

Zwischen Psyche und Gehirn

T. Fuchs

Der Nervenarzt

Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde Organ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

ISSN 0028-2804

Volume 88

Number 5

Nervenarzt (2017) 88:520-528

DOI 10.1007/s00115-017-0317-z



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Nervenarzt 2017 · 88:520–528
 DOI 10.1007/s00115-017-0317-z
 Online publiziert: 21. März 2017
 © Springer Medizin Verlag GmbH 2017



T. Fuchs

Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Zwischen Psyche und Gehirn

Zur Standortbestimmung der Psychiatrie

Das Problem der psychiatrischen Identität

Der große britische Psychiater Sir Martin Roth hat die Psychiatrie einmal als „the most humane of the sciences and the most scientific of the humanities“ bezeichnet [7]. Dieser nicht ins Deutsche übersetzbare Aphorismus bringt die Zwitterstellung, aber auch die einzigartige Brückenposition der Psychiatrie zum Ausdruck. Zwischen Natur- und Geisteswissenschaft angesiedelt, gleichermaßen theoretische und angewandte Wissenschaft, dem Menschen in seiner physischen, psychischen und sozialen Existenz zugewandt – so verfügt die Psychiatrie unter allen wissenschaftlichen Disziplinen wohl über die größte Spannweite. Diese Spannweite ist Bürde und Auftrag zugleich. Sie kann zu Lagerbildungen und zu einer zunehmenden Heterogenität des Faches führen, aber auch zu einer Integration von Aspekten, die der Komplexität des Menschen in einzigartiger Weise gerecht zu werden vermag. Sie kann wiederkehrende Identitätskrisen des Faches zur Folge haben, aber auch seine besondere Identität und Attraktivität begründen.

Schon seit ihrer Entstehung um 1800 bewegt sich die Psychiatrie in diesem Spannungsfeld zwischen Geistes- und Naturwissenschaften, zwischen Verstehen und Erklären – zwischen Psyche und Gehirn. Auch im letzten Jahrhundert sind die Konflikte zwischen biologischen, psychodynamischen, anthropologischen oder sozialpsychiatrischen Ansätzen immer wieder mit Heftigkeit

Überarbeitete Fassung eines zur Eröffnung des Jahreskongresses der DGPPN am 23.11.2016 gehaltenen Vortrags.

Gewidmet meinem Lehrer Prof. Dr. Hans Lauter, München.

ausgetragen worden. Heute erscheint vielen die Umwandlung der Psychiatrie in eine „klinische Neurowissenschaft“ auf molekularbiologischer Basis als Überwindung ihrer wechselvollen Geschichte von Irrungen und Wirrungen [39]. Der traditionelle Dualismus von Psyche und Soma scheint sich in einem neurobiologischen Monismus aufzulösen: „Psychische Krankheiten sind Krankheiten des Gehirns“, wie Griesinger 1845 erstmals postulierte,¹ oder „Mental disorders are brain disorders“ [39, 74].

Seit der ersten „Dekade des Gehirns“ ab 1990 wurden große Hoffnungen in diesen Umschwung gesetzt. Als naturwissenschaftliche Disziplin werde die Neuropsychiatrie schon bald psychische Krankheiten als Hirnfunktionsstörungen erklären und mit bildgebenden Verfahren und anderen Biomarkern objektiv diagnostizieren können. Auf dieser Basis werde man hochspezifische Medikamente entwickeln, ja mittels genetischer Screenings auch Risikopersonen für die präventive Behandlung identifizieren können [8, 32, 37, 52].

Die seither erzielten Fortschritte im Verständnis des Gehirns sind in der Tat beeindruckend. Ob man an die Identifizierung beteiligter Hirnstrukturen bei zahlreichen psychischen Funktionen ebenso wie Funktionsstörungen denkt, etwa bei Angst-, Zwangs- oder traumatischen Störungen, an die epigenetischen Zusammenhänge von Genvarianten,

¹ [30 S. 2.] – Es bleibt freilich festzuhalten, dass Griesinger selbst damit keineswegs eine rein biologische Sicht vertrat, sondern vor allem zeitgenössischen Anschauungen entgegentreten wollte, wonach Geisteskrankheiten nicht nur im Gehirn, sondern im gesamten Körper ihren Sitz haben könnten; vgl. dazu [64].

Lebensereignissen und Vulnerabilität oder an die Erkenntnisse über Neuroplastizität und den Einfluss der frühen Sozialisation auf die Hirnentwicklung – zweifellos ist unser Wissen über das Gehirn und seine Interaktionen mit der Umwelt eindrucksvoll gewachsen.

Und doch ist das Resultat der Hirnforschung nach drei Dekaden für die Psychiatrie ernüchternd. Trotz aller Versprechen und hunderten von Millionen investierter Forschungsmittel konnten kaum klinisch relevante Erkenntnisse zutage gefördert werden. Sieht man einmal von der Alzheimer-Demenz ab, so gibt es keine Möglichkeit, psychiatrische Erkrankungen durch apparative Untersuchungen oder Biomarker verlässlich zu diagnostizieren oder spezifischen Genvarianten zuzuordnen [10]. Ebenso wenig haben sich unsere therapeutischen Verfahren aufgrund neurobiologischer Erkenntnisse in relevanter Weise verändert. All dies wird inzwischen auch von hochrangigen Vertretern der neurobiologischen Forschung eingeräumt – um nur einige von vielen Beispielen zu zitieren:

Despite obvious and rapid scientific advances, there is widespread frustration with the overall pace of progress in understanding and treating serious psychiatric illness [45].

Unfortunately, there have been no major breakthroughs in the treatment of schizophrenia in the last 50 years and no major breakthroughs in the treatment of depression in the last 20 years [2].

Despite decades of research, the neurobiology of Major Depression is largely unknown, and treatments are no more effective today than they were 50–70 years ago [36].

Die Konsequenz der Fachvertreter ist freilich kein Umdenken, im Gegenteil. Als Ursachen für die Stagnation identifiziert man die traditionellen, unsauberen Krankheitseinteilungen und die überholte, subjektorientierte Psychopathologie, die der biologischen Psychiatrie die Erfolge verwehrt [10, 34, 45]. Gefordert wird daher eine neue Diagnostik nach funktionellen Störungsdomänen (Belohnungs-, Aufmerksamkeits-, Arousal- und andere Systeme), die sich den molekularen und Bildgebungstechniken besser zuordnen lassen – die *Research Domain Criteria* (RDoC; [6, 9]). Auch in anderen medizinischen Disziplinen, so wird argumentiert, hätten schließlich molekulare, bildgebende und computerbasierte Instrumente die klinischen Fähigkeiten des Diagnostizierens weitgehend ersetzt – warum nicht auch in der Psychiatrie [41]? Dies alles folgt einem bekannten Prinzip: Was gemessen und apparativ erfasst werden kann, bestimmt darüber, was als maßgeblich und schließlich als eigentliche Realität angesehen wird. Ein solches Forschungsprogramm lässt sich dann perpetuieren, bis noch die letzte Hirnwindung unter besonderen Aktivitätsbedingungen vermessen ist.

Nun ist die klassische, subjektorientierte Psychopathologie sicher nicht in Stein gemeißelt. Doch bereits vor 10 Jahren haben Andreasen und andere führende Psychiater den Niedergang an psychopathologischer Expertise beklagt, der als Folge der kriteriengeleiteten Diagnosesysteme eingetreten sei [3, 50]. Es stellt sich die Frage, ob man das Risiko eingehen will, diese Expertise noch weiter zu verlieren, sodass Psychiater künftig zwar über das Imaging von Arousal- oder Belohnungssystemen im Gehirn genau Bescheid wissen, doch womöglich eine Schizophrenie nicht mehr von einer Hysterie unterscheiden können. Es ist auch keineswegs ausgemacht, dass sich psychische Krankheiten tatsächlich in die modularen Teilfunktionen zerlegen lassen, die das RDoC-System postuliert – sehr viel wahrscheinlicher ist, dass wir es mit komplex gemischten und insofern konstitutiv „unscharfen“ Prozessen zu tun haben [54, 66].

Trotz aller Versprechen von translationaler Forschung besteht jedenfalls die

Gefahr, dass sich die wissenschaftlich-akademische Psychiatrie auf diesem Weg immer weiter von der klinischen Versorgungspraxis entfernt, auch wenn immer neue Dekaden, ja das „Jahrhundert des Gehirns“ ausgerufen und therapeutische Durchbrüche angekündigt werden („There is great promise for development of more effective treatments in the upcoming decade“, [5, 14, 38]). Hier verweist man allerdings inzwischen meist auf die Tiefenhirn- oder Magnetstimulation, denn die pharmazeutische Industrie hat sich angesichts geringer Erfolgschancen bereits zu einem Großteil aus der Forschung zurückgezogen [1, 51], und auch die viel beschworene „maßgeschneiderte“, „personalisierte Psychiatrie“ auf der Grundlage individueller Biomarker ist trotz bereits jahrzehntelanger Forschungsbemühungen immer noch Programm geblieben [31, 34]. Nun mögen Verfahren einer direkten Gehirnthherapie ja in bestimmten Fällen sinnvoll sein – doch bestehen darin wirklich die therapeutischen Aussichten, die die neurobiologische Forschung eröffnet?

Vielleicht können wir an dieser Stelle aber auch innehalten und uns fragen: Sind wir denn wirklich auf der richtigen Fährte? Oder verlieren wir im immer genaueren, schließlich molekularbiologischen Hinsehen am Ende das Phänomen aus den Augen, um das es uns eigentlich geht – die psychische Krankheit, das Kranksein eines Menschen? Sind die leitenden Grundannahmen: „Psyche = Gehirn“ und „psychische Krankheiten = Gehirnkrankheiten“ vielleicht zu einfach, womöglich gar nicht zutreffend? – Ich will im Folgenden diese Grundannahmen überprüfen, um dann auf die Möglichkeit zurückzukommen, die sich gerade mit einer richtig verstandenen Neurobiologie eröffnet: nämlich die Entwicklung einer Konzeption der Psychiatrie als einer *Beziehungsmedizin* im umfassenden Sinn.

Reduktionistische Annahmen und ihre Überprüfung

Beginnen wir noch einmal bei den aktuellen Forderungen biologischer Psychiater nach einer grundlegenden Revision unserer Konzepte von psychischer Krank-

heit – „rethinking mental illness“, denn „mental disorders are dysfunctions of brain circuits“ [40] und damit seien sie grundsätzlich neurologischen Krankheiten gleichzustellen [74]. Psychiater sollten in „klinische Neurowissenschaftler“ umbenannt werden, das beschleunige die Integration der Psychiatrie in die übrige Medizin und trage damit auch zur Destigmatisierung der Patienten bei [39].

Was diese Hoffnung betrifft, so hat sie sich allerdings als trügerisch erwiesen. Metaanalysen zahlreicher Studien [58, 63] ergaben, dass sich das biomedizinische Konzept der Gehirnkrankheit in den letzten 20 Jahren zwar in der Öffentlichkeit weit verbreitet, aber keineswegs zu einer Destigmatisierung geführt hat – im Gegenteil: Die Mehrzahl der Menschen nimmt eine psychische Störung eher als fremd, abnorm oder sogar als bedrohlich wahr, wenn sie auf einer Störung der Gene oder des Gehirns beruht als auf psychosozialen Ursachen. Und auch die Patienten selbst kann eine biologische Erklärung zwar von Schuldgefühlen entlasten, allerdings um den Preis, dass sie ihre Symptome und Probleme nun als schicksalhaft und außerhalb ihrer Kontrolle liegend erleben [20].

Gleichwohl erklären auch hierzulande Vertreter der biologischen Psychiatrie, psychische Störungen seien letztlich nur durch neuronale Prozesse erklärbar:

Im Kern handelt es sich immer um ein Ungleichgewicht in der Biochemie der Zellen des Gehirns. (...) Natürlich ist das individuelle Leid der Patienten eingebettet in die jeweiligen Lebensumstände (...) Das eigentliche Problem aber wurzelt in Hirnprozessen, dort muss die Behandlung ansetzen [35].

Zugrunde liegt solchen Auffassungen die reduktionistische Annahme, subjektive Erlebnisse wie Gefühle, Gedanken, Wünsche oder Intentionen seien letztlich nur Epiphänomene von Gehirnprozessen. Psychische Zusammenhänge und Erklärungen wären dann nur Platzhalter für noch zu entdeckende molekulare oder neuronale Ursachen. Freilich hätten psychische Krankheiten dann mit Kategorien von Sinn oder Bedeutung nicht mehr zu tun als Schlaganfälle oder andere neurologische Ausfallsyndrome. Eine

solche „Psychiatrie ohne Psyche“ befände sich im Einklang mit dem Chorgesang der materialistischen Neurophilosophie, unsere subjektive Erfahrung sei nichts weiter als „die bunte Benutzeroberfläche eines Neuro-Computers“ [65] und somit eine bloße Illusion – real seien nur die neuronalen Rechenprozesse im Hintergrund.

Doch gegen diese Sicht erhebt sich eine ganze Reihe von Einwänden – ich nenne nur die wichtigsten:

1. Zunächst liefern die neuronalen oder genetischen Daten immer nur statistische Abweichungen, keine Diagnosen. An Gehirnzuständen lässt sich für sich genommen gar nicht erkennen, was als gesund und was als krankhaft anzusehen ist – dies sagt uns nur die Klinik, also der psychisch leidende Mensch selbst. Damit jedoch hängt die Definition psychischer Krankheit wesentlich von subjektiven und kulturellen Faktoren ab, die außerhalb des Gebiets der Naturwissenschaften fallen [42]. Daher ist auch der Neuropsychiater in seiner Forschung nicht nur auf die Aussagen des Patienten angewiesen, sondern darüber hinaus auf eine genaue phänomenologische Analyse dieser Aussagen. Ohne differenzierte Psychopathologie keine valide neurobiologische Forschung.
2. Abweichungen der durchschnittlichen Hirnaktivität besagen als solche noch nichts über die *Ursache* einer Störung – ebenso gut kann es sich um eine Begleiterscheinung oder Folge handeln. Auch die Ursache einer Trauerreaktion ist ja nicht die Aktivierung des zingulären Kortex, die sich dabei beobachten lässt, sondern doch wohl ein als schmerzlich erlebter Verlust. Und nicht die Aktivierung der Amygdala verursacht Angst, sondern primär die *subjektive Wahrnehmung und Bewertung* einer bedrohlichen Situation – und diese übergeordnete Wahrnehmung ist nicht in der Amygdala zu finden, so notwendig sie als Substrat für das Angsterleben ist. Der beidseitige *Ausfall* der Amygdala führt daher zwar zu Furchtlosigkeit [16], doch die Überreaktion der Amygdala bei

Nervenarzt 2017 · 88:520–528 DOI 10.1007/s00115-017-0317-z
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

T. Fuchs

Zwischen Psyche und Gehirn. Zur Standortbestimmung der Psychiatrie

Zusammenfassung

Seit ihrer Entstehung um 1800 bewegt sich die Psychiatrie in dem Spannungsfeld zwischen Geistes- und Naturwissenschaften, zwischen subjektorientierter Erlebenswissenschaft einerseits und objektivierender Neurowissenschaft andererseits. Der Dualismus scheint vielen heute überwunden durch einen Naturalismus, der subjektives Erleben mit neuronalen Prozessen weitgehend gleichsetzt – gemäß Griesingers oft zitiertem Leitsatz: „Psychische Krankheiten sind Gehirnerkrankungen“. Den Fortschritten, die das neurowissenschaftliche Paradigma in der Grundlagenforschung erzielt hat, steht allerdings oft die Tendenz gegenüber, psychische Krankheiten isoliert von den sozialen Beziehungen des Patienten zu betrachten

und die Bedeutung von Subjektivität und Intersubjektivität für ihr Verständnis zu vernachlässigen. Zu suchen wäre daher nach einem Paradigma, das die Psychiatrie als Beziehungsmedizin im übergreifenden Sinn begründen kann: als die Wissenschaft und Praxis von biologischen, psychischen und sozialen Beziehungen und ihren Störungen. In einem solchen Paradigma ließe sich auch das Gehirn als zentrales „Beziehungsorgan“ ohne reduktionistische Verengungen begreifen und erforschen.

Schlüsselwörter

Subjektivität · Intersubjektivität · Soziale Neurowissenschaft · Beziehungsmedizin · Psychiatrische Identität

Between psyche and brain. State of the art in psychiatry

Abstract

Since its development around 1800 psychiatry has been oscillating between the poles of the sciences and the humanities, being directed towards subjective experience on the one hand and towards the neural substrate on the other hand. Today, this dualism seems to have been overcome by a naturalism, which identifies subjective experience with neural processes, according to Griesinger's frequently quoted statement "mental diseases are brain diseases". The progress achieved by the neurobiological paradigm on the level of a fundamental science is in contrast to the tendency to isolate mental illnesses from the patients' social relationships and to neglect subjectivity

and intersubjectivity in their explanation. What should be searched for is therefore an overarching paradigm that is able to establish psychiatry as a relational medicine in an encompassing sense: as a science and practice of biological, psychological and social relationships and their disorders. Within such a paradigm, the brain may be understood and investigated as the central "relational organ" without reductionist constrictions.

Keywords

Subjectivity · Intersubjectivity · Social neuroscience · Relational medicine · Psychiatric identity

Panikstörungen ist nur eine Folge ihrer physiologischen Anpassung an wiederholte *Gefährdungserlebnisse* [46]. Freilich, Bilder suggerieren ihre eigene Realität, und so verleitet auch die Bildgebung nur allzu leicht dazu, *Korrelat bzw. Substrat* und *Ursache* miteinander zu verwechseln [18]. Doch mit dem linearen Kausalitätsbegriff des 19. Jahrhunderts – Gehirnzustand A erzeugt Krankheit B – sind die komplexen Ursachenzusammenhänge psychischer Krankheit nicht zu begreifen, schon gar nicht

ohne das *Erleben* der Patienten in ihrer Lebenssituation.

3. Damit sind wir bei der zentralen Rolle der *Subjektivität*, d. h. des Erlebens aus der Perspektive der 1. Person. Betrachten wir etwa die Auslösung einer Depression, so geht sie in der Regel zurück auf die Wahrnehmung einer Lebenssituation als nicht bewältigbar und bedrohlich – eine Wahrnehmung, die sich nicht auf

neuronalen Prozesse reduzieren lässt.² Damit aber gewinnen subjektive, biographisch erworbene Wahrnehmungs- und Verhaltensbereitschaften eine entscheidende Bedeutung für die Pathogenese, einschließlich des Selbstkonzepts, des Selbstwerts oder der Selbstwirksamkeit [25]. Aber auch für den Krankheitsverlauf stellt das veränderte Selbsterleben und Selbstverhältnis des Patienten eine ständig wirksame Komponente dar. Es schließt z. B. negative Selbstbewertungen und depressive Denkmuster ein, die dann ihrerseits die Wahrscheinlichkeit weiterer Misserfolge und Versagenssituationen erhöhen. Es kommt zu negativen Rückkopplungen und Teufelskreisen, die die Depression noch verschärfen. Ohne solche Kreisprozesse ist eine psychische Störung nicht angemessen zu begreifen.

4. Lässt sich eine psychische Krankheit also nicht von der Person ablösen und allein dem Gehirnsubstrat zuschreiben, so kann sie ebenso wenig als rein individuelle Störung betrachtet werden, also ohne ihren *interpersonalen Aspekt*. Psychische Erkrankungen werden wesentlich von ungünstigen Lebensereignissen und sozialen Einflüssen mitverursacht, also von Störungen der Kommunikation und der Beziehung zu anderen, und das daraus resultierende Krankheitsrisiko liegt weit über dem genetischer Risikovariablen [49, 70]. Umgekehrt beeinträchtigen sie die Fähigkeit der Patienten, adäquat auf ihre soziale Mitwelt antworten zu können – mit nachteiligen sozialen Folgen, die wiederum für ihren Verlauf maßgeblich sind. Alle diese Einflüsse sind zweifellos vermittelt durch neurobiologische ebenso wie epigenetische Prozesse,

doch sie werden vom Gehirn nur aufgenommen, nicht erzeugt.

Die soziale Neuropsychiatrie hat in der Erforschung der komplexen Zusammenhänge zwischen Umwelteinflüssen, Genexpression, Gehirnstruktur und Krankheitsdisposition im letzten Jahrzehnt deutliche Fortschritte erzielt [2, 33, 49]. Sie verfolgt die Einflüsse etwa von Migration, Urbanisierung und sozialer Exklusion auf die Entstehung von Schizophrenie – die freilich aus epidemiologischen und sozialpsychiatrischen Studien schon seit Längerem bekannt sind [42, 59] – nun auch bis in epigenetische und molekulare Mikroprozesse hinein. Allerdings lassen auch diese Zusammenhänge bislang keinerlei spezifisch biologische Interventionsmöglichkeiten erkennen, sondern bleiben in erster Linie Gegenstand sozialpsychiatrischen Handelns. Zudem sind auch hier reduktionistische Tendenzen erkennbar, da in typischen Darstellungen Erleben oder Beziehungen kaum eine Rolle spielen und die meist an Tierversuchen erforschten epigenetischen Mechanismen einfach auf den Menschen übertragen werden:

Die Mechanismen der Gen-Umwelt-Interaktion bei der Depression zu erforschen unterscheidet sich nicht wesentlich vom Verständnis der Wirkung von Umweltgiften auf Krebs oder von Ernährung auf kardiovaskuläre Krankheiten [39].

Völlig außer Acht bleibt hier, dass es entscheidend von der *subjektiven Erfahrung und Bewertung* abhängt, ob ein Stressor beim einen Menschen Resilienz fördert, beim anderen aber zu einem Trauma wird; oder wie sich Arbeitslosigkeit, Trennungen und soziale Exklusion auf die Psyche eines Menschen auswirken, um nur einige Beispiele zu nennen. Es gibt eben *keine direkte Wirkung von Umweltfaktoren auf das Gehirn* – wenn man einmal von einer Gehirnerschütterung absieht. Was Gehirnstrukturen dauerhaft verändert, sind die *Erlebnisse und Erfahrungen, die eine Person in ihrer sozialen Umwelt macht*. Doch diese Erfahrungen lassen sich nicht als neurophysiologische Prozesse, aus der Perspektive der 3. Person beschreiben, denn sie sind an be-

wusstes Erleben, an Kommunikation und Beziehung gebunden.

Um ein Beispiel zu wählen: Wenn ein Redner mit seinem Vortrag in den Gehirnen seiner Zuhörer Nachwirkungen hinterlässt, dann deshalb, weil er *zu ihnen* spricht, nicht zu ihren Neuronen und Synapsen, und weil Redner und Publikum dabei gemeinsam auf Worte, Bedeutungen und die damit bezeichneten Gegenstände gerichtet sind. Würden die Zuhörer einschlafen, so wäre es mit dieser Wirkung rasch vorbei, obwohl immer noch die gleichen Reize ihre Ohren und Gehirne erreichten. Gemeinsame Aufmerksamkeit, „joint attention“, von Kindheit an erfahren und eingeübt – solche *übergreifenden, uns verbindenden, bewussten und intentionalen Erfahrungen* sind es, die in unseren Gehirnen Spuren hinterlassen – und nicht ein Fluss von physikalischen Reizen oder Daten von einem Mund zu einem Gehirn.

Bloße Datenströme haben keinerlei Bedeutung, solange es nicht Subjekte gibt, für die so etwas wie Bedeutsamkeit und Sinn überhaupt erst entsteht. In Bedeutungen nehmen wir auf etwas in der Welt Bezug, sie sind also *Beziehungen*, und die gibt es nicht im Inneren des Kopfes. Daher sind auch unsere bewussten Erlebnisse nicht bloße Epiphänomene neurophysiologischer Prozesse. Es verhält sich vielmehr gerade umgekehrt: Die neuronalen Prozesse in unseren Gehirnen sind nur *Teilstücke, Komponenten der übergreifenden psychischen, also subjektiven und intersubjektiven Prozesse*. Und wenn Psychotherapien nachweislich die Funktion und Struktur des Gehirns verändern [19, 29], dann wiederum nur deshalb, weil sie aus Beziehungs- und Bedeutungserfahrungen bestehen, das heißt, aus sinnhaften Prozessen und Ordnungsmustern, in die das Gehirn einbezogen ist und so verändert wird – „top down“, wie man auch sagt. Das *Teilen* von Gefühlen, Worten und Gedanken ist es, was die heilsame therapeutische Beziehung ausmacht. Subjektivität ist eine Realität, sie verändert Gehirne, ja sie verändert die Welt.

Damit wird die Psyche nicht etwa zu einer freischwebenden Substanz, die quasi von außen auf den Körper oder das Gehirn einwirkt – keineswegs. Als Psyche bezeichnen wir vielmehr *die übergreifen-*

² Damit wird die (vergleichsweise seltene) primär-organische Verursachung einer Depression etwa durch Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata oder Karzinome nicht in Abrede gestellt. Überwiegend handelt es sich aber auch bei auslösenden körperlichen Krankheiten um eine äußeren Stressoren prinzipiell vergleichbare *Lebenssituation*.

de Gestalt, die Erscheinungsform und die Ordnungsmuster all der Beziehungen, die wir als Lebewesen zur Umwelt und als Menschen zu anderen Menschen haben.³ Diese Beziehungsformen werden freilich auch realisiert durch neuronale Prozesse, sie gehen aber keineswegs in ihnen auf. Die Psyche ist kein verborgener Innenraum, der im Gehirn produziert wird [23]. Sie ist lebendig und verkörpert, sie umfasst unseren gesamten Leib als den Resonanzkörper für alle Gefühle [27]; und sie ist zugleich unsere Beziehung zur Welt – sei es das Wahrnehmen und der Umgang mit den Dingen oder die Empathie und Kommunikation mit anderen Menschen. All das ist im Gehirn als solchem nicht zu finden – Gehirne sehen nichts, fühlen nichts und denken nichts, so unerlässlich sie als *vermittelnde*, als „Beziehungsorgane“ für diese übergreifenden Prozesse sind.

Nichts zwingt uns daher, die Identifizierung von Gehirn und Psyche zu akzeptieren, von der die biologische Psychiatrie immer noch ausgeht. Solche Identitätstheorien werden heute zunehmend überwunden durch die Konzepte des „embodied“ und „extended mind“, der verkörperten und ausgedehnten Subjektivität [12, 13, 68, 71]. Bewusstes Erleben ist danach kein „Kino im Kopf“, nicht identisch mit lokalen neuronalen Aktivitäten, sondern ein dynamischer Prozess der Interaktion von Gehirn, Körper und Umwelt. Es beruht zum einen auf der ständigen Interaktion des Hirnstamms mit dem gesamten Körper, denn wie die affektive Neurowissenschaft gezeigt hat, entstehen daraus die Vitalgefühle und das *interozeptive Leibempfinden* als Basis unseres Erlebens [11, 55]. Bewusstsein beruht weiter auf der sensomotorischen Interaktion von Gehirn, Organismus und Umwelt, also auf den rückgekoppelten Kreisbezie-

hungen von Bewegung und Wahrnehmung, die das *erweiterte, auf die Welt gerichtete Bewusstsein* ausmachen [21, 68]. Und es beruht, soweit es das spezifisch-humane *reflexive oder Selbstbewusstsein* anbetrifft, auf den frühen sozialen Interaktionen, in denen das Kind die Perspektivenübernahme erlernt und die Sicht der anderen auf es selbst als *Selbstverhältnis* internalisiert [26].

Bewusstes Erleben entsteht also nur im umfassenden, ökologischen System von Organismus und Umwelt, im Zusammenspiel vieler Komponenten, zu denen das Gehirn und der Körper mit seinem gesamten inneren Milieu, mit seinen Sinnen und Gliedern ebenso gehören wie die passenden Objekte der Umgebung. Schon die einfache Leistung, einen heranzfliegenden Ball zu fangen, lässt sich daher mit Mitteln der Hirnforschung nicht erfassen [66], umso weniger die komplexen körperlichen und verbalen Interaktionen, die sich zwischen zwei Menschen abspielen.

Das Gehirn ist zweifellos das Organ, das all diese Interaktionen vermittelt – und das aufgrund seiner Plastizität durch Interaktionen fortwährend modifiziert und strukturiert wird. Es ist ein interaktives, ein vermittelndes, ein *Beziehungsorgan* [21, 24]. Doch im Gehirn selbst gibt es kein Erleben, kein Bewusstsein, keine Gedanken – all dies existiert nur im Zusammenspiel von Organismus und Umwelt. Es sind Beziehungen und Interaktionen, die von Geburt an unsere Psyche und unser Gehirn formen, die unser Erleben und unsere gemeinsame Welt hervorbringen, und die unserem Leben erst Substanz und Sinn verleihen. Und wenn wir heute lernen, dass selbst einer organischen Krankheit wie der Alzheimer-Demenz am besten durch körperliche Bewegung und soziale Interaktionen vorgebeugt werden kann [57, 60], so zeigt dies erst recht, dass wir das Gehirn als Beziehungsorgan verstehen müssen – als Organ der Psyche nicht als einer vermeintlich lokalisierbaren Innenwelt, sondern der Psyche als übergreifendem, verkörpertem und interaktivem Lebensprozess.

Ein Fach, das die Psyche in seinem Namen trägt, kann sich daher nicht auf die Analyse von Molekülen, Genen und Neu-

ronen beschränken. Molekulare und neuronale Prozesse stellen ebenso wie ihre Abweichungen oder Dysfunktionen nur *Teilstücke* der übergeordneten Kreisprozesse dar. Auch die Bildgebung liefert keine Ansichten der Psyche, sondern nur die Visualisierung notwendiger Teilfunktionen – ähnlich wie die Sauerstoffkonzentration in den Lungenalveolen nur eine Komponente der Atmung wiedergibt, aber nicht den umfassenden Austausch zwischen Organismus und Umwelt, in dem Atmen eigentlich besteht.

Wie die Atmung durch die Lunge, so verlaufen auch alle psychischen Austauschprozesse durch das Gehirn. Dennoch können zu ihren Störungen höchst unterschiedliche, biologische, psychologische und soziale Einflüsse beitragen. Wenn psychische Krankheiten aber nicht nur das Gehirn, sondern die Interaktion von Gehirn, Organismus und Umwelt betreffen, kann es nicht mehr überraschen, dass Hirnscans ihre zugrunde liegende Pathologie nicht adäquat erfassen [4]. Denn in diesen Interaktionen spielt gerade das die entscheidende Rolle, was in einem rein naturwissenschaftlichen Ansatz systematisch ausgeblendet wird: Subjektivität und Intersubjektivität. *Dass sie erlebt werden und sich in Beziehungen abspielen* – das macht psychische Prozesse und psychische Störungen so komplex, dass sie sich nicht in bloßen neuronalen Teilfunktionen abbilden lassen.

Psychiatrie als Beziehungsmedizin: eine integrative Konzeption

Es scheint an der Zeit, nach einer neuen Konzeption für die Psychiatrie zu suchen, die den klassischen Dualismus von Körper und Psyche ebenso hinter sich lässt wie seine neuroreduktionistische Alternative. Ein solches integratives Konzept sollte es uns ermöglichen, zu verstehen, in welchen übergreifenden, ökologischen Zusammenhängen sich psychische Krankheiten entwickeln und wie biologische, psycho- und soziotherapeutische Behandlungsansätze ineinandergreifen. Das hier häufig genannte „biopsychosoziale Modell“ [15] stellte allerdings eher eine Kompromisslösung dar und begnügte sich mit einem bloßen Ne-

³ Diese Definition gilt zum Teil auch für die psychischen bzw. Bewusstseinsfunktionen höherer Tiere. Die spezifisch-humane Psyche ist jedoch darüber hinaus durch das reflexive Selbstverhältnis oder Selbstbewusstsein charakterisiert, das aus den interpersonalen Beziehungen resultiert (siehe unten). Die Definition bezieht sich im Übrigen nicht nur auf fokal bewusste Erlebnisse, sondern schließt auch randbewusste, voroder unbewusste Prozesse ein, etwa implizite Präferenzen, Erwartungen oder Tendenzen.

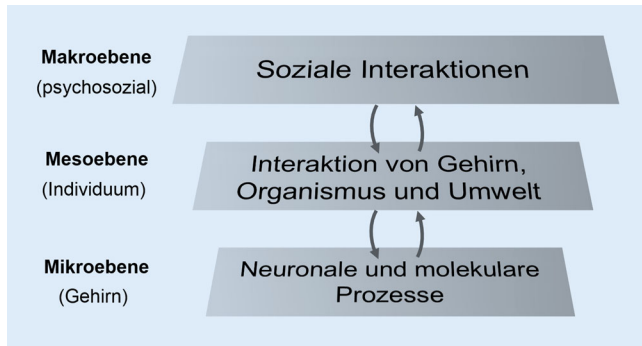


Abb. 1 ◀ Ebenen verkörperter Interaktion mit Top-down- und Bottom-up-Beziehungen (↓↑)

beneinander ursächlicher Faktoren [28]. An seine Stelle können heute *Konzepte dynamischer Kreisprozesse* treten, wie sie etwa im Funktionskreis von Uexkülls [69] oder im Gestaltkreis von Weizsäcker [73] bereits entwickelt wurden. Ob wir die Beziehungen zwischen Gehirn und Körper, zwischen Organismus und Umwelt oder die Beziehungen zwischen Personen betrachten, sie zeigen sich gleichermaßen als kreisförmige, rückgekoppelte Interaktionen.

In den schon erwähnten Konzeptionen einer verkörperten und handlungsbezogenen Kognition („embodied and enactive cognition“) könnte auch die Psychiatrie ein erweitertes Paradigma finden, das Gehirn, Organismus und Umwelt in ihrer dynamischen Einheit begreift. Die neuronalen Prozesse werden darin zu Komponenten in einem übergreifenden Geschehen, das sich auf unterschiedlichen Ebenen betrachten lässt:

- der *Makroebene* psychosozialer Prozesse oder der Interaktion von Personen,
- der *mittleren, individuellen Ebene* der Interaktionen von Gehirn, Organismus und Umwelt und
- der *Mikroebene* neuronaler und molekularer Prozesse innerhalb des Gehirns.

Absteigend zur jeweils nächsten Ebene verengt sich dabei der gewählte Ausschnitt des Geschehens. Die Ebenen sind aber nicht aufeinander reduzierbar, zwischen ihnen besteht vielmehr ein Emergenzverhältnis (▣ **Abb. 1**).

Dabei kommt es sowohl zu Top-down- wie zu Bottom-up-Wirkungen. Eine psychotherapeutische Behandlung als interaktiver, intentionaler Prozess auf der Makroebene modifiziert die beteiligten Ge-

hirnstrukturen – „top-down“. Die veränderte neuronale Struktur ermöglicht aber ihrerseits wieder veränderte Interaktionen des Patienten mit der Umwelt – „bottom-up“, und so fort. Im Zeitverlauf entsteht eine wechselseitige Beeinflussung von übergeordneten psychosozialen Interaktionen und neuronalem Substrat, oder von *Prozess* und *Struktur* [21, S. 161 ff.]. Biologische, psychische und soziotherapeutische Behandlungen setzen dabei an verschiedenen Ebenen und Komponenten an, sie greifen aber kreisförmig ineinander und lassen sich auch komplementär zueinander einsetzen: Wichtig ist nur, dass die Kreisprozesse durch den therapeutischen Impuls eine neue Wendung erhalten.

Psychische Störungen sind in dieser Sicht immer Störungen der *übergreifenden* Prozesse auf der Makroebene; das heißt, sie betreffen die Person in ihrem Selbsterleben und ihrer Beziehung zu anderen. Doch Personen sind auch lebendige, verkörperte Wesen, und daher sind alle ihre psychischen Prozesse zugleich auch biologische Prozesse – freilich nicht begrenzt auf das Gehirn. Gerade eine richtig verstandene biologische Psychiatrie bedürfte eines adäquaten Begriffs des *Biologischen*, nämlich des *an den gesamten Organismus und seine Interaktion mit der Umwelt gebundenen Lebens*. Sie bedarf einer ökologischen Theorie der Biologie, die die sozialen und kulturellen Prozesse außerhalb des Gehirns einbezieht, auch wenn sie sich in Genom- und Gehirnstrukturen funktionell niederschlagen. Erst dann kann sie das Gehirn als das zentrale Vermittlungsorgan für diese übergeordneten Prozesse richtig begreifen; dann können auch die sozialen Neurowissenschaften bedeutsame Kom-

ponenten zum Verständnis der beteiligten Mechanismen beitragen [43, 62].

Psychiatrie hingegen nur als klinische Neurowissenschaft zu proklamieren oder von Genomik und Proteomik das Heil zu erwarten, wäre verfehlt. Denn das Erleben und die Beziehungen eines psychisch kranken Menschen sind der Kern seiner Krankheit, und sie lassen sich weder mit neuronalen noch molekularen Prozessen identifizieren. Wir sollten die Psychiatrie vielmehr begreifen als *umfassende Beziehungsmedizin: als die Wissenschaft und Praxis von biologischen, psychischen und sozialen Beziehungen und ihren Störungen*. Ein ökologisches Konzept der Psyche als übergreifender Gestalt der Beziehungen von Organismus und Umwelt, von Person und Welt wäre geeignet, eine solche Beziehungsmedizin zu begründen. Zweifelsohne gehören alle beteiligten biologischen Prozesse zum Terrain dieser Psychiatrie. In ihrem Zentrum aber steht die *Person* in ihrer Beziehung zu anderen Personen, denn in ihr, im Patienten selbst, kreuzen und vereinigen sich alle Ebenen und Kreisprozesse, die wir betrachten, die wir erforschen und in denen wir auch handeln können.

Resümee

Eine personale Psychiatrie wird in psychischen Krankheiten immer mehr sehen als nur Gehirnkrankheiten. Das Erleben, das Selbstverhältnis und die Beziehungen eines psychisch kranken Menschen stellen die zentralen Komponenten des Krankheitsgeschehens dar. Daher gibt die Beschreibung oder Abbildung der neuronalen Prozesse immer nur Teilstücke des übergreifenden Krankheitsprozesses wieder, selbst dann, wenn neuronale Fehlfunktionen einen wesentlichen Anteil an der Pathogenese haben und maßgebliche therapeutische Verfahren hier ansetzen. Doch keine psychische Erkrankung kann unter Absehung von der Subjektivität und den interpersonellen Beziehungen des Patienten diagnostiziert, beschrieben oder behandelt werden. Insofern betreffen psychische Krankheiten immer die Person in ihrer Beziehung zu anderen Personen.

Unter dieser Voraussetzung müssen sich auch die Forschungsanstrengun-

gen unseres Fachs gleichermaßen auf biologische Prozesse, psychopathologische Erlebnisweisen, psychologisch-biographische Zusammenhänge, soziale Kontexte und vor allem auf ihre komplexen Interaktionen richten, statt sich auf die Vorgänge im Inneren des Gehirns zu verengen. Die Frage nach einer adäquaten und ausgewogenen Ressourcenallokation muss dann auch in der Forschung gestellt werden, nicht nur in der medizinischen Versorgung. Nicht zuletzt aber sollte sich die Psychiatrie auf ihre personalen Traditionen besinnen. Wann ist hierzulande zum letzten Mal ein Lehrstuhl für psychiatrische Psychotherapie, für Psychopathologie oder für Sozialpsychiatrie besetzt worden? Im Bemühen um Mainstreamforschung haben wir die Traditionen verlassen, für die deutsche Psychiatrie einmal Welt- ruhm erlangt hat und nach denen wir im Ausland immer noch gefragt werden.

Eine personale Psychiatrie, eine Psychiatrie der Beziehung, wird zweifellos auch der individuellen Genetik und Neurobiologie ihren notwendigen Platz in einer umfassenden Diagnostik und Therapie zuweisen. Übergeordnet bleibt für sie jedoch die Beziehung von Psychiater und Patient; denn wie der amerikanische Psychiater John Nemiah einmal formulierte:

Wir selbst sind das Instrument, das die Tiefen der Seele des Patienten sondiert, das mit seinen Gefühlen mitschwingt, seine verborgenen Konflikte entdeckt und die Gestalt seiner wiederkehrenden Verhaltensmuster erkennt [53].

Wir selbst sind auch das eigentliche Instrument der Behandlung, der therapeutischen Beziehung. Geht es um die Person des Patienten, so wird kein Hirnscan und kein Biomarker diesem Instrument jemals überlegen sein.

Es geht hier nicht um schöne Worte über Humanität oder „etwas mehr Empathie“. Nein – das ist der Kern unseres psychiatrischen Handwerks. Es ist das, was die Patienten zutiefst von uns erwarten: *Sie wollen verstanden werden*, in gemeinsamer Aufmerksamkeit ihr Erleben mit uns teilen, sie wollen gerade in ihrer Selbstentfremdung, in ihrer Verwirrung erkannt, anerkannt und begleitet werden.

Die Fähigkeit dazu aber ist eine *Kunst*. Sie muss geschult, gebildet, durch geeignete Instrumente der phänomenologischen Exploration (vgl. etwa [56, 61]) unterstützt und vor allem durch Vorbilder gelehrt werden, denn sie lässt sich nicht in diagnostischen Algorithmen abbilden. Eine subjektorientierte, verstehende Psychopathologie auf der Grundlage klinischer Intuition ist nach wie vor unerlässlich für eine valide Diagnostik [22]. Sie dient aber auch nicht nur einer kurzen Diagnose, um dann rasch die richtigen Medikamente einzusetzen; vielmehr stellt sie die primäre therapeutische Beziehung zum Patienten her. Damit ist sie – in Verbindung mit der sorgfältigen Anamnese, der Verhaltens- oder Konfliktanalyse – der Ausgangspunkt jeder Therapie, und diese wird auch immer nur so lange tragen, als sie in eine vertrauensvolle und förderliche Beziehung eingebettet ist: Durchgängig hat sich die therapeutische Allianz als der entscheidende Faktor für einen positiven Behandlungsverlauf von Psychotherapien erwiesen [47]; ebenso hängen Adhärenz, Placebowirkung und Outcome in der Pharmakotherapie maßgeblich von der therapeutischen Allianz ab [17, 44, 48, 67, 72].

In der verstehenden und therapeutischen Beziehung zum Patienten liegt der eigentliche Reichtum unseres Fachs, die eigentliche psychiatrische Kunst, und sie ist es letztlich auch, die es grundlegend von primär organischen Disziplinen wie der Neurologie unterscheidet. Eine Psychiatrie hingegen, die ihr psychopathologisches Fundament vergisst, nämlich das Verständnis und die interdisziplinäre Erforschung der menschlichen Subjektivität, riskiert nicht nur als eigenständige akademisch-medizinische Disziplin unterzugehen, sondern schließlich auch die Fähigkeiten zu verlieren, die für eine personale Behandlung unserer Patienten unabdingbar sind.

Trotz dieser warnenden Worte – die Aussichten der Psychiatrie sind an sich keineswegs düster, im Gegenteil. Sie kann zum Vorreiter einer Entwicklung werden, die für die Zukunft der Medizin als Ganzes bedeutsam ist, nämlich einer Medizin der Person in ihren biologischen, psychologischen und ökologischen Beziehungen. Gerade aufgrund der Kom-

plexität unseres Fachs sind wir als Psychiater in der einzigartigen Position, zwischen Natur- und Geisteswissenschaften, zwischen objektivierenden und subjektorientierten, zwischen individuellen und sozialen Aspekten zu vermitteln und integrierende Sichtweisen zu entwickeln. Weder die Psychologie noch die Psychosomatik oder die Neurologie verfügen über diese Spannweite. Wir sollten daher die spannungsreiche, oft konflikthafte Identität unseres Faches nicht verleugnen, im Gegenteil: Wir sollten sie mit Selbstbewusstsein und Überzeugung vertreten, denn gerade sie ist eine zutiefst humane Identität. Ihr primärer Gegenstand ist nicht das Gehirn, so bedeutsam es ist, sondern der in Beziehungen lebende Mensch. Treten wir dafür ein, dann können wir unser Fach auch in der Öffentlichkeit und nicht zuletzt bei Studierenden und jungen Ärzten wieder zu dem machen, was Martin Roth in ihm sah: „the most humane of the sciences and the most scientific of the humanities.“

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. phil. T. Fuchs

Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universität Heidelberg Heidelberg, Deutschland
thomas.fuchs@urz.uni-heidelberg.de

Danksagung. Der Autor dankt Christian Tewes, Matthias Backenstrass, Franz Resch und zwei anonymen Gutachtern für ihre wertvollen Hinweise.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Fuchs gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Abbott A (2010) The drug deadlock. *Nature* 468:158–159
- Akil H, Brenner S, Kandel E, Kendler KS, King MC, Scolnick E, Watson JD, Zoghbi HY (2010) The future of psychiatric research: genomes and neural circuits. *Science* 327:1580–1581
- Andreasen NC (2007) DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 33:108–112
- Banner NF (2013) Mental disorders are not brain disorders. *J Eval Clin Pract* 19:509–513

5. Blakemore C (2000) Achievements and challenges of the decade of the brain. *EuroBrain* 2:1–4
6. Carpenter WT (2016) The RDoC controversy: alternate paradigm or dominant paradigm? *Am J Psychiatry* 173:6
7. Cawley RH (1993) Psychiatry is more than a science. *Br J Psychiatry* 162:154–160
8. Charney DS, Barlow DH, Botteron K et al (2002) Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. In: Kupfer DJ et al (Hrsg) *A research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Arlington, S31–83
9. Cuthbert BN (2014) The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 13:28–35 (followed by commentaries)
10. Cuthbert BN, Insel TR (2013) Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 11:126
11. Damasio A (2000) Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. List, München
12. Drayson Z (2009) Embodied cognitive science and its implications for psychopathology. *Philos Psychiatr Psychol* 16:329–340
13. Durt C, Fuchs T, Tewes C (Hrsg) (2017) *Embodiment, enaction, and culture. Investigating the constitution of the shared world*. MIT Press, Cambridge
14. Editorial (2010) A decade for psychiatric disorders. *Nature* 463:9
15. Engel G (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:9–135
16. Feinstein JS, Adolphs R, Damasio A, Tranel D (2011) The human amygdala and the induction and experience of fear. *Curr Biol* 21:34–38
17. Frank AF, Gunderson JG (1990) The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry* 47:228–236
18. Frisch S (2016) Are mental disorders brain diseases and what does this mean? A clinical-neuropsychological perspective. *Psychopathology* 49:135–142
19. Fuchs T (2004) Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue. *Curr Opin Psychiatry* 17:479–485
20. Fuchs T (2006) Ethical issues in neuroscience. *Curr Opin Psychiatry* 19:600–607
21. Fuchs T (2016) *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*, 5. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart (Erstveröffentlichung 2008)
22. Fuchs T (2010) Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 43:268–274
23. Fuchs T (2011a) Hirnwelt oder Lebenswelt? Zur Kritik des Neurokonstruktivismus. *Dtsch Z Philos* 59:347–358
24. Fuchs T (2011b) The brain – a mediating organ. *J Conscious Stud* 18:196–221
25. Fuchs T (2012) Are mental illnesses diseases of the brain? In: Choudhury S, Nagel SK, Slaby J (Hrsg) *Critical Neuroscience*. Wiley-Blackwell, London, S 331–344
26. Fuchs T (2013) The phenomenology and development of social perspectives. *Phenomenol Cogn Sci* 12:655–683
27. Fuchs T, Koch S (2014) Embodied affectivity: on moving and being moved. *Front Psychol* 5:508
28. Ghaemi N (2009) The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 195:3–4
29. Goldapple K, Segal Z, Garson C et al (2004) Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. Treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 61:34–41
30. Griesinger W (1845) *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende Bd. 1*. Adolph Krabbe, Stuttgart
31. Gruber O (2011) Hirnbildgebungsmarker. Bedeutung für Differenzialdiagnostik und therapeutische Entscheidungen in der personalisierten Psychiatrie. *Nervenarzt* 82:1404–1413
32. Haag A (2007) Biomarkers trump behavior in mental illness diagnosis. *Nat Med* 13:3–4
33. Heim C, Binder EB (2012) Current research trends in early life stress and depression: review of human studies on sensitive periods, gene–environment interactions, and epigenetics. *Exp Neurol* 233:102–111
34. Holsboer F (2010) Die Zukunft der Depressionsforschung. *Nervenarzt* 81:1306–1316
35. Holsboer F (2011) Psychische Störungen sind Hirnerkrankungen. *Gehirn Geist* 12:36–44
36. Holtzheimer PE, Mayberg HS (2011) Stuck in a rut: rethinking depression and its treatment. *Trends Neurosci* 34:1–9
37. Hyman SE (2003) Diagnosing disorders. *Sci Am* 289:96–103
38. Insel TR (2014) Understanding mental disorders as circuit disorders. *brainfacts.org*. Zugegriffen: 25. März 2014
39. Insel TR, Quirion R (2005) Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA* 294:2221–2224
40. Insel TR, Wang PS (2010) Rethinking mental illness. *JAMA* 303(19):1970. doi:10.1001/jama.2010.555
41. Jablensky A, Kendell RE (2002) Criteria for assessing a classification in psychiatry. In: Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (Hrsg) *Psychiatric diagnosis and classification*. Wiley, Chichester, S 1–25
42. Kirmayer LJ, Gold I (2012) Re-socializing psychiatry. In: Choudhury S, Nagel SK, Slaby J (Hrsg) *Critical Neuroscience*. Wiley-Blackwell, London, S 305–330
43. Kotchoubey B, Tretter F, Braun HA, Buchheim T, Draguhn A, Fuchs T et al (2016) Methodological problems on the way to integrative human neuroscience. *Front Integr Neurosci* 10:41. doi:10.3389/fnint.2016.00041
44. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S et al (1996) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 64:532–539
45. Krystal JH, State MW (2014) Psychiatric disorders: diagnosis to therapy. *Cell* 157:201–214
46. LeDoux J (1998) Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biol Psychiatry* 44:1229–1238
47. Martin DJ, Garske JP, Davis MK (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 68:438–450
48. McCabe R, Priebe S (2004) The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *Int J Soc Psychiatry* 50:115–128
49. Meyer-Lindenberg A, Tost H (2012) Neural mechanisms of social risk for psychiatric disorders. *Nat Neurosci* 15:663–668
50. Mezzing JE (2007) Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 6:65–67
51. Miller G (2010) Is pharma running out of brainy ideas? *Science* 329:481–448
52. Monyer H, Rösler F, Roth G, Scheich H, Singer W et al (2004) *Das Manifest. Elf führende Neurowissenschaftler über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung*. *Gehirn Geist* 6:30–37
53. Nemiah JC (1989) The varieties of human experience. *Brit J Psychiatry* 154:459–466
54. Nesse RM, Stein DJ (2010) Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Med* 10:5
55. Panksepp J (1998) *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press, Oxford
56. Parnas J, Moeller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, Zahavi D (2005) EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology* 38:236–258
57. Pillai JA, Verghese J (2009) Social networks and their role in preventing dementia. *Indian J Psychiatry* 51:22–28
58. Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E (2006) Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatr Scand* 114:303–318
59. Read J, Bentall RP, Fosse R (2009) Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiol Psychiatr Soc* 18:299–310
60. Rolland Y, van Kan GA, Vellas B (2008) Physical activity and Alzheimer's disease: from prevention to therapeutic perspectives. *J Am Med Dir Assoc* 9:390–405
61. Sass L, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J, Jones N (2017) EAWE: examination of anomalous world experience. *Psychopathology* 50 (in press)
62. Schilbach L, Timmermans B, Reddy V, Costall A, Bente G, Schlicht T, Vogeley K (2013) Toward a second-person neuroscience. *Behav Brain Sci* 36:393–414
63. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, Angermeyer MC (2012) Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 125:440–452
64. Schott H, Tölle R (2006) *Magna Charta der Psychiatrie: Leben und Werk von Wilhelm Griesinger*. *Sozialpsychiatr Inf* 4:2–9
65. Slaby J (2011) Perspektiven einer kritischen Philosophie der Neurowissenschaften. *Dtsch Z Philos* 59:375–390
66. Sprevak M (2011) Neural sufficiency, reductionism, and cognitive neuropsychiatry. *Philos Psychiatr Psychol* 18:339–344
67. Stavropoulou C (2011) Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Educ Couns* 83:7–13
68. Thompson E (2007) *Mind in life: biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Harvard University Press, Cambridge
69. von Uexküll J (1973) *Theoretische Biologie*. Suhrkamp, Frankfurt a. M. (Erstveröffentlichung 1920)
70. van Os J, Rutten BP, Poulton R (2008) Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophr Bull* 34:1066–1082
71. Varela FJ, Thompson E, Rosch E (1991) *The embodied mind: cognitive science and human experience*. MIT Press, Cambridge
72. Weiss M, Gaston L, Propst A, Wisebord S, Zicherman V (1997) The role of the alliance in the pharmacologic treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 58:196–204

Buchbesprechung

73. von Weizsäcker V (1986) Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, 5. Aufl. Thieme, Stuttgart (Erstveröffentlichung 1940)
74. White PD, Rickards H, Zeman AZJ (2012) Time to end the distinction between mental and neurological illnesses. Br Med J 344:e3454

C. Pross (unter Mitarbeit von S. Schweitzer und J. Wagner)

„Wir wollten ins Verderben rennen“

Die Geschichte des sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg

Köln: Psychiatrie Verlag 2016, 500 S., (ISBN: 978-3-88414-672-9), 39,95 EUR

Das Buch von Christian Pross zur Geschichte des sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg (SPK) stellt eine ausgesprochen sorgfältige und detailreiche Studie zur Vor-



geschichte, Gründung, Aktivitäten und Nachwehen des SPKs vom Februar 1970 bis Mitte Juli 1971 dar und besticht durch zahlreiche Quellen, insbesondere durch Zeitzeugenbefragungen und ihren Erinnerungen, einschließlich von Pross selbst. Hier wird der damalige Reformgeist und Sympathie für „revolutionäre Experimente“ spürbar, aber es werden auch in abgewogener und kritischer Weise die eher positiven Ansätze des SPKs für einen bessere Behandlung psychiatrischer Patienten bis hin zu der schnell einsetzenden negativen Entwicklung von Bewaffnung, Aufruf zum revolutionären Kampf und Anschluss mancher SPK-Mitglieder an die Rote Armee Fraktion dargestellt. Hervorzuheben ist, dass die Geschichte zum einen anhand der Fakten und der damaligen zeitgenössischen Auseinandersetzung mit dem SPK und zum anderen aus der Innenwelt der Gruppe selbst erzählt wird. Deutlich wird, dass das SPK von Anfang an, auch wenn zu Beginn bestimmte Ideale und auch Notwendigkeiten einer besseren Versorgung standen, durch innere Strukturdefizite und Schwierigkeiten einzelner Mitglieder und insbesondere der Galionsfigur Dr. Wolfgang D. Huber geprägt war. Denn der Hintergrund der Gründung des sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg war vielfältig, aber auch zwiespältig. Psychiatriehistorisch herrschten die alten Verhältnisse der großen Landeskrankenhäuser, einer wenig mitmenschlichen Psychiatrie in den Zeiten vor der Psychiatrie-Enquete. Aber das Buch streicht heraus, daß die psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg damals recht reformorientiert war. Huber war viele Jahre ein ganz „normaler“ Assistent der psychiatrischen Universitätsklinik, der offenbar aufgrund seiner persönlichen Psychodynamik zunehmend in Konflikt mit seinen Vorgesetz-

ten und den Abläufen einer psychiatrischen Klinik geriet. Er hatte eine auf ihn orientierte, „abgekoppelte“ Ambulanz für Hunderte von Patienten, aber auch für Studenten im Sinne einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Beratungsstelle aufgebaut. Als diese wieder stärker integriert werden sollte, brach der Konflikt mit Besetzung des Rektorates durch sein „Kollektiv“ aus, doch gestattete man Huber und seinen Patienten das „Experiment“ in der Rohrbacherstraße fortzusetzen. Es bleibt zu fragen, was das auch Positive und Weitreichende in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Ansätzen des SPKs war. Es standen psychotherapeutische Prozesse vor allem in der Gruppe im Vordergrund. Pross weist mit Recht darauf hin, dass Huber als Nicht-Facharzt nicht wirklich psychotherapeutisch, insbesondere für Gruppenpsychotherapie ausgebildet war. Sie waren nicht störungsspezifisch und fanden oft in Vermengung mit politischen Agitation statt. Für heutige Leser aus den Zeiten von EXin und dialogischen Ansätzen bemerkenswert ist das Ko-Therapeutentum mit Betroffenen. Hier macht Pross deutlich, dass es zwar hilfreich für Patienten war, mit Laien mit ähnlichen Erfahrungen therapeutische Gespräche zu führen, es aber für die Ko-Therapeuten aufgrund fehlender Ausbildung eine starke Überforderung darstellte. Pross ist mit diesem Buch ein Kaleidoskop bundesrepublikanischer Psychiatrie-Geschichte anhand des SPKs Anfang der 1970er Jahre gelungen. Es ist gut und anschaulich geschrieben, grafisch-redaktionell hätte man sich ein besseres Absetzen der Textpassagen von dem der Zitate gewünscht. Es ist wie ein Blick in die „Pubertät“ der Republik und man wird als ein Nachgeborener daran erinnert, wieviel Kreativität und Erneuerungswillen in der Umwälzung der damaligen psychiatrischen Landschaft kurz vor der Enquete vorhanden waren. Es zeigt viele damalige Ansätze, die teilweise in den letzten Jahren als neu in der Versorgung „gefeiert“ wurden, aber auch wie Innovationskraft umschlagen kann in Selbsterstörung und Gefährdung anderer.

G. Juckel (Bochum)