

## **Warum neuropsychodynamische Psychiatrie? Geschichte(n) eines Psychiaters**

*Heinz Böker*

Vortrag anlässlich des Abschiedssymposiums „Depressionen – Herausforderungen in Klinik und Forschung“

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, 18.12.2015

### **Einleitung und Überblick**

Liebe Susanne, liebe Erichs, vielen Dank für Eure freundliche Einführung !

Liebe KollegInnen und Kollegen, meine Damen und Herren, ich möchte mich sehr für Ihr Kommen bedanken und für Ihr Interesse an den Geschichten eines Psychiaters!

Geschichte(n) geraten in Vergessenheit: Deshalb möchte ich Ihnen einige Geschichten erzählen, zu dem, was ich erlebt habe, was mich geprägt hat, in persönlicher und beruflicher Hinsicht, und was dazu beigetragen hat, den Weg in die Psychiatrie zu finden und dort zu bleiben. „Denn die Menschen: Das sind ihre Geschichten. Geschichten aber muss man erzählen“, so der deutsche Philosoph Odo Marquard, von dem später noch zu berichten sein wird.

Ich möchte Sie einladen, mich auf diesen Spaziergang zu begleiten. Dabei werde ich mit Ihnen an einigen Kreuzungen auf dieser Wegstrecke innehalten. Diese Kreuzungen, an denen zuletzt auch wichtige Entscheidungen für mich gefallen sind, sind eingebettet in sieben Kontexten:

1. Der erste, biographische Kontext wird Sie ein wenig vertraut machen mit Eindrücken und Stimmungen in meiner Kindheit und Jugend, mit der Atmosphäre der fünfziger und sechziger Jahre, dem Aufbruch in der Adoleszenz (um damit auch an dem aktuellen Thema „Adoleszentenpsychiatrie“ unseres Psychiatrischen Kolloquiums im Herbstsemester anzuknüpfen) und während des Studiums.
2. Der zweite Kontext bezieht sich auf politische und gesellschaftliche Zusammenhänge, die ich in einer persönlichen Perspektive betrachte.
3. Der dritte Kontext bezieht die Auseinandersetzung mit dem Unbewussten und der Psychosomatik ein.
4. Der vierte Kontext ist angereichert durch meine frühen Erfahrungen mit der Psychiatrie (während meines Zivilen Ersatzdienstes und meines Studiums).

5. Der fünfte Kontext beschreibt meine berufliche Sozialisation in psychiatrischen Kliniken, in denen Diagnostik und therapeutisches Handeln geleitet waren von psychodynamischen Konzepten. Bereits an dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Stavros Mentzos erwähnen, dem ich vielfältige Anregungen zu verdanken habe. Stavros Mentzos hätte heute hier zu Ihnen sprechen sollen; er ist leider im Frühjahr dieses Jahres gestorben. Meinen Vortrag möchte ich Stavros Mentzos widmen.
6. Der sechste Kontext bildet wissenschaftliche Fragestellungen in der Psychiatrie ab: In der Auseinandersetzung von Psychoanalyse und Neurowissenschaften rückt dabei das Selbst in den Fokus des Interesses.
7. Der siebte Kontext bezieht sich auf die neuropsychodynamische Psychiatrie: Auf der Grundlage meiner bisherigen Erfahrungen möchte ich Ihnen deutlich machen, was ich, was wir unter diesem Begriff verstehen und warum wir (ich meine damit auch insbesondere Georg Northoff und Peter Hartwich) davon überzeugt sind, dass dieses Konzept als eine Leitidee zukünftiger wissenschaftlicher Forschung in der Psychiatrie und der Diagnostik und Therapie in der psychiatrischen Klinik und Praxis von grosser Bedeutung sein wird und – so hoffe ich – zu einer lebendigen Diskussion zwischen den Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlichster Positionen innerhalb unseres interessanten Faches beitragen wird.
8. Ich schliesse mit einem Ausblick auf die Zukunft.

## **1. Biographischer Kontext**

Die erste therapeutische Handlung meines Lebens bestand darin, mich als kleiner Junge um das verletzte Bein meines Grossvaters zu kümmern. Mein Grossvater war als Soldat im Ersten Weltkrieg, dieser „Urkatastrophe des 20. Jahrhunderts“, schwer verletzt worden. Die Verletzung trug dazu bei, dass er bis zu seinem Lebensende unter starken Schmerzen litt und humpelte. Ich bin mir nicht mehr sicher, wie es dazu kam, dass ich – vielleicht als sein Lieblingsenkel – schon sehr früh die Aufgabe erhielt, mich um sein Bein zu kümmern, es regelmässig zu verbinden und später auch Blutegel anzusetzen, damit die schmerzliche Schwellung ein wenig gelindert wurde.

Mein Grossvater, ein sehr ruhiger Mann, trug seine Verletzung bis zum Lebensende beinahe stoisch, sprach kaum über die Hintergründe. Erst sehr viel später – während meiner Jugendzeit – deutete er den erlebten Schrecken an.

Im Grabenkrieg liessen Millionen von Soldaten ihr Leben, man geht heute von etwa neun Millionen Soldaten aus. Die Zahl der zivilen Opfer wird ebenfalls auf mehrere Millionen

Menschen geschätzt. Ganze Landschaften wurden verwüstet. In den Materialschlachten des Ersten Weltkriegs wurden so viele Soldaten und Rüstungsgüter eingesetzt, wie nie zuvor. Im April 1915 setzten die deutsche Wehrmacht erstmals Chlorgas ein, im Juli 1917 erstmals Senfgas.

Mein Grossvater blieb weitgehend stumm. Im Übrigen kamen mir die meisten Erwachsenen stumm vor, wenn es um die Geschichte des Ersten und Zweiten Weltkriegs und des Dritten Reiches ging. Erst später erfuhr ich, dass etwa jeder dritte Mann aus den beiden Familien meiner Eltern in den beiden Weltkriegen ums Leben gekommen war. Ich erfuhr vom Tod meiner Schwester in den Nachkriegswirren, zwei Jahre vor meiner Geburt.

Diese frühe Zeit in den fünfziger Jahren war – soweit mir noch rememberlich ist – auch geprägt durch die grossen Flüchtlingsströme bzw. die Integration von Flüchtlingen aus den ehemaligen Ostgebieten Deutschlands. Es sollen wohl 12 - 13 Millionen Menschen gewesen sein, die innerhalb kurzer Zeit integriert werden mussten. Es ging nicht ohne soziale Spannungen ab und ich entdeckte schon früh, dass Vorurteile (damals gegenüber den Flüchtlingen aus dem Osten) nur in direktem Kontakt zu überwinden sind und sich dann in der Begegnung mit diesen Fremden (z.B. im Spiel mit den Kindern der bei meinen Grosseltern einquartierten Flüchtlingsfamilien) etwas Neues eröffnete und Spannendes sich ereignete.

Aber es blieb die Stummheit, das Schweigen der Erwachsenen. Dazu passen auch die Bilder aus den Endfünfziger Jahren, an die ich mich noch heute erinnere: Heimkehrer aus den Kriegsgefangenen-Lagern in Sibirien, die nach den Verhandlungen zwischen Chruschtschow und Adenauer entlassen wurden. Diese ausgemergelten Männer blieben stumm, meistens starben sie nach kurzer Zeit.

Im Übrigen gehört auch das Spielen auf Trümmergrundstücken zu meinen Kindheitserinnerungen: So waren doch ca. 90% aller Gebäude am Ende des 2. Weltkrieges in Hannover zerstört worden. Das Spiel auf Trümmergrundstücken gehört zu meinen frühesten Kindheitserinnerungen.

## **2. Politischer und gesellschaftlicher Kontext**

Beim Nachdenken über diesen Vortrag sind mir viele Erinnerungen gekommen, insbesondere aus der Zeit meiner Pubertät und Adoleszenz. Mögen die erinnerten

Begebenheiten auch lange Zeit zurückliegen, so waren sie doch für meine weitere Entwicklung von recht grosser und nachhaltiger Bedeutung.

Der neugierige Junge, der Fragen stellte, stiess – wie ich schon angedeutet habe – oft auf eine Mauer des Schweigens. Dieses Schweigen ist für mich nahezu charakteristisch für die späten 50er und die frühen 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts.

Schon frühzeitig erfuhr ich im Schulunterricht, dass die Synagoge in der benachbarten Kleinstadt im Rahmen des – in zynischer Weise – als „Reichskristallnacht“ bezeichneten Pogroms niedergebrannt worden war. Auf meine Fragen nach dem Warum hörte ich dann: „Wir wissen es nicht“ oder auch „Die jüdischen Viehhändler haben die deutschen Bauern oft betrogen“.

Auch die Bilder vom sogenannten Eichmann-Prozess (1961) in Jerusalem wurden zumeist stumm betrachtet. Oder mit den Worten kommentiert: „Das wussten wir alles nicht“, „Es waren nur wenige, die eingeweiht waren und die so etwas – d.h. die millionenfache Ermordung von Menschen jüdischen Glauben – gemacht haben“.

Nicht anders waren die Reaktionen auf den Auschwitz-Prozess, der 1963 in Frankfurt/M. stattfand. Ohne den mutigen hessischen Staatsanwalt Fritz Bauer wäre dieser Prozess möglicherweise nicht geführt worden. Fritz Bauer kämpfte in den späten 50er Jahren gegen einen von ehemaligen Nazis geprägten Justizapparat an. Er kämpfte dafür, dass die Schuldigen am Völkermord an den Juden zur Rechenschaft gezogen wurden für ihr Handeln im Unrechtstaat. Er kämpfte dafür, dass endlich all das zur Sprache kam, was in der jungen Bundesrepublik sorgsam unter den Teppich gekehrt wurde.

Die in Hannover geborene Philosophin Hannah Arendt wollte verstehen, wie der Nationalsozialismus und der Holocaust möglich waren. Sie beobachtete den Prozess gegen den ehemaligen SS-Obersturmband-Führer Adolf Eichmann in Jerusalem, der als Leiter des Judenreferats die Deportation der Juden organisiert hatte. Ihre Antworten auf die Frage, wie das Unfassbare geschehen konnte, sind bis heute umstritten. Sie sprach von der „Banalität des Bösen“ und bezeichnete Eichmann als „Hanswurst“, einen Menschen ohne Bezug zu sich selbst, der behauptete, nur Befehle ausgeführt zu haben. Und sie beschrieb die Anfälligkeit des „entwurzelten Massenmenschen“ für Ideologien und Verschwörungstheorien und die Festigung von Herrschaftsstrukturen durch Terror.

Mit dieser „Banalität des Bösen“ wurde ich 20 Jahre später als junger Assistenzarzt in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Giessen konfrontiert: Professor Emil Schuhmacher, damaliger Ordinarius für Psychiatrie und Klinikchef, Psychoanalytiker und namhafter Experte für Forensische Psychiatrie, beteiligte mich an Gutachten, die im Rahmen der nun endlich eingeleiteten Prozesse gegen ehemalige Nazi-Verbrecher auf Antrag der Gerichte zu erstellen waren. Diese ehemaligen Nazis konnten sich in der Regel zunächst an nichts erinnern. Sie fühlten sich – mit ihren dokumentierten Verbrechen konfrontiert – in der Regel nicht schuldig bzw. verwiesen darauf, lediglich Befehlsempfänger gewesen zu sein. In einem dieser Verfahren ging es um einen ehemaligen SS-Sturmabführer, der für den Tod von Hunderten, wenn nicht Tausenden von Juden in Konzentrationslagern verantwortlich war. Dieser Mann galt inzwischen als ein angesehener Mann, Bürgermeister, Vorsitzender mehrerer Vereine in seinem Dorf. Nicht vergessen kann ich die Kälte und Gleichgültigkeit dieses Mannes, auch nicht vergessen kann ich die empörte Reaktion der Dorfbewohner, die die Forderung stellten, es müsse endlich Schluss sein mit diesen Verfahren gegen unschuldige Deutsche, die lediglich ihre Pflicht getan hätten.

Ich bin einigen Deutsch- und Geschichtslehrern in meiner Schulzeit sehr dankbar, die mich und uns an bestimmte Dimensionen der Vergangenheit herangeführt haben, die einer Bewältigung letztlich nicht zugänglich sind. Die Verbrechen von Hitler, Goebbels und Himmler und ihren zahlreichen Handlangern markieren für immer das Schlimmste, wozu Menschen fähig sind, ohne Vergleich oder historische Relativierung.

Diese Auseinandersetzung mit der Geschichte trug sicherlich während meiner Schulzeit zu einer deutlichen Politisierung bei. Vor diesem Hintergrund verschlug es uns den Atem, als bei der Bundestagswahl 1966 die ganz offensichtlich faschistische „Nationaldemokratische Partei Deutschlands“ (NPD) 10% der Stimmen errang: Und dies 20 Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs!

Diese Geschehnisse trugen zu einer deutlichen Politisierung an Universität und Schulen bei. Die Anti-NPD-Demonstrationen führten zu heftigen Auseinandersetzungen mit der Polizei (ich kann mich noch daran erinnern, in deren Verlauf irgendwann unter einem Polizeipferd gelandet zu sein).

Die Situation eskalierte, als im Jahre 1967 der Student Benno Ohnesorg von einem Polizisten (Kurras) erschossen wurde. Erst wesentlich später sollte sich herausstellen, dass dieser Polizist möglicherweise ein bezahlter Agent der DDR –Staatssicherheit, ein agent provocateur, war.

Es war die Zeit des Vietnam-Kriegs und des Militärputsches in Griechenland. Beide Ereignisse führten zu anhaltenden Demonstrationen und trugen zur Entwicklung der Ausserparlamentarischen Opposition bei.

Die zunehmende Polarisierung in der Bevölkerung wurde nur zwischenzeitig unterbrochen, als es beispielsweise der Ausserparlamentarische Opposition (APO) gelang, Ziele zu proklamieren, die auch eine Mehrheit der Bevölkerung plausibel erschienen. Ich schwänzte damals den Unterricht, um mich in Hannover an Demonstrationen zu beteiligen, deren Ziel es war, die überhöhten Tarife im Nahverkehr zugänglich zu machen (es handelte sich um die sogenannten Üstra-Demonstrationen im Jahre 1969). Der „Spiegel“ schrieb dazu: „Es war das erstmal, dass deutsche Bürger den Antiautoritären beifällig zusahen, dass Opas die Apos verstanden“.

Als kleine Anekdote am Rande: Ich musste für die Teilnahme an diesen Demonstrationen büßen, indem mir unser Religionslehrer eine Strafarbeit auferlegte: Eine kritische Rezension von Dostojewskis „Dämonen“, in denen es um die Verführbarkeit des Menschen durch Ideologien geht.

Ich kehre noch einmal zurück zum Ende meiner Schulzeit: In unserer letzten Schulstunde nach dem Abitur fragte ich unseren – schon erwähnten – von mir sehr geschätzten, Deutsch- und Geschichtslehrer (dazu musste man übrigens damals im Unterricht aufstehen und sich einer höflichen Sprache bedienen): „Herr Dr. Hagemann, ich möchte Ihnen für all das danken, was wir von Ihnen gelernt haben. Erlauben Sie mir bitte die Frage, was ist das Wichtigste im Leben, was wir niemals vergessen sollten?“

Oberstudienrat Dr. Hagemann ging an die Tafel, schrieb stumm das Wort „Macht“ an die Tafel, warf die Kreide in den Raum und verliess uns grusslos. Ich habe ihn nie wieder gesehen.

Endlich waren aber auch andere Töne zu hören: Die Musik der Beatles und Stones und insbesondere Bob Dylan, dessen Lieder mich bis heute begleiten: „The times they are a changing“.

### **3. Im Kontext des Unbewussten und der Psychosomatik**

Mein Antrag auf Anerkennung als Kriegsdienstverweigerer war abgelehnt worden. Ich hatte diesen Antrag mit ethischen und politischen Gesichtspunkten, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des Vietnam-Krieges und der damaligen politischen Auseinandersetzungen in Griechenland nach dem Putsch der rechtskonservativen Generale begründet. Einer der Beisitzer im zuständigen Ausschuss hatte seinen rechten Arm im Kampf um Stalingrad verloren. Dieser Mann konfrontierte mich dann mit der absurden Fragen: „Was machen Sie denn, wenn Sie mit Ihrer Freundin im Wald unterwegs sind, ein fremder Mann diese bedroht, benutzen Sie Ihre – zufällig mitgenommene (!!!) – Maschinenpistole? Ja oder Nein?“.

Nun, ich wurde also zum Grundwehrdienst bei der Bundeswehr eingezogen und zu meiner Überraschung gleich am ersten Tag zum Bataillonskommandeur bestellt. Dieser hatte eine Akte vor sich, die offensichtlich Informationen und Fotos aus meiner Zeit im Stadtschülerrat in Hannover enthielt. Korrekt beantwortete ich seine Frage, was ich denn vorhabe, nach Beendigung der Grundwehrzeit zu studieren: „Germanistik und Soziologie“. Daraufhin erklärte er mir: „Funker Böker, hiermit erkläre ich Ihnen, dass Sie keinen Tag an einer deutschen Universität studieren werden, wenn Sie auch nur einen einzigen Befehl, den ich oder wir Ihnen erteilen, nicht ausführen!“.

Sie können sich sicher vorstellen, wie empört und ausgeliefert zugleich ich mich in dieser Situation fühlte.

Wenig später landete ich dann tatsächlich in einer Arrestzelle, weil ich den Dienst an der Waffe ablehnte (im Übrigen war ich damals ein guter Sportschütze!).

Es kam aber noch schlimmer: Aus einer Schikane heraus sollte ich die Grundausbildung ein zweites Mal durchlaufen (dieses Mal nicht mehr bei einer technischen Einheit, sondern bei den Panzerschützen). Ich erkrankte an Pfeifferschem Drüsenfieber, offensichtlich an einer komplizierten Verlaufsform mit ausgeprägter Leber- und Milzbeteiligung. Wochenlang lag ich im Bundeswehrlazarett und musste schliesslich auf eine Intensivstation einer städtischen Klinik verlegt werden.

Mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit stand dieser komplikationsreiche Verlauf in einem Zusammenhang mit dem enormen psychischen Druck, dem ich ausgesetzt war: Krankheit als Konflikt, wie Alexander Mitscherlich diese Erlebnisverarbeitung in seinen „Studien zur psychosomatischen Medizin“ beschrieb (Mitscherlich, 1966). In der Auseinandersetzung

zwischen wahrnehmendem Ich und Innenwelt und zwischen Ich und Welt lässt die Entstehung einer Krankheit eine Rückzugslinie sichtbar werden.

Schliesslich wurde ich von der nächsthöheren Instanz, dem Verwaltungsgericht, als Kriegsdienstverweigerer anerkannt. Allerdings freute ich mich zu früh auf die Entlassung aus der Bundeswehr, denn das Bundesverteidigungsministerium behielt es sich vor, gegen das Urteil Revision einzulegen. In dieser verfahrenen Situation erstattete mein damaliger Anwalt (ein überzeugter Werteliberaler und mutiger Kritiker des Dritten Reiches) Anzeige gegen die Bundesrepublik Deutschland wegen Freiheitsberaubung. Wenige Tage später wurde ich aus der Bundeswehr entlassen.

Von dem für die Organisation des Zivilen Ersatzdienstes Verantwortlichen befragt, wo ich mir denn einen Einsatz vorstellen könnte, äusserte ich meinen Wunsch, in einer psychiatrischen Klinik zu arbeiten. Dann sind Sie wohl in Norddeutschland der erste Zivildienstleistende in der Psychiatrie, so hiess es.

In der Psychiatrischen Klinik Langenhagen (bei Hannover) wusste man dann doch nicht so recht, was man mit mir anfangen sollte. Man steckte mich in den Nachtdienst, von abends 20 Uhr bis morgens 7 Uhr. Ich sass auf einem verschlissenen Sessel im Männer-Wachsaal der Klinik: Umgeben von etwa 20 männlichen Patienten unterschiedlichen Alters, von 18 bis 80 Jahren. Offensichtlich waren die psychiatrischen Diagnosen ebenso heterogen. Neben jüngeren Patienten, die drogenabhängig waren, lagen Patienten mit paranoider Schizophrenie, Depressionen und Demenz.

Auch wenn ich gelegentlich von Bett zu Bett ging und Medikamente verteilte, so wusste auch ich nicht so recht, was ich während dieser Nächte machen sollte. Also nutzte ich diese Zeit und las unter einer funzelligen Lampe, eben das, was man als angehende(r) Soziologie-Student damals las (Horckheimer, Adorno, Habermas, Sartre). Irgendwie schien meine Anwesenheit den Patienten gut zu bekommen, obwohl ich ja gar keine Ahnung von Psychiatrie hatte. Mir fiel auf, dass gerade diejenigen Patienten, von denen man mir gesagt hatte, sie hätten einen „Bleuler“, im Laufe der Nacht immer wieder suchend zu mir schauten, und offensichtlich beruhigt waren, wenn auch ich mich nicht aus der Ruhe bringen liess.

Nach mehreren Monaten dieser Nachtdienste gab es dann allerdings einen Zwischenfall, den ich mehr oder weniger zufällig beobachtete: Ich sah, wie zwei Pfleger einen jungen Patienten packten und mehrere Meter die Treppe hinunterwarfen mit dem Kommentar, man lasse sich von Drogenabhängigen nicht auf dem Kopf herumtrampeln.



Die Betreuungssituation in der Psychiatrie was damals eine gänzlich andere: Es gab nur wenige Arztstellen. Der überwiegende Anteil der Pflegenden hatte keine fachspezifische Ausbildung, weitere therapeutische Angebote – wie wir sie heute kennen – gab es nicht. Die Pflege war in der kustodialen Psychiatrie eher militärisch organisiert.

Der beobachtete Zwischenfall empörte mich. Ich wandte mich am nächsten Tag an den zuständigen Oberpfleger. Ich weiss nicht mehr, welche weiteren Konsequenzen gezogen wurden, jedenfalls wurde ich von diesem Tag an nicht mehr im Nachtdienst eingesetzt, sondern bis zum Ende meiner Dienstzeit auf den offenen Stationen der Klinik. Auch hier wusste man nicht so recht, was man mit mir anfangen sollte. Es hiess, rede mit den Leuten, geh mit ihnen spazieren. Das tat ich nun ausgiebig und ich gewann einen Einblick in zahlreiche Lebensgeschichten, die mich sehr berührten.

Ich denke, dass es diese Begegnungen waren, die bei mir zur Änderung meines Studienwunsches führten. Ich beschloss, Medizin zu studieren.

Neben diesen bewegenden Begegnungen mit den unterschiedlichsten psychiatrischen Patienten wurde ich auch eingesetzt als Helfer bei der Durchführung der Elektrokrampftherapie. Ich war zunächst sehr irritiert und war dabei natürlich auch geletet von den gesellschaftlichen Vorbehalten gegenüber dieser auf den ersten Blick doch sehr kruden, mechanistisch anmutenden Behandlung. Sehr bemerkenswert war es allerdings für mich zu beobachten, dass manche Patienten, die – in ihrem Stupor – völlig erstarrt und stumm waren – häufig bereits nach wenigen Behandlungen deutlich gebessert waren.

Ich war sehr glücklich darüber, ohne lange Wartezeit trotz des Numerus Clausus einen Medizinstudienplatz in Freiburg/Breisgau zu erhalten. Ein Motiv für die Wahl des Studienortes bestand darin, dass dieser möglichst weit weg vom Heimatort liegen sollte. Es war eine Zeit des Aufbruchs mit vielfältigen Eindrücken im Badischen, im Elsass und in Basel. Neben der Medizin interessierten mich Vorlesungen zur Philosophie und Soziologie.

Diese Zeit des Aufbruchs wurde dann allerdings jäh unterbrochen: Bei den Vorbereitungen für den Präparierkurs bemerkte ich, eines Tages, dass ich nicht mehr schreiben konnte. Ich hatte unerträgliche Schmerzen an den Fingern, hatte dabei die Vorstellung, dass diese mir abgeschnitten würden. Ich wusste, dass ich – noch – nicht verrückt war, konnte aber willentlich meine Phantasien und Schmerzen nicht überwinden.

Was war geschehen? Wenige Wochen zuvor hatte sich meine damalige Freundin, meine grosse Jugendliebe, überraschend von mir getrennt. Dieser Trennungsschmerz zerriss mich beinahe, die bedrückte Stimmung lag wie ein Schatten über allem, ein undurchdringliches Grau. Noch schlimmer aber die Schmerzen, die auftraten, sobald ich aktiv wurde, sobald ich ging, sobald ich einen Kugelschreiber in die Hand nahm, um zu schreiben. Pflichtgemäss quälte ich mich an den Schreibtisch, war aber nicht in der Lage, konzentriert zu lesen, geschweige denn etwas zu schreiben. Schliesslich träumte ich stundenlang vor mich hin und starrte bewegungslos an die Decke. In diesen Phantasien tauchte meine Mutter auf, verbunden mit einer inneren Zerrissenheit: Sollte ich nach Hannover, meinem Heimatort, zurückfahren, oder lieber in Freiburg bei meinen Freunden bleiben? Diese Ambivalenz wurde immer konkreter und körperlich erfahrbar. Mehrfach stieg ich in meinen Renault 4, um nach Hannover zu fahren. Schon bei der blossen Vorstellung, in dieser Richtung „zurückzufahren“, nahmen die Schmerzen allerdings an den Fingern, jetzt auch an den Füßen zu.

Ich blieb also besser in Freiburg. Man könnte es so formulieren, dass ich im Rahmen dieser Konversionsneurose frühzeitig mit dem konfrontiert wurde und am eigenen Körper erlebte, was Stavros Mentzos später als „Autonomie-Abhängigkeits-Dilemma“ bezeichnete. Der Schmerz verstärkte sich, wenn ich in Richtung des Elternhauses fahren wollte, er nahm ab in der Gegenrichtung.

In Freiburg suchte ich die studentische Beratungsstelle auf und begann eine psychodynamisch orientierte Kurzzeitpsychotherapie. Ich bin meiner damaligen Psychotherapeutin, der Leiterin der Psychologischen Beratungsstelle und später bekannt gewordenen Lehranalytikerin Frau Dr. Erika Krecji, noch heute dankbar für diese intensive emotionale Erfahrung und die ersten Einblicke in die der Symptomatik zugrunde liegende komplexe Psychodynamik. Noch heute berührt es mich sehr, wenn ich daran denke, wie ich am Ende der Psychotherapie das erste Mal wieder die Schönheit Freiburgs, das Glitzern und Plätschern der vielfach beschriebenen „Bächle“ wahrnahm.

Die damals erlebte Konversionsneurose wies mich frühzeitig auf die Intensität, Wirkmächtigkeit und Nachhaltigkeit unbewusster Prozesse hin (ohne dass irgendwelche objektive Befunde festzustellen waren). Die Mehrschichtigkeit und Komplexität der zugrunde liegenden Psychodynamik wurde mir schliesslich erst in meiner späteren Lehranalyse in einem spiralförmigen Erkenntnis- und Erlebensprozess schrittweise bewusst.

#### **4. Frühe Erfahrungen mit der Psychiatrie**

Wie Sie bereits erfahren haben, habe ich bereits während meines Zivilen Ersatzdienstes erste Erfahrungen in einer psychiatrischen Klinik gesammelt. Diese Einblicke konnte ich dann während des Medizinstudiums vertiefen. Zu Beginn und in der Mitte der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts hatten die Ideen der Studentenbewegung (der „1968er“) auch die medizinischen Fakultäten erfasst. Damit rückte auch die Psychiatrie und ihre damals verheerenden Umstände in den Fokus der Aufmerksamkeit. Der fast völlige Mangel an therapeutischer Betreuung in den grossen psychiatrischen Kliniken trug dazu bei, dass sich an vielen Orten sogenannte „Laien-Hilfegruppen“ bildeten. Es handelte sich wahrscheinlich überwiegend um Studierende, die mit ihrem Engagement versuchten, die Vernachlässigung der Patienten und die Tristesse in den psychiatrischen Kliniken auszugleichen. Auch ich war Mitglied in einer Laien-Hilfegruppe: Von Freiburg aus fuhren wir regelmässig in das Psychiatrische Krankenhaus Emmendingen, später dann in Giessen in die dortige grosse Psychiatrische Klinik des Landeswohlfahrtsverbandes. Die vielfach chronifizierten Patienten waren dankbar für diese Begegnungen. Oftmals warteten sie schon an der Stationstür auf uns. Wieder andere tasteten sich mit ihrem Bollwerk des Misstrauens an uns heran: So sagt Herr S.: „Die Begegnungen zwischen Menschen sind Krieg“. Gleichwohl setzt er sich zu uns und beobachtet stumm das Geschehen in der Gruppe.

Auch das Studium selbst wurde von der gesellschaftlichen und politischen Bewegung erfasst. Vorübergehend wurden die meisten grossen Hauptvorlesungen eingestellt. Viele Themen wurden – z.T. in von Studierenden selbst organisierten – Arbeitsgruppen erarbeitet. Ich selbst nahm über mehrere Semester an einer freiwilligen Arbeitsgruppe zum Thema Sucht teil.

Neben der Auseinandersetzung mit dem vermittelten Wissensstoff war es für eine grössere Gruppe von Studierenden auch selbstverständlich, sich ausserhalb der Universität zu engagieren. In Giessen geschah dies beispielsweise – angeregt durch Horst-Eberhard Richter – durch das Engagement für den „Eulenkopf“, d.h. für die Menschen, die in einem schwierigen sozialen Quartier lebten.

Während des Medizinstudiums wurde ich sehr geprägt durch das Wirken von Professor Horst-Eberhard Richter: Er hatte den neu gegründeten Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin an der Justus-Liebig-Universität Giessen inne und wirkte als äusserst engagierter Arzt, Psychoanalytiker, Familientherapeut und nicht zuletzt auch politisch engagierter Bürger.

Trotz meines grossen Interesses an der Psychiatrie war es für mich lange Zeit nicht klar, ob ich später einmal Psychiater werden sollte. Mein Interesse galt sehr vielen Themen, nicht zuletzt auch Fragestellungen der Grundlagenwissenschaften. Lange Zeit schwebte mir beispielsweise vor, Grundlagenforschung in der Immunologie und Virologie durchzuführen. Als mir dann allerdings im Rahmen eines längeren Praktikums ein ganzer Stapel bebrüteter Hühnereier aus der Hand fiel, habe ich dies als ein Zeichen interpretiert, mich in eine andere Richtung bewegen zu müssen.

Die teilweise prekären Verhältnisse in vielen deutschen psychiatrischen Kliniken wurden ernüchternd in der sogenannten „Psychiatrie-Enquete“ des deutschen Bundestags (im Jahre 1975) dargestellt. Dieses inzwischen zerfledderte Exemplar der Enquete schleppe ich seit 40 Jahren mit mir. Die Enquete hat vielfältige Verbesserungen der deutschen Psychiatrie angestossen und ihr Inhalt unterstreicht, welche eine positive Entwicklung die Psychiatrie seitdem genommen hat.

Der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“, auch Psychiatrie-Enquete genannt, benannte die gravierenden Mängel in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter und bezog diese auf vier Bereiche:

1. Die unzureichende Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in den psychiatrischen Krankenhäusern und das Fehlen alternativer Einrichtungen, welche die stationäre Versorgung im Krankenhaus ergänzen.
2. Der Mangel an Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, für Alkoholranke und Drogenabhängige, für psychisch kranke alte Menschen und erwachsene geistig Behinderte.
3. Die unzureichende Kapazität an Psychotherapie für die grosse Zahl seelisch bedingter und seelisch mitbedingter Krankheiten.
4. Die mangelhafte Koordination aller an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderte beteiligten Dienste, insbesondere der vielfach unzulänglichen Beratungseinrichtungen und sozialen Dienste.

Erstmalig wurden insbesondere die Prinzipien einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung formuliert. **Die Prinzipien der zukünftigen Entwicklung der Psychiatrie** umfassen:

1. Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung
2. Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten

3. Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste
4. Das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Die Präambel der Psychiatrie-Enquete endet mit dem Hinweis und Appell: „Auch in Zeiten knapp bemessener Mittel aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel sie einsetzen will, um das Schicksal derer zu erleichtern, die als psychisch Kranke oder Behinderte auf Hilfe angewiesen sind“.

Die in der Enquete aufgezeigten Mängel unterstreichen die positiven Veränderungen der psychiatrischen Versorgung in den vergangenen 40 Jahren, insbesondere auch, wenn sie sich das differenzierte, gemeindenahе und spezialisierte Behandlungs- und auch Weiterbildungsangebot der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich vor Augen führen.

„Das Elend ist vorbei“, wie Heinz Häfner es kürzlich formulierte, aber es bleibt viel zu tun, um das zu bewahren und weiter zu entwickeln, was wir erreicht haben!

## **5. Im Kontext der psychodynamischen Psychiatrie**

Nach vorübergehender Tätigkeit in der Kinderchirurgie, bei der mich das operative Vorgehen im Übrigen sehr beeindruckte, trat ich schliesslich eine erste psychiatrische Stelle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamburg an. Dort baute Kai-Uwe Nöhring, ein ehemaliger Oberarzt aus der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik in Basel, die damals von Professor Bürgin geleitet wurde, eine moderne psychodynamisch orientierte Kinder- und Jugendpsychiatrie auf. Von ihm lernte ich, dass eine gute Behandlung weit mehr ist als die kluge beschreibende Diagnostik und das sorgfältige Abstimmen unterschiedlicher therapeutischer Vorgehensweisen, sondern insbesondere auch auf einer therapeutischen Beziehung basiert, die das Wahrgenommen-Werden und das Sich-Entwickeln-Können ermöglicht. Dazu gehört selbstverständlich sehr viel Empathie, zugleich auch sehr viel Kreativität, um eine für das jeweilige Kind oder den jeweiligen Jugendlichen fördernde Begegnung zu ermöglichen. Dieses kann beispielsweise beim Marionettenspiel gelingen, beim Tischtennis-Spiel (mit beiläufig geführten Gesprächen) oder auch beim gemeinsam Auseinanderbauen einer Tram (die eigens für die Klinik organisiert worden war und die Sie hier auf der Abbildung sehen). Auch auf diesem Wege können „Muttern gelockert werden“ oder – je nach dem – man kann das Ganze wieder zusammenschrauben.

Es war Kai-Uwe Nöhring wichtig, dass wir die Kinder und Jugendlichen nicht nur aus medizinisch-psychiatrischer Sicht wahrnahmen, sondern die familiäre und soziale Umwelt

einbezogen und ihre individuelle Situation verstehen lernten. Dazu hielt er uns u.a. an, z.B. eine Woche lang mit einer Gruppe teilweise schwer gestörter Kinder und Jugendlicher zu campieren. Diese Begegnungen, von morgens bis abends in einem veränderten Umfeld, in dem sich auch die beruflichen Rollen relativierten, waren wohl sehr anstrengend, in jedem Fall sehr intensiv und ich habe sie bis heute nicht vergessen.

Allerdings denke ich auch an sehr schwierige Episoden in dieser Zeit, z.B. die Begegnung mit Jugendlichen, die aggressive Delikte begangen hatten, teilweise mit tödlichem Ausgang. Erschütternd war auch hier wieder der Mangel an Empathie, Verantwortlichkeit und Schuldgefühl bei Menschen, die überwiegend in einem deprivierten oder zerstörerischen sozialen Umfeld (z.B. in den Trabantsiedlungen der Millionen-Stadt Hamburg) aufgewachsen waren. Die Bedeutung rechtzeitiger, intensiver und z.T. auch prophylaktisch wirksamer Interventionen kann – angesichts dieser „psychosozialen Zeitbomben“ – nicht hoch genug eingeschätzt werden. Leider wird vieles in diesem Bereich noch verharmlost oder ausgeblendet.

Eine nächste Station auf meinem psychiatrischen Weg war die Psychiatrische Universitätsklinik in Giessen. Ich habe diese Zeit als einen sehr lebendigen Austausch zwischen Vertretern unterschiedlicher psychiatrischer Modelle in Erinnerung. Es begann damit, dass ich quasi Nachfolger war von Professor Erich Wulf auf der von ihm bis dahin geleiteten Akutstation. Hier wurde ich zunächst mit einigen Denkmalstrümmern nach seinem Weggang konfrontiert: Erich Wulf hatte dort Methoden eingeführt, auf die er in Vietnam aufmerksam geworden war (z.B. die Wickeltherapie bei psychotischen Patienten). Erich Wulf – nicht nur ein damals einflussreicher Sozialpsychiater, sondern stets auch ein humorvoller Beobachter – wurde im Übrigen bekannt mit seinem unter dem Pseudonym „Alois Alzheimer“ veröffentlichten Buch „Vietnamesische Lehrjahre“.

Es war eine Zeit des Experimentierens: In den täglich stattfindenden gruppentherapeutischen Sitzungen lernte ich sehr viel über den psychodynamischen Hintergrund mancher psychotischen Symptome, über die Regulation von Nähe und Distanz und die mögliche Überwindung von depressiver Erstarrung im interpersonellen Austausch.

Einmal pro Woche trafen sich die Interessierten im sogenannten „Salon“ in ironischer Anspielung auf vergangene bürgerliche Begegnungsformen und nicht zuletzt auch den Mittwoch-Salon Freuds. Eigene Fälle und Therapieverläufe wurden kontrovers diskutiert. Es durfte aber auch einmal ein gerade gelesenes interessantes Buch sein oder ein Film.

Diese inspirierende Form des Austausches und der Begegnung unter Kollegen habe ich hier in Zürich wieder belebt: Auch hier trat sich ein Kreis interessierter Oberärzte noch bis etwa 2003, bevor dann die zunehmende zeitintensive Dynamisierung der institutionellen Abläufe diesen offenen Salon schliesslich unmöglich machten.

Noch eine andere Erinnerung an eine damals mögliche Form der therapeutischen Begegnung: In die offene Freitagnachmittags-Kaffeerunde (auch ironisch als „Wochenend-Gottesdienst“ titulierte) kamen überwiegend psychotische Patienten mit ihren aktuellen Anliegen, manchmal auch einfach so, vielleicht um sich zu vergewissern, dass die Therapeuten noch am Leben waren. Wie nebenbei ging es auch um die Anpassung der durchgeführten medikamentösen Behandlung.

Während meiner Zeit an der Giessener Psychiatrischen Universitätsklinik fand regelmässig ein gemeinsam mit dem Philosophen Odo Marquard durchgeführtes philosophisch-psychiatrisches Seminar statt. Odo Marquard, der am 9. Mai 2015 starb, gilt als „skeptischer Optimist“. Auch in unserem gemeinsamen Seminar griff er die von Kant gestellten Fragen auf: Was können wir wissen? Was sollten wir tun? Was dürfen wir hoffen? Und: Was ist der Mensch?

Marquard hegte einen Argwohn gegenüber der Geschichte und ihre Heilsbotschaften und plädierte angesichts der schwierig zu beantwortenden Fragen für Bescheidenheit! Und ferner für Demut im Umgang mit Politik, Moral und Vernunft (ein Begriff, der teilweise in Vergessenheit zu geraten scheint). Marquard setzte sich mit dem Prozess der Dynamisierung in der modernen Gesellschaft auseinander. Er sprach von den „Gefangenen auf dem Fluss der Beschleunigung, die auf Kompensationen angewiesen sind“ und plädierte für eine ausgleichend heilsame Lebenspraxis der Enttäuschungsfestigkeit. Und er meinte, dass Zukunft Herkunft braucht. Sie können sich vorstellen, wie inspirierend diese Seminare für uns waren.

In Übrigen wurden immer wieder Patienten einbezogen: Ich erinnere mich an einen meiner Patienten, der an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und ausgeprägten Zwangsgedanken litt. Herr P. litt den ganzen Tag unter dem Gedanken: „Es denkt mich“. Ich will nicht verhehlen, dass ich ein wenig listig auf die Stellungnahme Odo Marquards wartete, nachdem dieser Patient uns über Wochen fast zur Verzweiflung getrieben hatte. „Völlig klar, dass ist die zweite Schelling'sche Position“, meinte Marquard und eröffnete damit eine Auseinandersetzung mit dem Patienten, die sich auch in den folgenden Wochen fortsetzte und innerhalb derer sich der Patient sehr ernst genommen fühlte.

Die Verwerfungen, die die Kriege hinterlassen hatten, bildeten sich auch im Umgang mit den traumatisierten Menschen ab: Weder innerhalb noch ausserhalb der Medizin sprach man jahrzehntelang im Kontext von Kriegs- und anderen Gewalterfahrungen von „Trauma“ im Sinne von psychisch bedingten Beschwerden, die direkt auf Gewaltereignisse zurückzuführen sind.

In den USA kam schliesslich der Begriff „services syndrome“ auf, in Deutschland der „erlebnisbedingte Persönlichkeitswandel“. Erst mit der Einführung von DSM-III (1980) erhielten diese Störungen einen umrissenen nosologischen Status innerhalb der psychiatrischen Klassifikationssysteme: Die „post-traumatic stress disorder“ (APA), die 1992 auch in ICD der WHO aufgegriffen wurde. Zu dieser veränderten Sichtweise und Terminologie hatten nicht zuletzt auch die zahlreichen, traumatisierten US-Soldaten, die aus dem Vietnam-Krieg zurückgekehrt waren, beigetragen.

Die deutschsprachige Psychiatrie beschäftigte sich in den 60er- und 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts im Zuge der Begutachtungen von Kriegs- und KZ-Opfern erneut mit den psychologischen und psychosomatischen Folgeerscheinungen nach Extremtraumatisierungen. Nicht selten herrschte auch jetzt noch ein beschwichtigender Bewertungsstil vor (vgl. Kapfhammer 2000), wie er in den Begriffen „Tendenzneurose“ oder „Rentenneurose“ anklang. Erst allmählich setzten sich Einsichten von einzelnen mutigen deutschen Psychiatern wie von Baeyer (1959), Venzlaff (1966) oder Matussek (1971) durch, die einen grundlegenden und eigenständigen Kausaleinfluss dieser Traumata auf definierte, psychopathologische Syndrome anerkannten. Die Arbeiten von Eitinger (1964), Niederland (1968) und Bastiaans (1970) bereiteten in der amerikanischen und holländischen Psychiatrie den Boden für eine veränderte Begutachtungspraxis bei Holocaust-Opfern.

Mit den nachhaltigen Folgen traumatischer Erfahrungen und deren Zusammenhang mit chronisch-depressiven Entwicklungen hat sich Marianne Leuzinger-Bohleber intensiv auseinandergesetzt, wie Sie nachher noch hören werden.

Das „Burghölzli“ war für mich schon sehr früh, während meines Medizinstudiums, ein Begriff: Es stand für eine „menschliche“ Psychiatrie, geleitet von den Ideen und Vorbildern Eugen und Manfred Bleulers. Es ist wahrscheinlich nicht übertrieben, dass ich ohne die Auseinandersetzung mit dem „Burghölzli“ und der damit verknüpften Geschichte der „psychodynamischen Psychiatrie“ nicht den beruflichen Weg gegangen wäre und Psychiater geworden wäre.



Es gelang den beiden Bleulern, Vater und Sohn, die Psychopathologie in einer neuen Art darzustellen. Diese erschöpfte sich nicht mehr in der Beschreibung von Einzelsymptomen, sondern sie strebte danach, wie auch Manfred Bleuler hervorhebt, „die Zusammenhänge, die gemeinsame Bedeutung, kurz den Menschen mit seinen Sorgen und Hoffnungen zu erkennen“. Das Lehrbuch von Eugen Bleuler (1916) hatte einen durchschlagenden Erfolg und liess es zu einem der meist benutzten psychiatrischen Werke überhaupt werden. Dieses Lehrbuch wurde zum geistigen Mittelpunkt der Lehrrichtung, die als psychiatrische Zürcher Schule bekannt geworden ist.

Besonders erfolgreich war Bleulers Auffassung der Schizophrenie: Er schlug diesen Begriff vor anstelle des bis dahin benutzten Begriffs „dementia praecox“. Bleuler zeigte, wie bei dieser Erkrankung in allen ihren Symptomen die persönlichen Bestrebungen und Lebenserfahrungen des Betroffenen zum Ausdruck kommen und wie Besserung und Verschlechterungen im Verlauf der Erkrankung oft psychologisch erklärt werden können. Somit schuf er auch die Grundlagen für die Psychotherapie psychotischer Erkrankungen.

Bleulers Lebensaufgabe, im „Geisteskranken“ den Menschen zu sehen, legte es ihm nahe, sich von Anfang mit Freuds psychoanalytischen Lehren auseinanderzusetzen. Er war der erste psychiatrische Kliniker, der ihre Bedeutung erkannte und Elemente der Psychoanalyse auf die „eigentlichen Geisteskranken“ anwandte. Dabei ging er auch sehr kritisch mit der Psychoanalyse um und setzte sich, wie Manfred Bleuler später betonte, von Anfang für jene Teile der Psychoanalyse ein, die später allgemein anerkannt wurden.

Vor dem Hintergrund meiner Auseinandersetzungen mit der Psychiatrie Bleulers und meinen inspirierenden Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamburg und der Erwachsenenpsychiatrie in Giessen bestand für mich ein grosser Glücksfall darin, acht Jahre lang (in der Zeit von 1988 bis 1996) mit Professor Stavros Mentzos an der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt am Main zusammenarbeiten zu können.

Dabei galt es zunächst aber auch, eine Ambivalenz zu überwinden und eine schwierige Entscheidung zu treffen: Eine Alternative hätte darin bestanden, mich mit Neurophysiologie (EEG) und der Frühzeit der Entwicklung der Magnetresonanztomographie in der Neurologie auseinanderzusetzen. Vielleicht liess ich mich bei dieser Entscheidung auch beeinflussen von der Aussage des damaligen Leiters der Neurophysiologischen Abteilung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Giessen: „Auch wenn ich Sie persönlich sehr schätze,

bleibe ich überzeugt davon, dass Psychoanalytiker in der Wissenschaft zu nichts zu gebrauchen sind“.

Nun, das Klima in der von Mentzos geleiteten Abteilung war ein gänzlich anderes: Es war durch grosse Offenheit gegenüber den unterschiedlichsten theoretischen Modellvorstellungen und einen intensiven Austausch, bei dem sich Stavros Mentzos als Primus inter pares nachdenklich und inspirierend einbrachte, gekennzeichnet. Ich hatte es mir sehr gewünscht, dass Stavros Mentzos hier heute zu uns hätte sprechen können. Er ist leider im Mai dieses Jahres gestorben.

Ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt bestand darin, im Rahmen der – 1984 gegründeten – „Psychose-Konferenz“ systematisch die Verläufe von psychotherapeutisch behandelten psychotischen Patientinnen und Patienten zu untersuchen und zu diskutieren. Die Tatsache, dass die „Psychose-Konferenz“ in einer Psychosomatischen Abteilung einer Universitätsklinik entstand, ist bemerkenswert. Vielleicht ermöglichte es gerade dieser für die Auseinandersetzung mit dem Thema Psychosen und Psychosen-Psychotherapie ungewöhnliche, nicht von traditionellen Regularien und Denkschemata geprägte institutionelle Rahmen, die Sackgassensituation zu überwinden, die sich – nicht zuletzt auch durch die unzureichende Anwendung früherer psychoanalytischer Theorien, die im Kontext neurotischer Störungen entstanden waren – in der Behandlung psychotischer Patienten ergeben hatte.

Mentzos schlug vor, Psychosen als „Psychosomatosen des Gehirns“ aufzufassen. Mit diesem systemtheoretisch orientierten Modell spiralförmiger, sich wechselseitig beeinflussender biologischer, intrapsychischer, interpersoneller und soziokultureller Faktoren bei der Entwicklung psychischer Erkrankungen werden frühere linear-monokausale Krankheitsauffassung überwunden. In dieser Sichtweise handelt es sich um Erkrankungen, bei denen die prädisponierenden biologischen Faktoren nicht nur schon von Geburt oder früher Säuglingszeit an vorhanden sind, sondern oft direkt oder indirekt an der psychischen Entwicklung beteiligt sind (vgl. Mirsky 1958). Eine konstitutionelle, relativ geringfügige Störung kann unter den Bedingungen eines bestimmten Milieus und einer bestimmten psychosozialen Konstellation zur Entwicklung einer veränderten Persönlichkeitsstruktur beitragen. Um eine der pragmatischen Kernaussagen von Stavros Mentzos zu zitieren: „Kleine Ursache, grosse Wirkung“.

Die gemischte biologische und psychosoziale Vulnerabilität kann mit intrapsychischen und interpersonellen Konflikten und Spannungen einhergehen und schliesslich in einem längeren

Prozess zu nun mehr sekundären, auch zusätzlichen somatischen, neurobiologischen Veränderungen führen. Psychische und somatische Faktoren stehen in einem Wechselwirkungszusammenhang, aufgrund dessen einerseits subjektiv Erfahrenes zu einer Veränderung des neurobiologischen Substrates beiträgt und andererseits die somatische Disposition im Verlauf der Entwicklung eine biographische, seelische und soziale Bedeutung erlangen kann.

In Anlehnung an Mentzos habe ich später die Depressionen als Psychosomatosen der Emotionsregulation beschrieben.

Dieses „psychosomatische Denken“ hat erhebliche Konsequenzen für Forschung und Therapie. Es ermöglicht nicht nur die Implikation der Ergebnisse der Hirnbiologie, der Genetik, der Epidemiologie, der klinisch-psychiatrischen und der psychoanalytischen Depressions- und Psychose-Forschung, es eröffnet ferner die Chance, „per Extrapolation, neue Einsichten, Ordnungsprinzipien und Anregungen zu erhalten“ (Mentzos 2000, S. 23).

In neurobiologischer Perspektive wird z.B. die Frage zu beantworten sein, durch welche therapeutische Massnahmen sich eine hinreichend tiefgreifende und langanhaltende Veränderung der Nutzung der im Gehirn eines Patienten etablierten Verschaltungsmuster erreichen lässt. Nicht zuletzt berücksichtigt das „psychosomatische Denken“ in der Psychiatrie insbesondere auch die historische Dimension der individuellen Wirklichkeit und zielt auf die Integration beispielsweise des depressiven Erlebens im Sinne einer möglichen Intensivierung der Selbstidentität (Scharfetter 2002; Böker 2003).

Ich habe bisher keinen anderen Kollegen kennengelernt, der den Mut gehabt hätte, einem „Lehrbuch der Psychodynamik“ den Untertitel „Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen“ zu geben. Damit wird unterstrichen, dass psychische Störungen nicht nur Defizite und Dysfunktionalitäten sind, sondern „in gewissem Sinne auch aktiv, wenn auch unbewusst mobilisierte Prozesse mit eigenen defensiven und/oder kompensatorischen Funktionen“ (Mentzos 2009, S. 279).

In seinem dreidimensionalen Modell psychischer Krankheit betonte Mentzos insbesondere die Bedeutung des Modus der Verarbeitung: Dieser Modus bedient sich verschiedener Abwehr- und Bewältigungsmechanismen und ist nicht zwangsläufig mit einem bestimmten Konflikt oder Trauma verbunden. Es ist sicherlich von grosser therapeutischer Bedeutung, dass durch diese funktionelle Betrachtungsweise „die Diagnosen flexibler und den

gegebenen Besonderheiten des einzelnen Menschen gerecht“ werden (Mentzos 2009, S. 281).

Die Berücksichtigung der Funktion der Dysfunktionalität ist somit auch ein wichtiges Grundelement einer adäquaten therapeutischen Haltung: „Der Patient wird nicht als defektuöses, gehandikapt, nur gestörtes Individuum, sondern als ein in unlösbaren Widersprüchen und Antinomien verfangener Mensch betrachtet [...] diese Haltung [...] ermöglicht den Therapeuten eine sowohl intensiv einfühlsame, aber gleichzeitig auch respektvolle, achtsame Mitmenschlichkeit, welche eine der besten Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Behandlung ist“ (Mentzos 2009, S. 282).

Spannend waren unsere Diskussionen um die Bedeutung interpersoneller und institutioneller Abwehrmechanismen, der sogenannten psychosozialen Arrangements. Diese Überlegungen zur Bedeutung interpersonaler und schliesslich auch institutioneller Abwehrmechanismen gehören für mich zu den zentralen Bestandteilen der Theorie von Mentzos. Diese Sichtweise ermöglicht einen Einblick in die interaktional organisierten Formen der Abwehr und Bewältigung, bei denen „reale Verhaltensweisen, Eigenschaften, Handlungen und Reaktionen des einen Partners die neurotische Konfliktabwehr oder die neurotische kompromisshafte Befriedigung von Bedürfnissen des anderen Partners ermöglichen, fördern und stabilisieren“ (vgl. Mentzos 1976, S. 26).

Aufgrund dieser Einblicke in die Bedeutung psychosozialer Abwehrmechanismen war es naheliegend, auch Institutionen im Hinblick auf ihre psychosozialen Abwehraufgaben zu untersuchen. Und es überrascht auch nicht, dass diese Erkenntnisse schliesslich auch weitere Formen psychosozialer Abwehr (z.B. der kollektiven Abwehr von Rollendiffusion und –Desintegration, beispielsweise die Rolle der Macht in Institutionen) bis hin zu kulturtheoretischen Erörterungen der psychosozialen Funktion des Krieges, der Auseinandersetzung mit Rassismus und dem Fremden beitrug (Mentzos 2002).

Mentzos verwies auf die zu vermutende Parallelität zwischen der dilemmatischen Dynamik der Psychosen (dem Dilemma von Autonomie und Abhängigkeit in der Schizophrenie und dem Dilemma von Selbstwerthaftigkeit und Objektwerthaftigkeit in der Depression) einerseits und der neurobiologisch feststellbaren Dysbalance zwischen kortikalen und subkortikalen neuronalen Systemen andererseits. Die Fortschritte der Neurobiologie eröffnen – nach Mentzos Einschätzung – „bei angemessener und kritischer Verwendung neuer Horizonte und neue Möglichkeiten der Integration neurobiologischer Befunde und Psychodynamik“ (Mentzos 2009, S. 281). Auch lässt sich vermuten, dass die neurobiologischen Befunde eher

mit den psychodynamischen Konstellationen und weniger mit den nosologischen Krankheitseinheiten in Parallele zu setzen sind.

Mentzos' Modelle inspirierten mich ganz wesentlich bei meinen eigenen empirischen Forschungen: Zunächst mittels qualitativer, einzelfallbasierter Persönlichkeitsforschung bei depressiv Erkrankten, später dann zu den kombinierten neuropsychologischen und Neuroimaging-Studien.

Lassen Sie mich aus meiner Zeit bei Stavros Mentzos noch eine ganz andere Anekdote berichten: Es geht dabei um mein „ethnopsychiatrisches Hobby“.

Als ich ihn fragte, wie er zu meinem Wunsch stehe, eine ethnopsychiatrische Untersuchung zu Krankheitskonzepten psychiatrischer Erkrankungen in Nepal durchzuführen, sagte er nur freundlich und knapp: „So, wie Sie sind, müssen Sie das tun!“. Er beurlaubte mich völlig unkompliziert für die Zeit, die für die Durchführung dieser Studie in Nepal notwendig war.

Gemeinsam mit einer französischen Ethnologin, einem aus Nepal stammenden Übersetzer und einer dort tätigen Krankenschwester führte ich eine grosse Anzahl von Interviews bei Angehörigen psychiatrischer Patienten durch, die in der damals einzigen psychiatrischen Klinik in Kathmandu-Tal in Nepal behandelt wurden. Meine Beobachtungen standen in einem deutlichen Kontrast zu meinen Erwartungen: Ich stiess in der Begegnung mit den psychiatrischen Patienten und ihren Angehörigen überwiegend auf das mir vertraute, eben auf das ubiquitäre psychiatrische Leiden in einem mir weniger vertrauten kulturellen Umfeld. Die von den Angehörigen geschilderten Vorstellungen und Modelle seelischer Krankheit standen in einem Spannungsfeld traditioneller und wissenschaftlicher Krankheitskonzepte. Der Wunsch nach Überwindung der psychiatrischen Erkrankung ging einher mit einem eher pragmatischen Vorgehen bei der Suche nach der geeigneten Behandlung: Änderung wurde sowohl von Antidepressiva und Neuroleptika wie auch von den Methoden der traditionellen Heiler gesucht, wobei Medikamente oft nicht bezahlbar und die Dienstleistungen der traditionellen Heiler günstiger waren.

Akute Erregung, Angst und schwere Ess- und Schlafstörungen galten als Indikation für eine psychiatrische Behandlung. Dem gegenüber griffen die Familien eher auf traditionelle Konzepte zurück, wenn es darum ging, die Krankheit im längeren Verlauf zu bewältigen. Dabei werden kulturspezifische Krankheitskonzepte herangezogen, die auch mit einer gemeinsamen Weltsicht von Heiler und Patient verbunden sind.

Lassen Sie mich ein Beispiel schildern zur heilsamen Wirkung traditioneller Heiler: Die eher skeptische Haltung von Angehörigen der städtischen Bevölkerung beispielsweise Kathmandus, die akademisch ausgebildet ist, gegenüber traditionellen, „abergläubischen“ Heilmethoden schliesst nicht aus, dass diese in Krisen auf das angstreduzierende, sinnstiftende und beziehungsstabilisierende Potential der traditionellen Heiler zurückgreifen. So wendete sich beispielsweise die Familie einer etwa 50-jährigen Frau, die – wie ihr Mann und ihre Kinder – ein Studium im Ausland absolviert hatte, an einen traditionellen Heiler aus dem Kalinchok-Gebiet (das Sie auf dem Photo abgebildet sehen), nachdem sie längere Zeit an einer schweren Depression gelitten hatte und mehrere Behandlungsversuche (u.a. in Japan und in den USA) gescheitert waren. Dieser traditionelle Heiler (Jhankri), dem ein spezifisches Verständnis für die Behandlung depressiver Menschen zugeschrieben wurde, lebte mehrere Monate in der Familie und führte dort – in dieser für ihn ungewohnten Umgebung von TV- und Video-Geräten – seine Rituale aus und war auf diese Weise mit der Patientin verbunden und half damit, ihr unerträgliches Gefühl des Abgeschnitten-Seins zu überwinden.

Aus unserer psychotherapeutischen Erfahrung wissen wir um die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, die nicht zuletzt auch dazu beiträgt, die unerträgliche Isolation, das Abgeschnittensein zu überwinden, so wie Daniel Hell die therapeutische Begegnung als „Oasenerfahrung in der Wüste der Depression“ beschrieben hat.

Zurückgekehrt nach Deutschland, berichtete ich über diese ethnopsychiatrische Studie im Rahmen der Jahrestagung des „Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin“: Ich war etwas aufgeregt, immerhin sass Prof. Thure von Uexküll, der Doyen der deutschen Psychosomatik, vor mir. Im Übrigen war Rita Süssmuth als Schirmherrin der Tagung angekündigt: Dazu kam es dann aber nicht, Rita Süssmuth musste wegen der – wie es hiess – „Ereignisse in Berlin“ abreisen.

Bei diesen „Ereignissen“ handelte es sich dann am Abend des 9. November 1989 um den Fall der Berliner Mauer.

Das Ihnen bekannte Lied des Skorpions „Winds of Change“ nahm dieses vorweg. Ein ehemaliger Klassenkamerad, Francis Buchholz, spielte übrigens bei den Skorpions (er war von uns sicherlich derjenige, der die grösste Karriere gemacht hat).

Lassen Sie uns zur Psychiatrie und Psychotherapie zurückkehren: Neben Stavros Mentzos waren es sowohl Vertreter der Psychoanalyse wie auch der Kognitiven Verhaltenstherapie

und Begegnungen mit ihnen, die mir in den vergangenen 20 Jahren geholfen haben, unterschiedliche Perspektiven heranzuziehen, um Patientinnen und Patienten in ihrer jeweiligen Situation zu verstehen und sie zu behandeln: Der Psychoanalytiker Otto Kernberg (als Vertreter der Objektbeziehungspsychologie), der Psychoanalytiker Peter Fonagy (als Vertreter der Mentalisierungstheorie), der US-amerikanische Psychologe Jim McCullough, der CBASP – ein spezifisches psychotherapeutisches Verfahren zur Behandlung der chronischen Depression – entwickelt hat, und Martin Hautzinger, der Doyen der Kognitiv-Behavioralen Therapie in Deutschland.

## **6. Im Kontext der Wissenschaft**

Bleuler war nicht nur ein engagierter Kliniker und Arzt, der den grössten Teil seines Arbeitstages in unmittelbarer Begegnung mit den psychiatrischen Patienten verbrachte. Er war auch ein kritischer Denker und Wissenschaftler, der sich engagiert gegen jede Form von Dogmatismus wandte. In dem 1921 erschienenen Buch „Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung“ zeigte Bleuler, dass Denken und Urteilen nicht nur bei psychiatrischen Patienten und „gesunden Durchschnittsmenschen“ durch persönliche Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen beeinflusst und dadurch unlogisch, wirklichkeitsfremd und egozentrisch werden können, sondern dass sich vergleichbare Denkfehler auch oft in die Wissenschaft einschleichen. Bleuler wies nach, dass gewisse Dogmen der Medizin ihren Ursprung mehr in persönlichen Wunschvorstellungen der Ärzte als in logisch auf die Naturbeobachtung aufgebauten Schlüsseln hatten.

Das autistische Denken (später von ihm auch als dereierendes Denken apostrophiert) hat seine – wie Bleuler (1921) hervorhob – „besonderen von der (realistischen) Logik abweichenden Gesetze, es sucht nicht Wahrheit, sondern Erfüllung von Wünschen; zufällige Ideenverbindungen, wahre Analogien, vor allem aber affektive Bedürfnisse ersetzen ihm an vielen Orten die im strengen realistisch-logischen Denken zu verwendenden Erfahrungsassoziationen, und wo diese zugezogen werden, geschieht es doch in ungenügender, nachlässiger Weise“.

Mit den Auswirkungen eines solchen autistischen Denkens wurde ich bereits während der Anfertigung meiner Dissertation konfrontiert: Ich war damals sehr interessiert an dem sogenannten „Psychosomatischen Phänomen“, einem theoretisch-klinischen Modell der sogenannten Pariser Psychoanalytischen Schule zum Verständnis des fehlenden Zugangs zu Phantasie und Emotion bei vielen Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen (auch als „Alexithymie“ beschrieben). Ich führte eine – wie ich auch heute

noch meine – sorgfältig konzipierte empirische Studie bei Frauen mit sekundärer Amenorrhoe durch, die mit einer gematchten Kontrollgruppe verglichen wurde. Die Studie zog sich gerade auch wegen des anspruchsvollen Studiendesigns über mehrere Jahre hin und gelangte zu dem Ergebnis, dass sich die bis dahin als spezifisch bezeichneten Phänomene der Alexithymie lediglich bei einer Untergruppe der untersuchten Patientinnen fand. Dieses Ergebnis erboste meinen damaligen Doktorvater, eine charismatische Person, sehr, stand das Ergebnis doch in krassem Widerspruch zu den damals von ihm vertretenen Annahmen eines spezifischen Zusammenhangs von Konflikten, Persönlichkeit und psychosomatischer Erkrankung. Er liess meine Arbeit zunächst einmal zwei Jahre lang unbeachtet liegen. Inzwischen wissen wir, dass sich die angenommene Spezifität empirisch nicht bestätigen lässt, das Spezifitätsdogma wurde überwunden.

Ein wesentlicher Fokus meiner späteren wissenschaftlichen Arbeit zielte auf die Depression: In unserer „Frankfurter Depressionsstudie“ konnten wir mittels einer einzelfallorientierten qualitativen Untersuchung an depressiv Erkrankten zeigen, dass diese sich auch nach Abklingen der Depression in ihrem Selbstbild, ihrem Idealbild und der empfundenen Nähe zu wichtigen anderen von Personen ohne Depressionen in der Vorgeschichte unterscheiden. Diese einzelfallorientierte Diagnostik kann nicht zuletzt auch zu einer „Typendifferenzierung“ des Spektrums depressiver Erkrankungen herangezogen werden, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die vielfach grosse Inhomogenität der mittels Neuroimaging untersuchten depressiv Erkrankten.

Unter Berücksichtigung dieser einzelfallbasierten Befunde, weiterer Ergebnisse der Persönlichkeitsforschung, der Stressforschung, der Life-event-Forschung und der vielfältigen biologischen und neurobiologischen Erkenntnisse lassen sich meines Erachtens Depressionen als Psychosomatosen der Emotionsregulation auffassen, die auf einer gemischten neurobiologischen und psychosozialen Vulnerabilität beruhen.

In dieser Frankfurter Zeit begann auch die intensive Zusammenarbeit zwischen mir und Professor Georg Northoff. Uns interessierte zunächst das subjektive Erleben und die neuronale Basis der stuporösen Patienten und es wurde sehr bald deutlich, wie sehr die nicht integrierte Angst dieser Patienten zur Entwicklung psychomotorischer Symptome beitrug. In den dann später in Zürich fortgeführten kombinierten neuropsychologischen und Neuroimaging-Studien wurde die emotional-kognitive Interaktion bei depressiv Erkrankten (sowohl während der Erkrankung wie im Behandlungsverlauf) untersucht (Simone Grimm wird im Laufe des Nachmittags u.a. auch darüber berichten).



Von wesentlichem Interesse waren für uns die Einblicke in die funktionellen Störungen der Depression, nicht zuletzt auch als Grundlage der Entkopplung des Selbst in der Depression (Böker und Northoff 2005, 2010): Wenn Sie so wollen, begannen wir damit, die Neurophysiologie der Depression erklären zu wollen und landeten schliesslich beim Selbst (wie Georg Northoff heute Morgen schon deutlich machte).

## **7. Neuropsychodynamische Psychiatrie**

Wir können inzwischen annehmen, dass sich die Depression auf neurophysiologischer Ebene durch eine Hyperaktivität im Ruhe-Zustand in den kortikalen-subkortikalen Mittellinie-Regionen und eine Hypoaktivität im Ruhe-Zustand in den lateralen Regionen auszeichnet. Es geht dabei nicht um die Störung einzelner Regionen, sondern vielmehr um dysfunktionelle Adaptationsversuche, die mit Störungen übergeordneter Prozesse (z.B. des Default-Mode-Netzwerkes, das für die Regulation der Hirnaktivität in unterschiedlichen Bereichen zuständig ist) einhergehen.

Die erhöhte Ruhe-Zustands-Aktivität in anterioren, kortikalen Mittellinie-Regionen führt schliesslich zu einem verringerten Umweltfokus und geht einher mit dem Gefühl des Abgeschnittenseins von der Welt, einem erhöhten Körperfokus (mit somatisch-vegetativen Symptomen) und einem erhöhten Selbstfokus (mit dem oftmals quälenden Grübeln und der radikalen Infragestellung der eigenen Person).

In anderen Worten: Die vorhandenen Mechanismen des Gehirns werden aktiviert, tragen jedoch schliesslich zu einer zunehmenden Dysbalance bei, die mit einer Zunahme der Somatisierung (dem Vorherrschen der internen Körperverarbeitung gegenüber der emotionalen Verarbeitung) und einem vermehrten Binnenfokus verknüpft ist: Das Erleben der Aussenwelt wird in ein Erleben des inneren Selbst umgewandelt.

Eine wesentliche Voraussetzung des hier entwickelnden zunehmenden Dysbalancen und Dysfunktionalitäten besteht dabei insbesondere in dem bereits erwähnten kontinuierlich hohen Niveau neuronaler Aktivität in den kortikalen Mittellinien-Strukturen (CMS). Es ist sehr wahrscheinlich, dass dieses Hyperarousal depressiv Erkrankter von grosser Bedeutung ist sowohl im Hinblick auf die Entwicklung der Depression wie auch deren Behandlung. Hierzu bedarf es auch eines vertieften Verständnisses der räumlich-zeitlichen Struktur der Psychopathologie unter Berücksichtigung von Bewältigungsmechanismen, Konflikthaftigkeit und Persönlichkeitsstruktur, so wie wir es in unserem dreidimensionalen, neuropsychodynamischen Modell psychischer Störungen vorschlagen.

Warum neuropsychodynamische Psychiatrie?

Zum einen, weil die wesentlichen Elementen der psychodynamischen Psychiatrie – im Gegensatz zur einer bloss deskriptiv-phänomenologischen Betrachtungsweise oder reduktionistischen neurowissenschaftlichen oder kognitiv-psychologischen Modellen – meines Erachtens unabdingbar ist, um das subjektive Erleben eines an einer psychiatrischen Erkrankung leidenden Menschen zu verstehen. Es geht dabei insbesondere um die

- Bedeutung der subjektiven Erfahrung
- Bedeutung des Unbewussten
- Bedeutung der Biographie
- Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung

Warum **neuro**-psychiatrische Psychiatrie?

Weil es in der modernen Psychiatrie notwendig ist, auch die Sprache des Gehirns – um Gabbard (2005) zu zitieren – zu verstehen. Um es genauer zu sagen, die Sprache des „sozialen Gehirns“, von dem Georg Northoff heute Morgen sprach und von dem Peter Hartwich heute Nachmittag berichten wird: Die Sprache des in „sozialer Umwelt eingebetteten sozialen Gehirns“, das sich bestimmter Mechanismen bedient, die dazu beitragen können, in eine psychiatrische Erkrankung hineinzugeraten, in dieser Erkrankung zu verharren oder eben auch aus ihr wieder herauszugeraten, die Erkrankung zu überwinden.

Diese Mechanismen haben wir bisher nur unzureichend verstanden, wie auch Nancy Andreasen, die Herausgeberin des American Journal of Psychiatry, zum Ausdruck gebracht hat: Es gilt, diese Mechanismen besser zu verstehen, um die Sackgasse, in die die psychiatrische Forschung, nicht zuletzt auch im Bereich der Depressionsforschung, geraten ist, zu überwinden.

## **8. Ausblick**

Ich hoffe, dass ich Ihnen zeigen konnte, wie spannend für mich meine Tätigkeit in der Psychiatrie war (und sicherlich auch in der Zukunft sein wird). Der Blick in die Zukunft ist nicht ganz sorgenfrei: Gerade auch angesichts der Nachwuchsprobleme in der Psychiatrie besteht eine wesentliche Herausforderung darin, die besten und klügsten Köpfe zugewinnen, die sich auf der Grundlage einer umfassenden psychotherapeutischen Weiterbildung engagiert ihrer Patientinnen und Patienten annehmen und die Fragen, die wir bisher nicht

ausreichend beantworten können, mit vielfältigen wissenschaftlichen Ansätzen in der Zukunft beforschen.

Die systematische Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, um die sich Erich Seifritz in den letzten Jahren intensiv bemüht hat, stellt eine wesentliche Aufgabe und Herausforderung in der Zukunft dar. Die Psychiatrie stellt meines Erachtens eines der interessantesten Berufsfelder innerhalb der Medizin dar, nicht nur wegen ihres grossen Spektrums von der Molekularbiologie über die Neurowissenschaften bis hin zur Psychoanalyse. Es bleibt ein ausserordentlich spannendes Feld, insbesondere dann, wenn man sich kritisch-fragend und neugierig darauf einlässt und diese Haltung auch beibehält.

Dies setzt natürlich geeignete Rahmenbedingungen voraus, für die wir mutig eintreten sollten. Im Hinblick auf die Forschung wird es darum gehen, Voraussetzungen zu schaffen, die es ermöglichen, replizierbare Ergebnisse zu generieren. Dies erfordert längere zeitliche Perspektiven jenseits der kurzatmigen Dynamik des aktuellen Wissenschaftssystems. Und es setzt internationale Kooperationen und die Verknüpfung von Daten voraus. Erst dann können valide wissenschaftliche Erkenntnisse auch in die klinische Praxis umgesetzt werden.

Es wird nicht ohne Zivilcourage gehen, in dem Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Therapie und Wissenschaft geradlinig auf dem Weg zu bleiben im Interesse der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten. Dem zunehmenden Bürokratismus, Formalismus und der administrativen Überfrachtung – mit der Gefahr, das Wesentliche aus den Augen zu verlieren – sollte mutig entgegen getreten werden.

Mit meinem Blick in die Zukunft möchte ich noch einmal auf Manfred Bleulers „Geschichte des Burghölzli“ zurückkommen: „Heute wissen wir, dass in der Zukunft körperliche und seelische Erkrankungen nicht mehr getrennt verstanden und behandelt werden können. Die Gesamtmedizin hat für ihre Entwicklung eine lebendige und fortschreitende Psychiatrie notwendig. Wir dürfen deshalb zuversichtlich hoffen, dass sich unsere Universität und unser Volk der Notwendigkeit bewusst werden, auch die psychiatrischen Einrichtungen mit den Schritten des Kulturverstandes wachsen zu lassen“. Dieser Appell hat von seiner Aktualität bis heute nichts verloren.

Ich komme jetzt zum Schluss: Ich möchte all denjenigen ganz herzlich bedanken, die mich auf meinen beruflichen und persönlichen Wegen begleitet haben. Zunächst einmal gilt mein Dank ganz besonders meiner Frau für den lebendigen, konstruktiv-kritischen Austausch über

all die Jahre. Sie werden Verständnis haben, dass ich an dieser Stelle weitere einzelne Namen nicht erwähnen kann. Mein ganz besonderer Dank gilt auch meinen Patientinnen und Patienten: Die Begegnung mit ihnen klingt vielfach in mir nach und hat mich zu dem gemacht, der ich heute bin.

Mein Blick in Zukunft richtet sich auch auf unsere neue – zweite, dritte(?) – Heimat: Das Unterengadin, die Heimat Giacomettis und der „Randulins“, der ehemaligen Migrantinnen und Migranten, die in die Ferne gehen mussten, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen, und schliesslich zurückkehrten. Zum Ausklang hören wir noch ein Lied von „La Grischa“, gesungen von Corin Curschellas: „Randulin“.

Besuchen Sie mich an diesem schönen Ort im Unterengadin: Dann plaudern wir ein wenig über das Leben.

Ihnen allen danke ich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen alles Gute!