbstreflexiv und auf das Individuum zentriert ist, besteht in der Psychiatrie ein starker Handlungsdruck, der oft mit einer patriarchalisch – fürsorglich – versorgenden Haltung und administrativem Handeln verbunden ist und die Patienten zu Behandlungsobjekten macht.

Hinzu kam, dass sich die berufsbegleitende Psychotherapieausbildung in psychoanalytischen Instituten außerhalb der Kliniken nahezu ausschließlich auf neurotische Erkrankungen beschränkte und nicht auf die Arbeit mit psychiatrischen (psychotischen oder Borderline-) Patientinnen und Patienten vorbereitete. Wenngleich die Psychotherapie von Psychosen auf analytischer Grundlage auf eine lange Tradition zurückgreifen kann, die ihre Blütezeit in den Fünfzigerjahren erreichte (zusammenfassend Müller, 1959; Hoffmann-Richter,

1994), und an den seit 1956 stattfindenden Symposien zur „Psychotherapie der Schizophrenie“ anfangs hauptsächlich Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker teilnahmen, wurde sie bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Benedetti, 1980; Mattussek, 1993; Mentzos, 1991) weder in psychoanalytischen Instituten, noch in psychiatrischen Kliniken gelehrt. Sie blieb das Spezialinteresse weniger engagierter Kolleginnen und Kollegen und damit auch die Ausnahme unter den Behandlungsangeboten an psychiatrische Patienten. Nach Ansicht von Lempa blieben die Einflüsse von Seiten der Psychoanalyse auf die Psychiatrie beschränkt, „weil die Psychoanalyse sich weitgehend in bewusster Distanz zur Psychiatrie und ihrer jüngeren Vergangenheit rekonstituierte, um sich als eigenständige Wissenschaft etablieren zu können“ (1998, S. 15 f). Mentzos macht das Fehlen eines adäquaten psychodynamischen Modells der Psychose und den zunehmenden Einfluss einer biologisch orientierten Psychiatrie in den letzten zwanzig Jahren dafür verantwortlich, dass die Psychoanalyse in der Psychiatrie an Einfluss verloren hat und Psychopharmakotherapie allein oder in Kombination mit Verhaltenstherapie, kognitiven und übenden Verfahren überwiegt (1998, S. 18 f). Von sozialpsychiatrischer Seite hingegen ist ein wachsendes Interesse an der Psychoanalyse festzustellen.

#### Das neue Fach „Psychiatrie und Psychotherapie“

Nachdem der deutsche Ärztetag 1992 in einer neuen Weiterbildungsordnung der Psychotherapie wie auch der psychosomatischen Grundversorgung der Bevölkerung einen erhöhten Stellenwert einräumte, ändert sich die Situation grundlegend. Mit dem neuen **Facharzt für Psychotherapeutische Medizin** wurde die (1927 erstmals erhobene) Forderung nach einer eigenen Gebietsbezeichnung für die in der psychotherapeutischen Versorgung und Psychosomatik tätigen Ärzten (Janssen 1993) erfüllt. Gleichzeitig wurde die Facharztbezeichnung Psychiatrie durch den **Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie** ersetzt und so die Psychotherapie zum Pflichtbestandteil psychiatrischer Weiterbildung.

Mittlerweile führte auch der zwanzigjährige Kampf der nicht ärztlichen Psychotherapeuten um ein Gesetz zum Ziel: 1999 trat das Psychotherapeutengesetz in Kraft, das den **Beruf des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten** definiert, alle anderen therapeutisch tätigen Berufsgruppen von der Berufsbezeichnung Psychotherapeut hingegen ausschließt. Sozialrechtlich zugelassen sind **nur psychoanalytische, tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Methoden**.

Der **Facharzt für psychotherapeutische Medizin** beinhaltet eine sehr breite psychotherapeutische Qualifizierung und ist gedacht für Ärzte, die überwiegend psychotherapeutisch arbeiten wollen und ihre Ausbildung hauptsächlich im Fach Psychosomatik/Psychotherapie machen. Ein Jahr der Ausbildung muss (wie bisher bei nahezu allen Psychotherapieausbildungen) in ‚Psychiatrie und Psychotherapie‘ stattfinden. Gleiches gilt für **psychologische Psychotherapeuten**, deren Aus-

bildung und Praxis durch das neue Psychotherapeutengesetz geregelt ist.

Die **Psychiatrie** wird dadurch zu einer **Schnittstelle in der Ausbildung verschiedener psychotherapeutischer Berufsgruppen** und ist gezwungen, ihre neue Identität durch eine stärkere Verzahnung von Forschung und Praxis und die Integration der wachsenden Interdisziplinarität zu entfalten.

Die Auswirkungen dieser Weiterbildungsordnung, die seit vier, fünf Jahren in den Bundesländern umgesetzt wird, zeigen sich erst langsam.

Psychiatrische Kliniken, die Ärzte ausbilden wollen, müssen nun Psychotherapie in Theorie und Praxis vertreten. Das Fach und die Fachgesellschaften haben sich umbenannt. Lehrbücher und Kongresse haben das Thema Psychiatrie und Psychotherapie. Wurde die Psychotherapie in den Kliniken bisher an andere Berufsgruppen delegiert und nur von wenigen interessierten PsychiaterInnen **freiwillig** und teilweise verbotenermaßen privat gelernt und kaum gelehrt, müssen ab jetzt alle Psychiater/innen eine psychotherapeutische Basisqualifikation erwerben.

Im Rahmen ihrer Ausbildung müssen sie nun neben Selbsterfahrung und Theorie, „die Indikationsstellung für verschiedene Therapieverfahren, insbesondere somato-, sozio- und psychotherapeutische Verfahren“ einschließlich Anwendungstechniken und Erfolgskontrollen erlernen und sie müssen in einem der beiden der beiden Hauptverfahren (tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch) 40 abgeschlossene Therapien, einschließlich psycho- und familientherapeutischer Elemente, unter kontinuierlicher Supervision bei verschiedenen Erkrankungen, wie schizophrenen und affektiven Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, organisch-psychischen Störungen, Suchterkrankungen und Neurosen selbständig durchgeführt und dokumentiert haben (Bundesärztekammer, 1994).

Auf diese Weise wird die Zahl psychotherapeutisch behandelter psychiatrischer Patienten erheblich zunehmen und ebenfalls die Psychotherapie- und Evaluationsforschung in diesem Feld.

Allerdings folgt die bisherige Psychotherapieforschung im Rahmen der Psychiatrie eher dem experimentellen Modell der Pharmaforschung und findet kaum unter naturalistischen Bedingungen in der Alltagswelt der Betroffenen statt. Dabei überwiegen bisher, auch wenn es um die Kombinationsbehandlung mit Psychopharmaka geht, Studien mit verhaltenstherapeutischer Orientierung bei eher monosymptomatischen Störungen (Rüger, 1997). Die Verbindung von Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt eher additiv (Müller, 1997) auf der Basis einer objektivistisch-biotechnischen Medizin. Um die Qualität psychiatrischer Therapie im Sinne einer evidence based medicine zu sichern, sollen Praxisleitlinien mit störungsspezifischen Indikationen für bestimmte Therapieverfahren, wie sie die American Psychiatric Association für verschiedene Erkrankungen vorgelegt hat, künftig festlegen, nach welchen Regeln Therapie durchzuführen ist. Bestimmte therapeutische Bestandteile der Behandlung können an Spezialisten oder Teams delegiert werden (wie z.B. Psychoedukation oder Familientherapie).

Durch den Übergang von schulen- zu störungsspezifischen Therapieverfahren erhofft man sich eine Beilegung der teilweise kriegerischen Konkurrenz zwischen den Schulen (Aldenhoff, 1998). Psychiater lernen dann therapeutische Arbeit an Störungsspezialisten (für bestimmte Krankheitsbilder z.B. Schizophrenie, Alkoholsucht usw.) zu delegieren, statt die therapeutischen Möglichkeiten in der Beziehung zum Patienten und im multiprofessionellen Team zu reflektieren.

Qualitätsmanagement bedeutet hier eine bessere Koordination und Vernetzung der verschiedenen Behandlungsangebote, eine an den Versorgungsbedürfnissen orientierte Weiterbildung, die Entwicklung und Überprüfung neuer professioneller Standards und eine engere Verzahnung von Forschung und Praxis.

Die Vertreter einer psychodynamisch orientierten Behandlung setzen der Störungsorientierung eine Patientenorientierung entgegen. Die psychiatrische Forschung nach störungsspezifischen Therapiemanualen, die mit „geringstem therapeutischen Aufwand einen möglichst großen Nutzen für Patienten und Gesellschaft erreichen“ (Buchkremer und Batra, 1997, S. 60) wollen, impliziert die irrierte „Annahme, dass es für eine Störung eine optimale Behandlungsform geben müsse“ (v. Rad, 1997, S. 72), die unabhängig von den konkreten Personen – Patient und Therapeut/in – wirke. Dagegen hat die überaus umfangreiche Therapieforschung im Bereich der Psychosomatik der letzten Jahrzehnte gerade gezeigt, dass keine der gut untersuchten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen mit einer spezifischen Konflikt- oder Persönlichkeitsstruktur einhergeht und deshalb bis heute keine störungs-spezifisch wirkenden Therapieformen definiert werden können (vgl. Overbeck et al., 1999). Ein angemessener Therapieplan lässt sich danach nur im Einzelfall in der aktuellen Beziehung zum Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen und sozialen Wirklichkeit entwickeln. Für Indikation und Prognose sind die persönlichen und sozialen Merkmale des Kranken und die Bedingungen des Therapeuten oder der therapeutischen Institution, nicht die Diagnose entscheidend (Rhode-Dachser, 1999, S. 153 f).

Warum sollte dies bei psychiatrischen Erkrankungen anders sein? Die Frage nach der Psychotherapieindikation allein aufgrund der Diagnose beantworten zu wollen, wie einige neue Lehrbücher suggerieren (z.B. Berger, 1999; Mundt et al., 1997), zeigt ihre Orientierung am objektivistischen medizinischen Modell und die Ignoranz klinischer Psychotherapieforschung und lässt vollkommen unberücksichtigt, dass Therapeuten nicht beliebig in der Lage sind, zwischen Methoden zu wechseln, sondern i.d.R. mit der Methode am wirkungsvollsten arbeiten, die mit ihrer Persönlichkeit und dem institutionellen Rahmen am besten übereinstimmt.

### **Kooperation, Konkurrenz oder Integration im Interesse subjektorientierter Psychiatrie**

Nachdem selbst die biologische Forschung nachgewiesen hat, dass die bei bestimmten psychischen Erkrankungen feststellbaren neurobiologischen Strukturveränderungen durch den Einfluss von Psychotherapie

ebenso veränderbar sind wie durch Psychopharmaka (z.B. Bogerts, 1996; Huether, 1999) lässt sich der Einsatz von Psychotherapie sogar biologisch begründen. Die Integration der Psychotherapie in die psychiatrische Praxis ist demnach nicht Ausdruck einer Abkehr vom herrschenden Paradigma, sondern eine längst fällige Konsequenz sozial- wie naturwissenschaftlicher Erkenntnisse. Sie dient vor allem zur Erhöhung der Effizienz, zur Vermeidung der Konkurrenz und nicht zuletzt der Akzeptanz von Patienten und Bevölkerung, die in der Psychotherapie das Mittel der Wahl bei nahezu allen psychischen Störungen sehen (Benkert et al., 1998). Die Psychiatrie hat dadurch „deutlich an Breite der Aufgabenstellung wie auch an Interventionsmöglichkeiten gewonnen“ (Helmchen, 1997, S. 5).

Aus psychotherapeutischer wie aus sozialpsychiatrischer Sicht muss es jetzt darum gehen, den kranken Menschen mit seiner spezifischen Persönlichkeit, in seiner spezifischen sozialen Lage und seiner spezifischen Beziehung zum Behandelnden (oder dem Team) in den Mittelpunkt des diagnostisch-therapeutischen Prozesses zu stellen. Psychodynamische Konzepte zielen darauf, psychiatrischen Institutionen und Teams so (um)zu gestalten, dass sie einen therapeutischen Raum und Rahmen bieten, in dem Konflikte kommuniziert und verstanden (Heltzel, 1998), und so Gesundheit und Autonomie wiedererlangt werden können.

„Ein guter Therapeut hilft dazu, Hilfe wollen zu können“ (Plog, 1998, S. 17). Dieser prägnante Satz beinhaltet die Aufgabe, die soziale Ungleichheit in der psychotherapeutischen Versorgung abzubauen und den bisher vom Bildungsniveau abhängigen Zugang zur Psychotherapie (Rüger und Leibling, 1999; Scheidt et al., 1999) für mehr an psychiatrischen Erkrankungen leidende Menschen aus unteren sozialen Schichten zu öffnen.

Aus der Sicht von Psychiatrie-Erfahrenen kann Psychotherapie dazu beitragen, dass die Psychiatrie menschlicher wird und die eigenen „Verrückungen“ besser verstanden und bewältigt werden. Sie erwarten von der Integration der Psychotherapie Wege zur Gewaltvermeidung und zu mehr menschlicher Begegnung in der Psychiatrie, einen positiveren partnerschaftlicheren Umgang, ein Ernstnehmen der Person und eine akzeptierende Atmosphäre. Sie wollen als Psychosexperten an der Ausbildung von Ärzten mitwirken (Voelzke, 1998, S. 4f) und in Psychose-Seminaren in einen gleichberechtigten Austausch mit Professionellen treten (vgl. Bock in diesem Heft).

Ob dieses Ziel erreicht wird, hängt letztlich davon ab, ob es den beteiligten Berufsgruppen gelingt, trotz aller Unterschiedlichkeit zu kooperieren statt zu konkurrieren und als Partner im Dialog mit den psychisch Kranken und deren Angehörigen die jeweils angemessene Therapie herauszufinden. Dann kann Therapie Subjektorientiert, von der **Person** und ihrer **Lebenswelt** ausgehend gestaltet werden, statt von der **Institution**, **Profession** und **standardisierten Therapiemanualen bestimmt** zu werden.

Würde in diesem Jahrhundert der kranke Mensch die Handlungsweisen der Institutionen mehr bestimmen als die Institutionen die Handlungsweisen kranker

Menschen, so wäre „eine kopernikanische Wende in der Psychiatrie erreicht“ (Steinhart, 1999, S. 14).

## Literatur

- Aldenhoff JB (1998) Zukunftsperspektiven der Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg) Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 127–138
- Bannach H-J (1971) Die wissenschaftliche Bedeutung des alten Berliner Psychoanalytischen Instituts. *Psyche* 25: 242–254
- Benedetti G (1980) Klinische Psychotherapie. Einführung in die Psychotherapie der Psychosen. Huber, Bern
- Benkert O et al (1998) Die Einstellung der Bevölkerung zu Psychopharmaka: eine Analyse von Faktoren, die Akzeptanz oder Ablehnung beeinflussen. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg) Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Wien New York, S 295–309
- Berger M (Hrsg) (1999) Psychiatrie und Psychotherapie. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Bogerts B (1996) Plastizität von Hirnstruktur und -funktion als neurobiologische Grundlage der Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 3: 243–252
- Bruns G (1986) Zwangseinweisung und ambulante Dienste. *Nervenarzt* 57: 119–127
- Bruns G (1993) Ordnungsmacht Psychiatrie. Psychiatrische Zwangseinweisungen als soziale Kontrolle. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Bruns G (1998) Einige sozialpsychiatrische Konzepte und ihre Grenzen aus psychoanalytischer Sicht. *Sozialpsychiatrische Informationen* 2: 6–15
- Buchkremer G, Batra A (1997) Psychotherapie – störungsspezifische Indikation oder Perfektion in einer Technik. In: Mundt C, Linden M, Barnett W (Hrsg) Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Wien New York, S 53–62
- Bundesärztekammer (1994) (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung. Köln
- Fischer M (1912) Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden. In: Finzen A, Hoffmann-Richter U (Hrsg) (1995) Was ist Sozialpsychiatrie. Eine Chronik. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 29–31
- Dörner K (1972) Einleitung. In: Dörner K, Plog U (Hrsg) Sozialpsychiatrie. Luchterhand, Neuwied, S 7–20
- Finzen A (1996) Massenmord ohne Schuldgefühl. Die Tötung psychisch Kranker und geistig Behinderter auf dem Dienstweg. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Finzen A, Hoffmann-Richter U (1995) Vorwort. In: Finzen A, Hoffmann-Richter U (Hrsg) Was ist Sozialpsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 7–10
- Finzen A, Hoffmann-Richter U (1999) Psychiatrie als Handlungswissenschaft. *Psychiatr Prax* 26: 103–104,144
- Firnenburg C, Geißler U (1998) Editorial. *Soz Psychiat* 4: 2
- Huether G, Adler L, Rüter E (1999) Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen. *Z Psychosom Med* 45: 2–17
- Ilberg G (1904) Soziale Psychiatrie. *Monatsschrift für sociale Medizin* 1: 321–398
- Heltzel R (1997) Was will die NAPP? *Psychother Forum [Suppl]* 1: S60–S64
- Heltzel R (1998) Was ist psychodynamische Psychiatrie? NAPP Mitgliederrundbrief 3, S 3–9
- Hoffmann-Richter U (1994) Die Psychiatrie psychotherapeutisch durchdringen. *Die Psychotherapeutin* 1: 9–36
- Janssen P (1993) Von der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ zur Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin. *Psychosom Med* 39: 95–117
- Kisker (1988) Mögliches und Unmögliches im psychiatrischen Denken und Tun. (Nachdruck) *Sozialpsychiatrische Informationen* 1999/2: 67–69

- Lempa G (1998) Thesen zur psychoanalytischen Psychotherapie. *Z Psychoanal Psychosenther* 0: 15–17
- Mattussek P (1993) Analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Meißel T (1997) Betreuungskontinuität in einem Sektormodell als Chance für eine psychotherapeutische Psychiatrie. *Psychother Forum [Suppl]* 1: S132–S135
- Mentzos S (1991) Psychodynamische Modelle in der Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Mentzos S (1998) Kommentare und Ergänzungen zu den sieben „Thesen zur psychoanalytischen Psychosen-Therapie“ von Lempa. *Z Psychoanal Psychosenther* 0: 18–19
- Mundt C, Linden M, Barnett W (Hrsg) (1997) Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Wien New York, S 53–62
- Overbeck G, Grabhorn R, Stirn A, Jordan J (1999) Neuere Entwicklungen in der Psychosomatischen Medizin. Versuch einer aktuellen Standortbestimmung. *Psychotherapeut* 44: 1–12
- Plog U (1998) „Zur Wahrnehmung gehört die Selbstwahrnehmung“. *Soziale Psychiatrie* 3: 16–19
- Potthoff P (1997) Der aktuelle Stand der Psychotherapie – Einführung. In: Hildemann KD, Potthoff P (Hrsg) *Psychotherapie – quo vadis*. Hogrefe, Göttingen
- Priebe S, Schmiedebach H-P (1997) Soziale Psychiatrie und Sozialpsychiatrie – zum historischen Gebrauch der Begriffe. *Psychiatr Prax* 24: 3–9
- Raecke J (1921) Soziale Psychiatrie. *Psychiatrische und Neurologische Wochenschrift* 24: 116–119
- Rhode-Dachser C (1999) Indikation und Prognose in der Psychotherapie. In: Machleidt W et al (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart New York
- Rüger U (1997) Psychotherapie in der Psychiatrie. Anmerkungen aus der Sicht eines Fachvertreters für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In: Mundt C, Linden M, Barnett W (Hrsg) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Wien New York, S 7–12
- Rüger U, Leibling E (1999) Bildungsstand und Psychotherapieindikation. *Psychotherapeut* 44: 214–219
- Scheidt C et al (1999) Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44: 83–93
- Schepank H (1987) Die stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Soziokulturelle Determinanten, Entwicklungsstufen und Ist-Zustand, Internationaler Vergleich. *Psychosom Med* 33: 363–387
- Steinhart I (1999) Revolution oder Reform? Auf dem Weg zum Gemeindepsychiatrischen Verbund – einige Aspekte „quer zum Thema“. *Soziale Psychiatrie* 1: 14–16
- von Rad M (1997) Störungsspezifische Indikation oder Perfektion in einer Technik? Kommentar zum Beitrag von G. Buchkremer und A. Batra. In: Mundt C, Linden M, Barnett W (Hrsg) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Wien New York, S 71–74
- Voelzke W (1998) Psychotherapie und Psychiatrie. Anmerkungen aus der Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen. *Soziale Psychiatrie* 4: 10–12
- Winkler T (1982) Zur historischen Entwicklung der Beziehungen zwischen Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland seit 1900 unter besonderer Berücksichtigung der Psychoanalyse. In: Helmchen H, Linden M, Rüger U (Hrsg) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 11–25
- Wolter-Henseler DK (1998) Kosten, Nutzen und Kontrolle – psychiatrisches Handeln im Bermuda-Dreieck? *Sozialpsychiatrische Informationen* 1: 29–43

**Korrespondenz:** Prof. Dr. Cornelia Krause-Girth, Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich Sozialarbeit, Nibelungenplatz 1, D-60318 Frankfurt am Main, Bundesrepublik Deutschland, E-mail: krausegi@fbs.fh-frankfurt.de

*Prof. Dr. med. Diplom-Psychologin Cornelia Krause-Girth, geb. 1951, Studium der Medizin und Psychologie in Münster, Facharztausbildung Psychiatrie in Bremen, Psychotherapeutische Medizin und Gruppenanalyse in Frankfurt am Institut für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik, psychoanalytische Ausbildung am Sigmund-Freud Institut in Frankfurt, seit 1997 Lehrstuhl für Sozialpsychiatrie an der Fachhochschule Frankfurt. Arbeitsschwerpunkte: Psychopharmakaverordnungen, Selbsthilfe und Psychotherapie, geschlechtsspezifische Behandlungsformen.*