



Kompetenzen in Psychotherapeutischer Medizin und Psychotherapie erwerben

Henriette Löffler-Stastka^{1,5} · Margarete Finger-Ossinger^{2,5} · Tobias Meischl^{3,4,5}

¹ Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

² Vereinigung österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Wien, Österreich

³ Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

⁴ 3. Medizinische Abteilung, Hanusch-Krankenhaus, Wien, Österreich

⁵ Universitätslehrgang Klinisch Akademisches Psychotherapeutisches Propädeutikum und Medical Humanities (KAPP-MH), Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Zusammenfassung

Psychisch Erkrankte werden von Psychotherapeut:innen sowie Ärzt:innen und Fachärzt:innen mit einer Ausbildung in psychotherapeutischer Medizin behandelt. Die entsprechende Ausbildung sieht ein Training sowohl intuitiven als auch analytischen Denkens vor. In kontinuierlicher fallorientierter Arbeit werden die Fähigkeiten zu komplexem, vernetztem Denken vermittelt, die es benötigt, um Patient:innen einen Weg ins Behandlungsnetz zu vermitteln, forschungsbasiert adäquat zu behandeln, Therapieadhärenz zu etablieren und zu halten. Die Ausbildungswege sind mit ihren unterschiedlichen Wegen in der beruflichen Sozialisation dargestellt, die didaktischen Elemente herausgearbeitet und auf Basis lerntheoretischer Überlegungen diskutiert.

Schlüsselwörter

Aus- und Weiterbildung · Komplexität · Reflexivität · Fallorientierung · Didaktik

Einleitung

Jährlich erkranken 23,8% der österreichischen Bevölkerung an psychischen Störungen [1, 2], wobei Angststörungen, Depression und somatische Belastungsstörungen den Hauptteil ausmachen. Von den registrierten Betroffenen werden 3,8% psychotherapeutisch behandelt: je zur Hälfte von Psychotherapeut:innen (N = 11.495, Stand 21.10.2023) sowie Ärzt:innen und Fachärzt:innen mit einer Ausbildung in psychotherapeutischer Medizin (n = 1509, Stand 17.05.2022). Die beiden Berufsgruppen behandeln seit mehreren Jahrzehnten psychische und seitens der Ärzt:innen auch psychosomatische Leidenszustände, leisten wertvolle patient:innenzentrierte Arbeit und sind doch beruflich unterschiedlich sozialisiert. Eint die Arbeit und das Interesse an der Patientin/am Patienten, sollen hier mögliche Unterschiede in der

Arbeits- und Kompetenzentwicklung untersucht werden.

Kompetenzentwicklung

Da der/die behandlungsbedürftige psychisch Erkrankte im Zentrum steht, muss sich die entsprechend verantwortungsvolle Behandlungskompetenz auch auf diese/n konzentrieren. Klinisch erfahrene Behandler:innen lassen sich hauptsächlich von Patient:innen-Parametern in ihren Behandlungsentscheidungen leiten [3], um einen Therapieerfolg zu erzielen.

» Ein Arbeitsbündnis aufzubauen, benötigt analytische und intuitive Kompetenzen

Behandlungsentscheidungen zu treffen, Interventionen zu setzen, ein Arbeitsbündnis aufzubauen, benötigt analytische und intuitive Komponenten [4], die trainiert



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

und erlernt werden müssen und können. Analytisches Denken, analoges Denken und „clinical reasoning“ sind ein wesentliches Werkzeug und Bestandteil aller Arten von Denk- und Lernprozessen. Die Ausbildung dieser Kompetenz besteht aus der Entwicklung von verinnerlichten Begrifflichkeiten (z. B. über Szenarien oder integrierte thematische Anweisungen) sowie deren Integration und Transfer in neue Situationen. Die Verwendung bekannter Muster zur Lösung neuer Probleme muss trainiert werden. Vor allem klinisches Denken kann spezifisch in intuitive und analytische Komponenten unterteilt werden [5, 6] und die Forschung zu mentalen Prozessen zeigt, dass für das Training der analytischen Komponenten „Frames“ (abgespeicherte Krankheitsmuster), klinische Szenarien, semantische Netzwerke/Qualifikatoren oder Krankheitsskripte als Schlüsselkomponenten gelten. Die wiederholte Präsentation von und die Übung anhand klinischer Fälle ist entscheidend für einen effizienten Lernprozess [6]. Intuitive Komponenten sind schwieriger zu trainieren und bedürfen der Einbeziehung von Emotionstheorien.

Aspekte wie die emotionale Zufriedenheit der Lernenden sind ein wesentlicher Einflussfaktor auf den Lernprozess und unterstützen oder behindern den Kompetenztransfer und den Transfer von deklarativem zu prozeduralem Wissen.

Um ein Trainingsinstrument zur Verfügung zu stellen, das Auszubildenden hilft, ihr deklaratives Wissen, das sowohl das tatsächlich verfügbare und bewusst abrufbare Wissen als auch das gesamte vorbewusste Wissen im Langzeitgedächtnis umfasst, auf neue Situationen zu übertragen, muss ein assoziativer Lernprozess stimuliert werden. Beim assoziativen Lernen wird die zeitliche Beziehung zweier Reize erkannt, die Person reagiert auf den ersten Reiz in Erwartung des zweiten (neuronalen Verknüpfung/Assoziation = Grundlage), und durch die Neuordnung von Reizen und Reaktionen entstehen Antriebe (konditionierte Appetenz, konditionierte Aktion, konditionierte Aversion, konditionierte Hemmung). Das assoziative Lernen ist eine Grundlage des Gedächtnisses und kann affektiv ausgelöst werden. Für das klinische Denken, das über assoziatives Lernen trainiert wird, muss prozedurales Wis-

sen über polythematisches/vernetztes Denken aufgebaut werden. Die Fähigkeit, Informationen (Gedanken, Symbole, Bilder, Szenen) sinnvoll zu verknüpfen und zu beherrschen, erfordert kreative Prozesse, die bisher scheinbar unverbundene Bereiche (Domänen) miteinander verbinden, und ist trainierbar.

Professionelles Verhalten – Kontextorientierte Lernerfahrung in der fortlaufenden Kleingruppe

Der Schwerpunkt der Ausbildung liegt im Bereich der klinischen Praxis, die Theorievermittlung ist jeweils in konkretes Fallmaterial eingebunden. Die Gruppenarbeit ermöglicht ein detailliertes Studium von Fällen (problemorientiert, patient:innenzentriert) mit Aufarbeitung der relevanten Literatur in einer fortlaufenden Gruppe, die sich meist verpflichtend am Beginn und Ende eines Moduls sowie am Beginn und Ende eines Themenblockes, bei länger dauernden Themenblöcken oftmals 14-tägig über 3 oder mehrere Jahre trifft.

» Theorievermittlung ist jeweils in konkretes Fallmaterial eingebunden

Die Lernfortschrittsdokumentation erfolgt über die Führung eines Portfolios/Rasterzeugnisses/Lerntagebuchs. Die Lehrenden setzen sich aus den jeweiligen Modulverantwortlichen und einer konstanten Lehrperson (z. B. Supervision) zusammen. Die Kontinuität der Gruppe der Teilnehmer:innen und der Auszubildenden ermöglicht über die reine Aneignung von Kenntnissen hinaus die Vertiefung einer für diese Ausbildungen spezifischen Sensibilität in Hinblick auf interaktionelle und interdisziplinäre Prozesse. Somit haben diese Ausbildungen (Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin) das Ziel, professionelles Verhalten im Sinne von adäquater Reflexionsfähigkeit, Beziehungsgestaltung, Aufgabenstellungsmanagement, Psychohygiene, Gruppendynamiken, Verantwortungsübernahme, Entscheidungs- und Durchhaltefähigkeit, Toleranz von Unsicherheit und Grenzen sowie von Abhängigkeiten zu trainieren und so den persönlichen und beruflichen Sozialisationsprozess zu begleiten. Zu

Lerninhalten, die in der Präsenzzeit und im Selbststudium erarbeitet werden, sind meist offiziell geplante Kontaktzeiten im Rahmen der angeleiteten Unterrichtsformen vorgesehen.

Praxisorientierung – Interdisziplinäre Ausbildung

Die Lerninhalte orientieren sich an international kompetitiver Grundlagen-, translationaler und klinischer Forschung in definierten Schwerpunkten der Psychotherapieforschung, Gesundheitswissenschaften und an publizierten epidemiologischen Daten aus der psychotherapeutischen Versorgung. Wissen und Verständnis wird auf mehreren Ebenen (Grundlagenwissen, Bedeutungskontext, Fertigkeiten und wissenschaftliche Fundierung) erlernt und in der Selbsterfahrung/Lehrtherapie erlebt. Zur Heranführung an die klinisch-praktische Tätigkeit findet ein Ambulanz-/Lehrpraxis-/Krankenhauspraktikum statt, das durch eine erweiterte Berufsfelderkundung/psychosoziales Praktikum vorbereitet wird. Diese Struktur ist international sehr ident [7, 8], die Zugangswege zur klinisch akademischen Ausbildung sind unterschiedlich.

Beziehungskompetenz – Ausbildungsmodule

Wampold [9] definiert allgemein die therapeutische Beziehung als die Gefühle und Einstellungen, die Therapeut:innen und Patient:innen zueinander haben und wie diese ausgedrückt werden. Flückinger [10] und Wampold [9, 11] weisen auf die therapeutische Beziehung als einen zentralen Mediator des Therapieerfolgs hin und sehen den Therapeut:inneneffekt (neben allgemeinen Faktoren der Lebensumstände der Patient:innen oder angewandten Techniken) insgesamt mit 20% erklärter Varianz maßgeblich für den Behandlungserfolg an. Die therapeutische Beziehung öffnet einen sozialen Lernprozess, von dem Patient:innen zwischen den Behandlungsstunden profitieren [12]. Dass der Faktor „therapeutische Beziehung“ einen wesentlichen Anteil am Heilungsprozess hat, haben inzwischen auch zahlreiche Studien bestätigt [13].

Demnach genügt in der psychotherapeutischen Behandlung nicht nur fallrekonstruktive Kompetenz, sondern, wie auch von der deutschen Bundespsychotherapeutenkammer (2014) [14] und der European Association of Psychotherapy (2013) [15] explizit gefordert, ist die Entwicklung der Beziehungskompetenz als Teil der personalen Kompetenz essenziell und hilfreich für einen möglichst heilenden Erfahrungsraum für Patient:innen. Notwendig hierfür ist die Fähigkeit des Perspektivenwechsels, ein Beleuchten des eigenen Selbstbildes oder Selbstkonzepts der Therapeut:innen. Dass sie ihre inneren und äußeren Repräsentanzen und äußeren Realitäten unterscheiden können sowie die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme bezogen auf Patient:innen haben [16], ist für die Empathiefähigkeit notwendig vorausgesetzt, da sonst unreflektierte Gegenübertragungsgefühle die therapeutische Beziehung stören.

» Kontinuität der Gruppe der Teilnehmer:innen ermöglicht interdisziplinäre Prozesse

Empathie [17] bezeichnet die Fähigkeit, aber vor allem auch die Bereitschaft, die Empfindungen, Emotionen, Gedanken, Motive und Persönlichkeitsmerkmale einer anderen Person zu erkennen, zu verstehen und nachzuempfinden. Seitz et al. [18] zeigten, dass Stress und Zeitdruck sowie Überforderung und Schwierigkeiten, sich von anderen Personen und deren Gefühlen abzugrenzen, die Empathiefähigkeit verringern. In Ausbildungsgruppen wird insbesondere auf diese Störungsquellen Bezug genommen.

Lernmöglichkeiten für die Kompetenz der Selbstreflexionsfähigkeit und Empathie

Kleingruppen (3–4 Personen) abwechselnd mit Großgruppen (max. 12 Personen) ermöglichen ein Klima der Freiheit [19, 20] für die Studierenden, sich einzubringen. Diese Übungsräume ermöglichen es damit, sich durch das Feedback der anderen in der eigenen kognitiven, emotionalen, somatischen Verfasstheit wahrzunehmen. Das Üben in der Kleinstgruppe (Patient:in, Therapeut:in, Beobachter:in)

als weiterer Übungsraum ermöglicht die Reflexion der eigenen Empathiefähigkeit in der Nachlese der Gesprächstranskripte. Selbstreflexionstagebücher ergänzen laufend die Lernerfahrungen.

Bei genauer Betrachtung der unterschiedlichen Ausbildungswege wird der unterschiedliche Ausgangspunkt deutlich; die Voraussetzungen, die ein:e Kandidat:in mitbringt, bestimmen auch die Didaktik. Die Theorie-Praxis-Verknüpfung ist zentral, die Theorie kann je nach Ausgangspunkt bzw. bisher erreichtem Lernzielniveau praxisorientiert vermittelt werden (vgl. [21, 22]).

Da das zentrale Interesse aller Ausbildungsformate dem/r Patient:in gilt, ist in der Fallvignette die Kompetenz beispielhaft dargestellt, die es benötigt, dem Patient:in einen Einstieg in das Behandlungsgeschehen [2, 23] zu ermöglichen.

Fallvignette

Patientin A kommt mit Halsschmerzen und Atemnot zur Ärztin für Allgemeinmedizin mit einer Weiterbildung in psychosomatischer und psychotherapeutischer Medizin (ÖÄK-Diplom), die aufgrund ihrer Wahrnehmungskompetenz [24] den niedergeschlagenen Gesichtsausdruck der Patientin, den verminderten Muskeltonus beim Händedruck und das verringerte Sprechtempo bei gleichzeitig leiser, weinerlicher Stimme registriert. Die Resonanz- und Reflexionskompetenz der Ärztin [25] sowie ihre psychosomatisch-psychotherapeutische Interventionskompetenz ermöglichen im Anschluss an die körperliche Untersuchung, die außer eines leicht geröteten Rachens nichts ergibt, folgende Intervention: „Was nimmt Ihnen denn die Luft?“. Die Patientin weint auf diese Frage augenblicklich und berichtet von einem bereits länger dauernden Mobbing am Arbeitsplatz. Es folgen ein kurzes, empathisch-resonantes Entlastungsgespräch, Psychoedukation sowie eine Zuweisung an eine geeignete Psychotherapeut:in. Diese im allgemeinmedizinischen Alltag integriert-psychosomatische Intervention dauert nur kurz und beinhaltet sowohl fundierte psychosomatisch-psychotherapeutisch diagnostische und interventive Kompetenzen und Fertigkeiten.

Diskussion: Relevanz der Zusammenhänge

Um in gefährlichen Situationen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu überleben, reagieren Menschen auf Stress mit bestimmten physiologischen und neurokognitiven Abläufen. Im Rahmen einer solchen physiologischen Stressreaktion verschieben sich die kognitiven Funktionen von komplexen, assoziativen Programmen hin zu unbewussten emotionalen Erinnerungen. Daran beteiligt sind mehrere Gehirnareale, vor allem subgenualer präfrontaler Cortex, Locus caeruleus, Amygdala und die Hypothalamus-Hypophysen-Achse [26].

» Die Fähigkeit zu komplexem, vernetztem Denken ist stark mit zwischenmenschlichem Vertrauen assoziiert

Es werden als Reaktion auf Stress Neurotransmitter und Hormone ausgeschüttet, insbesondere *corticotropin-releasing hormone* (CRH) und in weiterer Folge Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol. Diese Hormonantwort führt zu weitreichenden somatischen Folgen, die sich vor allem bei Überaktivierung der CRH-Ausschüttung beobachten lassen, wie es oftmals bei depressiven Patient:innen der Fall ist. Die vermehrte Ausschüttung von Noradrenalin führt über Interleukin IL-6 zu einer proinflammatorischen und prothrombotischen Situation, in der sich vermehrt Akute-Phase-Proteine wie *C-reactive protein* (CRP) und Fibrinogen im Blut nachweisen lassen. Cortisol, das ebenfalls übermäßig ausgeschüttet wird, verursacht eine Insulinresistenz und andererseits den vermehrten Aufbau von viszeralem Fettgewebe. Beides sind wiederum Prozesse, die langfristig die Entzündung im Körper befeuern und das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse (Herzinfarkt, Schlaganfall etc.) erhöhen [26].

Ein wichtiger Baustein für effektive Psychotherapie ist das Vertrauen zwischen Patient:in und Therapeut:in, das zum Aufbau einer Beziehung notwendig ist [9]. In einer rezenten Studie im Zusammenhang mit der COVID-Pandemie waren Optimismus, soziodemografische und Lebensstilfaktoren sowie insbesondere die Fähigkeit zum komplexen, vernetzten Denken („comple-

xity thinking“) stark mit zwischenmenschlichem Vertrauen („interpersonal trust“) assoziiert [27]. Viele dieser Faktoren waren bereits bekannt – neu ist, dass ein starker und auch nach Adjustierung für andere Variablen bestehender Zusammenhang zwischen komplexem Denken und zwischenmenschlichem Vertrauen gezeigt werden konnte. Auch wenn dies sicherlich nicht der einzige Weg ist, bieten breit aufgestellte akademische Ausbildungen eine ideale Basis für komplexes, vernetztes Denken.

Fazit für die Praxis

- Mentalisierende Gesprächsführung mit unmittelbarer Interventionswirksamkeit kann gelernt werden
- Theorie-Praxis-Verknüpfung führt zu nachhaltiger Veränderungswirksamkeit
- Kontinuierliche fallorientierte Lernerfahrungen fördern Lern- und Changeprozesse und unterstützen indirekt die Therapieadhärenz

Korrespondenzadresse



© MedUni Wien

Univ. Prof. PD Dr. Henriette Löffler-Stastka
Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie,
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich
henriette.loeffler-stastka@meduniwien.ac.at

Funding. Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Löffler-Stastka, M. Finger-Ossinger und T. Meischl geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Training of competencies in psychotherapeutic medicine and psychotherapy

Psychiatric patients are treated by psychotherapists as well as medical doctors and specialists with training in psychotherapeutic medicine. The corresponding education provides training in both intuitive and analytical thinking. Continuous case-oriented work teaches the skills for complex, cross-linking thinking that are required to provide patients with a path into the treatment network, to provide adequate research-based therapy, and to establish and maintain therapeutic adherence. The training pathways are presented with their different routes in professional socialization, and the didactic elements are worked out and discussed on the basis of learning theory considerations.

Keywords

Education and training · Reflective complexity · Slow and fast thinking · Case orientation · Didactics

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Wancata J (2017) Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Abteilung für Sozialpsychiatrie. Medizinische Universität, Wien
2. Löffler-Stastka H, Hochgerner M (2021) Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. *Psychoprax Neuoprax* 24:57–61. <https://doi.org/10.1007/s00739-020-00686-w>
3. Orlinsky DE, Strauss B, Rønnestad MH, Hill C, Castonguay L, Willutzki U, Hartmann A, Taubner S, Carlsson J (2015) A collaborative study of development in psychotherapy trainees. *Psychother* 50(4):21–25
4. Caspar F (1997) What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychother Res* 7(2):105–125. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331913>
5. Croskerry P (2009) A universal model of diagnostic reasoning. *Acad Med* 84:1022–1028. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ace703>
6. Kassirer JP (2010) Teaching clinical reasoning: case-based and coached. *Acad Med* 85:1118–1124. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d5dd0d>
7. Löffler-Stastka H, Gelo O, Pleschberger I, Hartmann A, Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U (2019) Psychotherapie-Berufsausbildung in Österreich: Basis- und soziodemografische Hintergrunddaten aus einer SPRISTAD-Pilotstudie (Society of Psychotherapy Research Interest Section on Therapist Training and Development) [Psychotherapy training in Austria. Baseline and socio-demographic background data from a SPRISTAD (Society of Psychotherapy Research Interest Section on Therapist Training and Development)—Pilotstudy. *Z Psychosom Med Psychother* 65:341–352. <https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.4.341>
8. Orlinsky DE, Messina I, Hartmann A, Willutzki U, Heinonen E, Rønnestad MH, Löffler-Stastka H, Schröder T (2023) Ninety psychotherapy training programs across the globe: Variations and commonalities in an international context. *Couns Psychother Res*. <https://doi.org/10.1002/capr.12690>
9. Wampold BE (2015) How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 14(3):270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
10. Flückinger Ch (2021) Basale Wirkmodelle in der Psychotherapie. Wer und was macht Psychotherapie wirksam? *Psychotherapeut* 66:73–82
11. Wampold BE, Zac E, Flückinger Ch (2018) Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. Hogrefe, Göttingen
12. Norcross JC (2010) Die therapeutische Beziehung. In: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA (Hrsg) Herz und Seele des Wandels: Erbringen, was in der Therapie funktioniert. APA, S 113–141 (Publication manual of the American Psychological Association)
13. Lambert MJ, Barley DE (2001) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychother Theory Res Pract Train* 38(4):357–361 (Publication manual of the American Psychological Association. APA)
14. Deutsche Psychotherapeutenkammer (2014) Kompetenzen für den Psychotherapeutenberuf in Studium und Aus-/Weiterbildung. 1. Entwurf der AG des Länderrates und BPTK-Vorstands (Fassung vom 6.5.2014)
15. European Association of Psychotherapie (EAP) (2013) The professional competences of an European psychotherapist (accepted at the EAP AGM, Moscow. July 2013)

16. Strauß B, Kohl S (2009) Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 54(6):411–426
17. Körner J (1998) Einführung: Über Empathie. *Forum Psychoanal* 14:1–17
18. Seitz T, Gruber B, Preuschel, Löffler-Stastka H (2017) Rückgang von Empathie der Medizinstudierenden im Laufe des Studiums – was ist die Ursache? *Z Psychosom Med Psychother* 63(1):20–39
19. Rogers CR (1957) The necessary and sufficient conditions of the therapeutic personality change. *J Consult Psychol* 21:95–103 (Dtsch. Übersetzung 1991: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C.R. Rogers & P.F. Schmid (Hrsg.): *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. (165–184)
20. Rogers CR, Schmid PF (Hrsg) (1991) *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. Grünewald, Mainz, S 165–184
21. Löffler-Stastka H, Fink B, Franz J, Lenz G, Matuszak-Luss K, Sachs G, Tölk A, Wagner E, Aigner M (2011) „Basiscurriculum in psychotherapeutischer Medizin“: Psychotherapeutische Ausbildung in der Psychiatrie – ein Beginn. *psychiatr psychother* 7:20–26. <https://doi.org/10.1007/s11326-011-0147-8>
22. Löffler-Stastka H, Lugsch M, Aigner M (2023) Psychotherapeutische Medizin in der psychiatrischen Fachärzt:innenbildung in Österreich. *Psychother Forum* 27:46–52. <https://doi.org/10.1007/s00729-023-00224-0>
23. Datler W, Hochgerner M, Korunka C, Löffler-Stastka H, Pawlowsky G (2021) Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. *Psychother Forum* 25:7–21. <https://doi.org/10.1007/s00729-021-00167-4>
24. Datz F, Wong G, Löffler-Stastka H (2019) Interpretation and working through contemptuous facial micro-expressions benefits the patient-therapist relationship. *Int J Environ Res Public Health* 16(24):4901. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244901>
25. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2004) *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta, Stuttgart
26. Gold PW (2015) The organization of the stress system and its dysregulation in depressive illness. *Mol Psychiatry* 20(1):32–47. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.163>
27. Schernhammer ES, Weitzer J, Han E, Bertau M, Zenk L, Caniglia G, Laubichler MD, Birmann BM, Steiner G (2023) Determinants of trust in times of crises: a cross-sectional study of 3,065 German-speaking adults from the D-A-CH region. *PLoS ONE* 18(10):e286488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286488> (Edited by Anastassia Zabrodskaja)

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

J. Gensichen, M. Härter, M. Berger (Hrsg.) **Psychologische Kurzinterventionen**

Für die Hausarztpraxis und die Psychosomatische Grundversorgung

München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH 2023, 1. Auflage, 130 S., (ISBN: 978-3-437-15270-2), 53 EUR



Psychische und psychosomatische Störungen sind sehr häufige Beratungsanlässe in der hausärztlichen Praxis. Das von J. Gensichen, M. Härter und M. Berger im Elsevier GmbH Verlag herausgegebene Buch bietet Hausärzten und allen Interessierten in der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung wissenschaftlich fundierte, einfach erlernbare Handlungsanweisungen zum Umgang mit unkomplizierten leicht- bis mittelgradigen psychiatrisch-psychosomatischen Krankheitsbildern. Die Autoren überbrücken mit diesem Buch Lücken zwischen der allgemeinen empathischen und unterstützen Grundversorgung in der hausärztlichen Praxis und der erkrankungsspezifischen psychotherapeutischen Versorgung durch Fachspezialisten. Auf das Wichtigste konzentriert vermittelt dieses Buch strukturiert und kompakt das nötige Know-How für mehr Handlungssicherheit im allgemeinmedizinischen praktischen Alltag.

Auf etwa 100 Seiten sind Basiswissen und Kurzinterventionen zu den häufigsten psychischen Krankheitsbildern wie Depression, Angst, Suchterkrankungen, PTBS, ADHS, Schmerz und Schlafstörungen für die Anwendung in der Primärversorgung strukturiert zusammengefasst. In kurzen Kapiteln können Hausärzte die Interventionen mithilfe von Schritt-für-Schritt-Anleitungen erlernen und in den hausärztlichen Alltag integrieren.

Die Kurzinterventionen sind auf wenige und strukturierte Behandlungsschritte begrenzt und ermöglichen so eine ressourcenschonende Anwendung. Zusätzlich können per QR-Code hilfreiche Filmsequenzen mit praxisnahen Erläuterungen der einzelnen Diagnose- und Therapieschritte abgerufen werden. Im krankheitsspezifischen Teil des Buches verdeutlichen Fallbespiele und Praxistipps die direkte Umsetzung der Kurzinterventionen in den hausärztlichen Alltag. Dabei sind auch medizinische Fachangestellte zur Unterstützung der Patienten und Entlastung der Ärzte in die Kurzinterventionen zukunftsorientiert eingebunden. Die Interventionen folgen einem verhaltenstherapeutischen Ansatz, der die psychosomatische Grundversorgung nicht ersetzt, sondern ergänzt. Die Empfehlungen basieren auf wissenschaftlichen Studien und der umfangreichen Expertise der Autoren.

Die Herausgeber und Autoren reagieren mit diesem Buch auf die steigende Relevanz von psychischen Krankheitsbildern in der hausärztlichen und psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung. Es erhebt dabei nicht den Anspruch eines symptomgeleiteten Nachschlagewerks, sondern ist ein praktischer Ratgeber mit hilfreichen Videoerläuterungen, wie mit leichteren psychiatrischen Störungen in der hausärztlichen Praxis therapeutisch umgegangen werden kann.

Prof. Dr. Detlef E. Dietrich, Hildesheim