

# sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Aufklärung und Romantik – Psychiatrie auf der Suche nach der verlorenen Seele

Autor: Hans Stoffels  
Seiten 25–29

## Psychiatrie und Psychosomatik – Auf der Suche nach der Seelen-Medizin

**Zusammenfassung** Psychiatrie und Psychosomatik sind Geschwister, die sich vor allem in Deutschland nicht wohlgesinnt sind. Sie streiten häufig miteinander, behindern sich gegenseitig und unter dem Druck angenommener Konkurrenz bekämpfen sie sich. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass sie Stiefgeschwister sind, die von unterschiedlichen Eltern abstammen und in unterschiedlichen geschichtlichen Situationen groß geworden sind. In dieser Situation will ich anhand autobiografischer Erfahrungen prüfen, wie sich die Konflikte und Gegensätze der Disziplinen in einzelnen Personen, medizinischen Lehrern und Forschern und ihren Entwürfen und Konzepten realisierte. Ich habe drei medizinische Lehrer ausgewählt, deren Theorien und deren Praxis ich in einer Kurzfassung vorstellen möchte. Es sind Wilhelm Kütemeyer (1904–1972), Thure von Uexküll (1908–2004) und Karl Peter Kisker (1926–1997).

ISSN 0171 - 4538

**Verlag:** Psychiatrie Verlag GmbH, Thomas-Mann-Str. 49a,  
53111 Bonn, Tel. 0228 725340, Fax 0228 7253420  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

**Erscheinungsweise:** Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:** jährlich 36,- Euro einschl. Porto, Ausland 42,- Euro

Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

**Redaktionsanschrift:** Sozialpsychiatrische Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover  
Podbielskistraße 158, 30177 Hannover  
Redaktionssekretariat: Peter Weber, Tel. 0511 1238282, Fax 0511 1238299  
E-Mail: si@psychiatrie.de

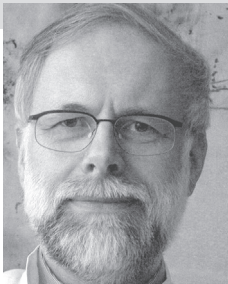
**Redaktion:**

Michael Eink, Hannover  
Hermann Elgeti, Hannover  
Helmut Haselbeck, Bremen  
Gunther Kruse, Langenhagen  
Sibylle Prins, Bielefeld  
Renate Schernus, Bielefeld

Ulla Schmalz, Düsseldorf  
Ralf Seidel, Mönchengladbach  
Annette Theißing, Hannover  
Peter Weber, Hannover  
Dyrk Zedlick, Glauchau



Autor: Hans Stoffels



## Psychiatrie und Psychosomatik – Auf der Suche nach der Seelen-Medizin<sup>1</sup>

**Zusammenfassung** Psychiatrie und Psychosomatik sind Geschwister, die sich vor allem in Deutschland nicht wohlgesinnt sind. Sie streiten häufig miteinander, behindern sich gegenseitig und unter dem Druck angenommener Konkurrenz bekämpfen sie sich. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass sie Stiefgeschwister sind, die von unterschiedlichen Eltern abstammen und in unterschiedlichen geschichtlichen Situationen groß geworden sind. In dieser Situation will ich anhand autobiografischer Erfahrungen prüfen, wie sich die Konflikte und Gegensätze der Disziplinen in einzelnen Personen, medizinischen Lehrern und Forschern und ihren Entwürfen und Konzepten realisierte. Ich habe drei medizinische Lehrer ausgewählt, deren Theorien und deren Praxis ich in einer Kurzfassung vorstellen möchte. Es sind Wilhelm Küttemeyer (1904–1972), Thure von Uexküll (1908–2004) und Karl Peter Kisker (1926–1997).

### Die feindlichen Geschwister Psychiatrie und Psychosomatik

Die Psychosomatik entwickelte sich in Deutschland Anfang des letzten Jahrhunderts aus der Inneren Medizin, die in ihrem Krankheits- und Menschenverständnis vom Geist der modernen Naturwissenschaft durchdrungen war. Die junge Psychosomatik hatte es schwer, an den medizinischen

Fakultäten wissenschaftliche Anerkennung und Reputation zu gewinnen. Die Erforschung des Seelischen stand nicht hoch im Kurs. Hierfür war weder Zeit noch Geld vorhanden. Die forschenden Ärzte an den Universitäten widmeten sich dem Tierexperiment und nicht den Biografien ihrer Patienten. Die junge Psychosomatik war stets enttäuscht, dass die Disziplin in den medizinischen Fakultäten, die auch das Psy-

chische in ihrem Namen führte, nämlich die Psychiatrie, ihren Bemühungen – von Ausnahmen abgesehen – wenig Interesse entgegenbrachte.

Die Psychiatrie war schon früher, Ende des 19. Jahrhunderts, in den erlauchten Kreis der medizinischen Fächer an den Universitäten aufgenommen worden. Dies war ihr nicht zuletzt deshalb gelungen, weil sie

sich aus der reinen Sozialfürsorge und Irrenpflege zur hirnanatomisch und hirnpathologisch forschenden Naturwissenschaft emanzipiert hatte. Über die »Seele« hatten sich die romantischen Irrenärzte Gedanken gemacht, während die naturwissenschaftlichen Psychiater spotteten, dass sie beim Studium der Hirnanatomie noch nie auf eine »Seele« gestoßen seien. Jedenfalls war die wissenschaftliche Psychiatrie am Anfang des 20. Jahrhunderts darauf ausgerichtet, am Aufschwung und an der Entwicklung der somatisch-naturwissenschaftlichen Medizin zu partizipieren. Die Ausweitung psychologischer oder psychotherapeutischer Denks und Handelns lag ihr fern.

So haben sich beide Fächer in den zurückliegenden Jahrzehnten getrennt entwickelt, haben unabhängig voneinander Veränderungsprozesse durchlaufen, aber zu einer Annäherung oder Kooperation ist es nur in seltenen Fällen gekommen.

Kaum war die Psychosomatik in den 1970er-Jahren als eigenes Fach in den medizinischen Fakultäten anerkannt und durfte eigene Universitätsabteilungen etablieren, so erlebte sie sich sogleich von dem besser ausgestatteten psychiatrischen Bruder – man denke an die Zahl der Stellen und Betten – als unterdrückt und an den Rand gedrängt. Umgekehrt erlebte die Psychiatrie das aufstrebende, jüngere Geschwister als Bedrohung. Die Psychosomatik schickte sich an, der Psychiatrie die weniger schwer erkrankten Patienten zu entführen mit dem Versprechen, sie besser und vor allem psychotherapeutisch ohne Stigma zu behandeln. Gerade die Psychotherapie wurde zum Zankapfel der Geschwister, ein Zank, der auch nicht endete, als man die salomonische Entscheidung traf, zwei parallele Facharztgruppen zu gründen, die beide die Psychotherapie in ihrem Namen führen durften: den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie den Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie.

**Das utopische Konzept:  
Wilhelm Küttemeyer**

Wilhelm Küttemeyer, Honorarprofessor für anthropologische Medizin an der Universität Heidelberg, lernte ich während meines Studiums in den 1960er-Jahren kennen. Ich hörte seine Vorlesungen, besuchte seine Seminare und konsultierte ihn auch häufiger in seinem Wohnhaus, wo er eine Privatpraxis betrieb. Küttemeyer, der zum Kreis der Schüler Viktor von Weizsäckers gehörte, war der Antipode

zum fast gleichaltrigen Weizsäcker-Schüler Alexander Mitscherlich. Sie waren sich beide ähnlich, besonders in ihren Biografien wiesen sie Parallelen auf. Beide waren erst auf dem Umweg eines geisteswissenschaftlichen Studiums zur Medizin gestoßen, beide waren als Antifaschisten in der NS-Zeit inhaftiert gewesen und unterhielten Kontakte zum Kreis um den höchst eigenwilligen Schriftsteller, Denker und Forscher Ernst Jünger. Die Wahl des Medizinstudiums war für sie eine Form der inneren Emigration in der Zeit der Diktatur, und die Klinik, die Viktor von Weizsäcker leitete, war für sie der Ort, wo sie ihre ärztliche Ausbildung begannen.

Nach dem Krieg trennten sich ihre Wege. Während Mitscherlich zu Forschungsaufenthalten in die USA reiste, vielfältige Kontakte zu emigrierten Kollegen, vorwiegend Psychoanalytikern, herstellte – hier sei der Name Franz Alexander erwähnt – und es schließlich erreichte, dass er mithilfe der Rockefeller-Foundation eine eigene Psychosomatische Abteilung an der Universität Heidelberg gründen konnte, lehnte Küttemeyer eine solche West-Orientierung und eine solche Spezialisierung der Psychosomatik ab. Er sah darin einen Eskapismus vor der großen Aufgabe, die Medizin insgesamt zu einer anthropologisch-psychosomatischen Wissenschaft zu verwandeln.

In Mitscherlichs Psychosomatischer Abteilung gab es nur Einzelzimmer. Die Patienten wurden in vielen, langen Sitzungen psychoanalytisch behandelt. Sie erhielten – wie seinerzeit üblich – die Auflage, nicht über ihre Probleme mit anderen, z.B. Mitpatienten zu sprechen. Die Gruppenbehandlung als therapeutisches Instrument existierte nicht. Indikationen für die Aufnahme in die Klinik waren anfangs die klassischen Psychosomatosen (Magenulcus, Asthma, Hyperthyreose, Colitis und Neurodermitis). Alle Ärzte waren in großer psychoanalytischer Ausbildung und davon außerordentlich okkupiert. Insgesamt war die Zahl der hier behandelten Patienten gering.

Es war bei interessierten Medizinstudenten beliebt, in der Psychosomatischen Klinik gegen Bezahlung Nachtwachen zu machen. Im Gegensatz zu den Nachtwachen in somatischen Klinik, wo bei der Betreuung einzelner Schwerkranker ständige Messungen und Handreichungen vorzunehmen waren, genügte auf der Psychosomatischen Station die alleinige Anwesenheit der studentischen Nachtwache, die sich zum Schlafen niederlegen durfte. Man ging davon aus,

dass die Patienten gesund genug waren, um sich zu melden und ggf. selbst Hilfe zu holen. Auch unter Walter Bräutigam, dem Nachfolger von Alexander Mitscherlich, blieb diese Tradition an der Psychosomatischen Klinik erhalten, und ich profitierte von der Möglichkeit, als studentische Nachtwache gleichsam im Schlaf etwas Geld zu verdienen. Morgens bestand die Aufgabe darin, Gewichtsmessungen bei den inzwischen vermehrt in der Psychosomatik behandelten Anorexiepatienten vorzunehmen. Zudem musste der Student einmal in der Woche an einer Ärztekonzferenz teilnehmen, bei der über Problempatienten und Problemsituationen gesprochen werden sollte. Mir fiel auf, dass die behandelnden Ärzte bei Sistieren des therapeutischen Prozesses dazu neigten, nach Schuldigen zu suchen, seien es ungünstige Umgebungsfaktoren, untherapeutisches Verhalten des Pflegepersonals oder ein unsensibler Umgangsstil der studentischen Nachtwache. Jedenfalls bot die versuchte Trennung zwischen therapeutischer Ebene und Real-Ebene vielfältige Möglichkeiten, Spaltungsprozesse im therapeutischen Team zu begünstigen.

Küttemeyer blieb in der Inneren Klinik der Universität Heidelberg und begann, auf zwei Stationen mit einem ausgewählten Kreis von Assistenten typische internistische Erkrankungen unter biographischem Gesichtspunkt zu erforschen und psychotherapeutisch zu behandeln. Eine Beschränkung auf die sog. Psychosomatosen lehnte er ab. Gegenüber der psychoanalytischen Methode wies die Psychotherapie erhebliche Abweichungen auf. Küttemeyer wollte den Beweis erbringen, dass nicht nur leichtere Erkrankungen im Rahmen einer kommunikativen Behandlung günstig zu beeinflussen sind. Er widmete sich den schweren psychiatrischen und internistischen Leiden. Er setzte sich Ziele, die bis dahin als unerreichbar galten. In seiner ersten Buchpublikation berichtet er von der Psychotherapie eines an einer depressiven Psychose erkrankten Mannes, der wegen eines Herzfehlers auf der Inneren Abteilung behandelt wurde (vgl. Küttemeyer 1953).

Hatte Weizsäcker – nicht zuletzt zur Vorbeugung von Allmachtsfantasien – zwischen zwei Widerstandsformen bei der Psychotherapie von Organkranken unterschieden, einem »unüberwindbaren Widerstand« (W1) und einem neurotischen, »überwindbaren Widerstand« (W2), so stellte Küttemeyer das Postulat eines prinzipiell unüberwindlichen Widerstandes infrage. Weizsäcker wollte mit

seiner Unterscheidung der Tatsache Rechnung tragen, dass es im Leben des Menschen Notwendiges, Irreparables, unabänderliche Verluste und nicht zuletzt den Tod gibt. Zwar konzedierte er, dass die Grenze zwischen unüberwindlichem und überwindlichem Widerstand verschieblich ist, ja dass die Widerstandsformen sich ineinander verwandeln können, eine restlose gegenseitige Verwandlung sei jedoch nicht möglich (vgl. Stoffels 1987).

Mit dieser Unterscheidung wollte sich Kütemeyer nicht zufriedengeben. Er entwickelte die Idee eines vom Arzt und vom Patienten nicht zu überwindenden, sondern gemeinsam zu leistenden Widerstandes. Kütemeyer legte die Auffassung einer ökonomischen Beziehung zwischen beiden Widerstandsarten nahe. Er schrieb: »Das Maß seiner Überwindbarkeit (des krankhaften, zu überwindenden Widerstandes, H.S.) ist nicht zuletzt davon abhängig, wie weit der Widerstand, den der Patient leistet, unterstützt und genährt wird vom Arzt, von der Mitwelt, von gemeinschaftlichen und geschichtlichen Impulsen.« (Kütemeyer 1963) Das hatte einschneidende Konsequenzen für das Behandlungssetting:

- Herausnahme des Kranken, wenn irgend möglich, aus seinem bisherigen familiären Milieu.
- Konsequente Einbeziehung kooperierender Angehöriger und Umgebungspersonen.
- Aktives Einbringen der Person des Therapeuten in den therapeutischen Prozess.

Als Kütemeyer sich in den letzten Jahren der kommunikativen Beeinflussung von Krebsleiden zuwandte und nach den Bedingungen ihrer psychosomatischen Behandlung forschte, konnte er nicht umhin, das unter den aktuellen Bedingungen Utopische solcher Behandlungen zu formulieren: »Und es sieht so aus, wie wenn die in der Medizin durchaus üblichen Verhältnisse, wo ein Arzt in einer Klinik dreißig Patienten zu versorgen hat, sich umkehren müssten und man ein therapeutisches Experimentierfeld schaffen müsste, wo dreißig Ärzte (...) untereinander einen Kranken behandeln, um bei der bösartigen Erkrankung den nötigen, aber auch möglichen Effekt zu erzielen. Das (...) würde die Erfüllung der Forderung sein nach einem Krebsforschungsinstitut, wo alle dort tätigen Ärzte, einschließlich des Pflege- und Verwaltungspersonals, nach anthropologischer Methode arbeiten.« (Kütemeyer 1970)

Kütemeyer, dem es zeitweise gelang, einen Kreis gleichgesinnter Ärzte, eine sog. Mäeutengemeinschaft um sich zu scharen, blieb die institutionelle Verankerung und Erprobung seines Ansatzes in der Universitätsklinik versagt. Er zog sich in eine Privatpraxis zurück. In der Buchpublikation mit dem Titel »Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit. Zur anthropologischen Methode der Behandlung körperlich Kranker« hat er seine Erfahrungen, unterlegt mit kasuistischen Beispielen, zusammengefasst. (vgl. Kütemeyer 1963)

#### **Der hyper-dimensionale Ansatz: Thure von Uexküll**

Wo gab es in den 1970er-Jahren in Deutschland weniger utopische, weniger ambitionierte Konzepte einer Psychosomatik nicht als Spezialfach, sondern als Basis der somatischen Medizin? Neben der von Peter Hahn an der Universität Heidelberg geleiteten Abteilung Innere Medizin II kann die Uexküll'sche Abteilung an der Universität Ulm genannt werden. Im Department Innere Medizin, dort, wo Uexkülls Mitarbeiter eine psychosomatisch-internistische Modellstation aufgebaut hatten, begann ich meine Assistenzarztzeit.

Auch Thure von Uexküll war nach dem Krieg zu Forschungsaufenthalten in die USA gegangen. Aber er blieb immer – im Gegensatz zu Mitscherlich – der Medizin, auch der experimentellen Medizin verhaftet, und die Psychoanalyse besaß für ihn nicht die Faszination (weder als Erkenntnismittel noch als therapeutische Methode), die sie auf andere Psychosomatiker ausübte. Ein utopisches Denken war ihm fremd, und er suchte nach realistischen Möglichkeiten, die moderne Wissenschaftsentwicklung, hier speziell die Kybernetik, mit der psychosomatischen Forschung zu verknüpfen. Dokument dieser Bemühung ist sein 1963 publiziertes Buch »Grundfragen der psychosomatischen Medizin«. Später wurde Uexküll mit der Herausgabe des inzwischen 795 Seiten umfassenden interdisziplinären Lehrbuches »Psychosomatische Medizin« zum wichtigsten Lehrer der deutschen Psychosomatiker, die sich aber in seiner letzten Lebensphase von ihm abwanden und dem von ihm mitbegründeten Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin eine andere Richtung gaben. Erneut stellten die Psychosomatiker – verschiedenen institutionellen Zwängen folgend – die Psychosomatik als Spezialfach in den Vordergrund.

Wie sah die Arbeit auf der internistisch-psychosomatischen Modellstation in Ulm aus? Internistische Patienten ohne Auswahl wurden hier behandelt. Um die kommunikativen Prozesse auf allen Ebenen zu fördern, wurden Organisationsstruktur und Abläufe auf der Station verändert. Auch Schwestern und Pfleger wurden in die biographische Anamneseerhebung einbezogen. Besondere Aufmerksamkeit wurde der täglichen ärztlichen Visite gewidmet, die von einer intensiven Vor- und Nachbesprechung eingerahmt wurde. Die einzelnen mit den Patienten anzusprechenden Themen wurden vorausgeplant und Schwerpunkte gebildet. Das Arzt-Patient-Gespräch wurde wissenschaftlich beforscht. Die Visitengespräche wurden per Tonband aufgezeichnet, abgeschrieben und mithilfe wissenschaftlicher Verfahren im Hinblick auf misslingende oder gelingende Dialogformen ausgewertet. Zudem fanden Einzelgespräche statt. Die Patienten wurden zu gemeinsamen Sitzungen und Austausch animiert. Die Modellstation fand Aufmerksamkeit auch in der nicht-medizinischen Öffentlichkeit, und häufiger wurde in Zeitschriften und anderen Publikationen über sie berichtet. Sogar eine Filmregisseurin nahm sich der Station an und drehte einen abendfüllenden Film mit dem Titel »Wer will schon krank sein auf dieser Welt?«

Aber es konnte nicht verborgen bleiben, dass nach Abschluss der Aufbauphase sich die internistisch-psychosomatische Modellstation in Widersprüche verwickelte. Die Verweildauer stieg an. Die übrigen internistischen Abteilungen im Hause klagten darüber, dass diese Station kaum Patienten von der Aufnahmestation übernahm. Je bekannter die Station durch ihre Publikationen wurde, umso häufiger wollten Hausärzte und Internisten auch aus der weiteren Umgebung Problempatienten hier unterbringen und behandeln lassen. Gerade diese Patienten erforderten einen hohen personellen und zeitlichen Aufwand, und manchmal blieben die therapeutischen Erfolge bescheiden. Um eine Senkung der durchschnittlichen Verweildauer zu erreichen, behelfen wir uns vorübergehend mit der bevorzugten Aufnahme von Patienten, die nur zur Diagnostik für ein oder zwei Tage kamen (z. B. Herzkatheteruntersuchung).

Es zeigte sich ein weiteres Dilemma. Die jungen Ärzte strebten häufig eine internistische Facharztausbildung an und sahen die Notwendigkeit einer Spezialisierung und des Erlernens entsprechender Untersuchungs-

und Behandlungstechniken. Wie war das zeitlich zu schaffen neben der Verpflichtung, bei jedem Patienten ausführlich die psychosoziale Biografie zu erkunden? Nicht selten verließen wir Assistenzärzte erst nach 20:00 Uhr die Station. Gleichzeitig bestand die Verpflichtung, eine gute psychotherapeutische Ausbildung zu absolvieren, und gerade die langjährige und zeitraubende psychoanalytische Ausbildung schien den motivierten Assistenten die beste zu sein. Auch durfte an einer Universitätsklinik die wissenschaftliche Forschung mit ihrem Zwang zur Publikation nicht vernachlässigt werden. Die Beteiligung der Assistenzärzte am Studentenunterricht war selbstverständlich, und es wurde viel Wert darauf gelegt, gerade die angehenden Ärztinnen und Ärzte für den psychosomatischen Gedanken zu gewinnen.

Als ich auf der psychosomatisch-internistischen Modellstation mitarbeitete, waren die Uexküll'schen Mitarbeiter damit befasst, das umfangreiche, fast 800 Seiten umfassende Standardwerk zur Psychosomatik zu erstellen. Unter dem Eindruck, mehrere Leben gleichzeitig führen zu müssen (des spezialisierten Internisten, des psychoanalytischen Psychotherapeuten, des wissenschaftlichen Forschers, des Dozenten, des in Zeitungen Publizierenden etc.), verließ ich Ulm und wechselte an die Medizinische Hochschule Hannover. Hier hatte der seinerzeit jüngste Ordinarius für Psychiatrie, Karl-Peter Kisker, eine neue psychiatrische Universitätsabteilung aufgebaut. Ließ sich im Bereich der Hannoveraner Psychiatrie psychosomatische Theorie und Praxis realisieren, oder handelte es sich um den Wechsel in ein anderes Fach?

#### Der passend-realistische Ansatz:

##### Karl Peter Kisker

Karl Peter Kisker hatte als Student Seminare und Vorlesungen von Viktor von Weizsäcker besucht. Seitdem ließ ihn die Psychosomatik nicht mehr los, hatte sich aber – die Ansprüche in der Theorie, die Widersprüche in der Praxis sehend – der Psychiatrie zugewandt und sich als Psychiater identifiziert. Mit dem Aufbau einer neuen psychiatrischen Abteilung an der neu errichteten Medizinischen Hochschule Hannover bekam er die Möglichkeit, seine Psychiatrie, seine Psychosomatik zu realisieren.

1971 publizierte Kisker das Buch »Medizin in der Kritik. Abgründe einer Krisen-Wissenschaft«, worin sich auch das Kapitel »Psycho-

somatik: Auf dem Wege zur Prügel-Disziplin« befindet. Er schreibt: »Teils heiß ersehnt, teils durchaus unerwünscht, gerät dies jüngste Kind (die Psychosomatik) der vielköpfigen Familie Medizin in eine Welt, die es mit unterschiedlichsten, zum Teil ganz unangemessenen Erwartungen empfängt. (...) Die Gruppierungen der heutigen Hochschulen (haben ihr) schon Positionen zugeordnet, die zwischen Feigenblatt, Aschenputtel und Messias schwanken. Sie soll für Unbewältigtes, Versäumtes oder schlechthin nicht zu Verwirklichendes erhalten. Nimmt sie sich mehr als zwei oder drei der ihr angetragenen Aufgaben zu Herzen, so wird sie bald zu nichts mehr taugen« (S. 22).

Kisker kritisiert die Versteifung auf eine orthodoxe psychoanalytische Position in der Psychosomatik als inadäquate Antwort auf die Herausforderungen. Er fordert die Psychosomatik auf, hart und nüchtern als machbare Disziplin sich neben und mit den anderen Fächern zu etablieren. Psychosomatik dürfe sich nicht auf eine bestimmte Behandlungstechnik beschränken und sie dürfe auch nicht zu einer schmalspurigen Nur-Psychotherapie reduziert werden. Dann verweist Kisker auf Viktor von Weizsäcker, den er einen »imponierenden Wiedergeburtshelfer« nennt. Aber auch sein anthropologischer Ansatz in der Psychosomatik müsse sich an den Sachzwängen der Medizin abarbeiten, denn er sei nicht dazu da, das Unmögliche möglich zu machen (S. 29).

Kisker verordnete seiner Klinik eine dialogisch-psychotherapeutische Einstellung zum Kranken und ein sozialpsychiatrisches Konzept von Therapie und Rehabilitation. Die prägende Macht der Institution, ihre Abläufe und ihre Bedürfnisse gerieten ins wissenschaftliche Blickfeld und wurden einer Revision unterzogen. Welchen Stellenwert hat die klinische Behandlung bei der Bewältigung des familiären und beruflichen Alltags des Patienten? Wenn es aus vielerlei Gründen sinnvoll ist, die klinische Behandlungsstrecke möglichst kurz zu halten, dann besteht vor allem die Aufgabe darin, ambulante Behandlungsangebote auszubilden, die in Übereinstimmung mit dem klinischen Ansatz stehen. So geschah es auch in Hannover. Es wurden Polikliniken und Tageskliniken gegründet, ambulante Ergotherapien entstanden im Verbund mit unterschiedlichen arbeitstherapeutischen Möglichkeiten. Extrafamiliale Wohnräume boten kurzfristige und längerfristige Perspektiven, und nicht zuletzt wurden die Möglichkeiten einer aufsuchenden Behandlung erprobt (vgl.

Stoffels, Kruse 1996). Damit wurde Kisker zum Pionier einer Entwicklung, von der viele Impulse ausgingen, nicht zuletzt die Schließung von Großkrankenhäusern und die Etablierung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern über die gesamte Republik. Es galt, die neuen institutionellen Möglichkeiten mit Leben zu füllen.

1982 verfasste Kisker eine wegweisende Schrift über das Selbstverständnis psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung als »Ko-Existenz«. Damit verabschiedete er sich von der Vorstellung, dass es vorwiegend Aufgabe der therapeutisch orientierten Ärzte sei, Menschen zu verändern. Kisker lässt sich leiten von dem Gedanken, dass der Verzicht auf Beeinflussung und Veränderung wesentliche Bedingung ist, dass der Mensch zu sich selbst kommt. Indem der therapeutische Anspruch sich zurücknimmt und bescheiden wird, erreicht er gerade das, was er ursprünglich intendierte, nämlich Veränderung und Verwandlung, die auf anderem Wege entgegen der Absicht vertrieben worden wären (Kisker 1982).

Kisker hat nie verleugnet, dass der Mensch, wie er schreibt, »vermutlich bis an den Hals in seiner physischen ›Natur‹ stecke. Und er wagt am Ende eines Buches mit dem Titel »Dialogik der Verrücktheit. Ein Versuch an den Grenzen der Anthropologie« einen Blick auf die Möglichkeiten der modernen Neurobiologie (Kisker 1970).

#### Neurobiologie als Brücke zwischen Psychiatrie und Psychosomatik?

Mit dem Stichwort »Neurobiologie« wird ein neues Kapitel aufgeschlagen. Wenn die Fächer Psychiatrie und Psychosomatik sich zueinander verhalten wie verfeindete Geschwister und die Psychotherapie die ihr gelegentlich zugeordnete Funktion eines Brückenbauers nur partiell wahrnehmen kann, stellt sich die Frage, ob die moderne Neurobiologie Aufgabe des Brückenbauers und Versöhners übernehmen kann. Schon melden sich die neuen Disziplinen Neuro-Psychosomatik und Neuro-Psychiatrie zu Wort, und Kongresse zum Thema »Neurobiologie der Psychotherapie« haben Hochkonjunktur. Eric Kandel, nach Julius Wagner-Jauregg zweiter Nobelpreisträger aus dem Fachbereich Psychiatrie, sieht bereits durch die Neurobiologie die Psychiatrie, ja, die gesamte Medizin auf einem Weg zu einem neuen Humanismus, zu einer stärkeren individualisierten

Behandlung, die sich auf die Person des Kranken zentriert. Wird es also im Zeichen des Gehirns zu einer Versöhnung, zumindest zu einer Kooperation zwischen Psychiatrie und Psychosomatik kommen?

Thomas Fuchs, Inhaber der Karl-Jaspers-Professur in Heidelberg, wird nicht müde zu betonen, dass das Projekt einer personalisierten Medizin in der Perspektive des Neurobiologen Kandel ein anderes Projekt ist als die personalisierte Medizin in der Perspektive der anthropologischen Medizin (Fuchs 2009). »Das Gehirn – ein Beziehungsorgan« heißt der programmatische Titel seines letzten Buches. Fuchs betont, dass das Gehirn mit seinen faszinierenden Leistungen in erster Linie Organ der Vermittlung, der Transformation und der Modulation ist, eingebettet in die Beziehung des Organismus zur Umwelt und der Beziehung des Menschen zu sich selbst und zum anderen Menschen. Das Gehirn ist das Organ eines Lebewesens. Es ist irrig, das Subjekt oder die Person mit dem Gehirn zu identifizieren. Nicht Gehirne, sondern nur Personen fühlen, denken, nehmen wahr und handeln. Personen haben Gehirne, sie sind nicht Gehirne.

Indem Fuchs einseitige reduktionistische Deutungen verwirft und zu einer subjektorientierten und ökologischen Sichtweise des Zusammenhangs von Gehirn, Psyche und Sozialität hinführt, greift er auch auf Begriffe von Viktor von Weizsäcker zurück (z. B. den der »Drehtür« als Erkenntnisprinzip). Mit dem Begriff »zirkuläre Kausalität« knüpft er an frühe Uexküll'sche Konzepte an und erörtert therapeutische Ansätze unter Zuhilfenahme eines »Doppelaspekts«. Psychisches Kranksein lässt sich nicht vollständig in physiologischen bzw. pathophysiolo-

gischen Hirnzuständen beschreiben. Die Subjektivität des Menschen ist stets verkörperte Subjektivität, d. h. lebendig, in die Welt und ihren Beziehungen eingebunden.

Vergegenwärtigen wir uns abschließend nochmals die hervorgehobenen drei Ansätze, den utopischen, den hyperdimensionalen und den passend-realistischen Ansatz, so wird deutlich, dass jeder Ansatz seine historische Legitimität hat, die Entwicklung, Fortschritt und Innovation ermöglichte. Neue Ansätze fordern uns heraus. Im Licht der durchlebten Erfahrungen können wir sie besser verstehen und können erkennen, dass der »Streit der Fakultäten« nicht zum Ende gekommen ist. Alles andere wäre »schläfrige Toleranz« (von Weizsäcker 1947).

#### Anmerkung

1 Überarbeitete Fassung eines Vortrages, der bei der Eröffnung der Park-Klinik Sophie Charlotte, Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, in Berlin am 02.09.2009 gehalten wurde

#### Literatur

FUCHS T (2009) Das Gehirn – Ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart, Kohlhammer-Verlag  
 KANDELE (2006) Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes. München, Siedler-Verlag  
 KISKER KP (1970) Dialogik der Verrücktheit. Ein Versuch an den Grenzen der Anthropologie. Den Haag, Martinus Nijhoff  
 KISKER KP (1971) Psychosomatik: Auf dem Wege zur Prügel-Disziplin. In: KP KISKER: Medizin in der

Kritik. Abgründe einer Krisenwissenschaft. Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, S 21–29

KISKER, KP (1982): Soziotherapie, fragmentarische Überlegungen zu ihrer Praxis und Ethik. In: TELLENBACH, H. (Hrsg.) Psychiatrische Therapie heute. Enke, Stuttgart 1982. Wiederabdruck in: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 2, 1999, S. 50–56

KÜTEMEYER W (1953) Körpergeschehen und Psychose. Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag

KÜTEMEYER W (1963) Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit. Zur Methode der Erschließung und Behandlung körperlicher Erkrankungen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

KÜTEMEYER W (1970) Unveröffentlichtes Manuskript

STOFFELS H (1986) Umgang mit dem Widerstand. Eine anthropologische Studie zur psychotherapeutischen Praxis. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

STOFFELS H, G KRUSE (1996) Der psychiatrische Hausbesuch. Hilfe oder Überfall? Bonn, Psychiatrie-Verlag

UEXKÜLL VT (Hg) (1979) Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München-Wien-Baltimore, Urban & Schwarzenberg

UEXKÜLL VT (1963) Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbek, Rowohlt-Verlag

WEIZSÄCKER vV (1947) Die Medizin im Streite der Fakultäten. In: Viktor von Weizsäcker. Gesammelte Schriften, Bd. 7. Frankfurt, Suhrkamp-Verlag, S. 197–211

#### Der Autor

##### **Prof. Dr. Hans Stoffels**

Parkklinik Sophie Charlotte GmbH  
 Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik  
 Heubnerweg 2a  
 14059 Berlin  
 hans.stoffels@klinik-sc.de