

Kritisch denken mit Jaspers, oder: Was weiss die Psychiatrie von der Psyche?

Andreas Maercker

Fachrichtung Psychopathologie und Klinische Intervention
Universität Zürich

Zusammenfassung: Im Gedenken an den Zürcher Psychiater Christian Scharfetter (1936-2012), Autor von Monografien wie „Schizophrene Menschen“ (1983) und „Was weiss der Psychiater vom Menschen“ (2000), und im Rückgriff auf Karl Jaspers „Allgemeine Psychopathologie“ von 1913 (1. Aufl.) werden Fehlstellen der aktuellen Psychiatrieentwicklung diskutiert. Im Mittelpunkt steht die These, dass das grundlegende „bio-psycho-soziale Modell“ mittlerweile zum Lippenbekenntnis wurde und vom biologischen Zugang dominiert wird. Der Autor setzt dem die unausgeschöpften Möglichkeiten der gegenwärtigen psychologischen Grundlagenforschung entgegen. Dies wird an der Psychologie der Empathie und des autobiographischen Erinnerns illustriert. Eine Anerkennung psychologischer Prozesse als primär phänomenkonstituierend würde eine Schieflage des psychiatrischen Zugangs zum Patienten korrigieren, was neben erkenntnistheoretischen auch therapeutische Konsequenzen hat.

Dem Gedenken an Prof. Dr. med. Christian Scharfetter

Der Psychiater Christian Scharfetter (1936-2012) war ein überaus produktiver Autor. In den 1980er Jahren machten ihn seine Monografie „Schizophrene Menschen“¹ und eine Reihe von Forschungsartikeln zu diesem Thema in psychiatrischen Fachzeitschriften zu einer sehr bekannten Referenzfigur. Scharfetter stand für die phänomenologische Methode, einen humanen, nicht technizistischen Zugang zum Patienten und einen sich ausweitenden ethnopsychiatrischen Blick. Er selbst verwandte gern die Bezeichnung „psychiatrische Anthropologie“ für seine Zugangsweise². Scharfetters Monografie „Schizo-

phrene Menschen“ beginnt mit: „Da Krankheit [...] eine Art von Leiden ist, muss das Verhältnis des Menschen zum Leiden bedacht werden.“ (S. 3) und weiter „Wir wissen vom lebendigen Menschen nur als von inkarnierten Bewusstsein, und wir wissen im kommunikablen Sinn von Bewusstsein nur auf dem Wege dieses ‚begeisterten Körpers‘“ (S. 5).

In seinen damaligen empirisch-quantitativen Studien ging es um die Ich-Psychopathologie des schizophrenen Syndroms³, in der Scharfetter zusammen mit seinen Kollegen das Konzept der Ich-Störungen im damals modernen Sinne messbar machen wollte und mit allen statistischen Raffinesen auch machte. Es lässt sich nicht er-

schliessen, wie Christian Scharfetter später selbst von seinen frühen Arbeiten im Bereich der Messbarmachung psychopathologischer Konstrukte dachte. Es könnte sein, dass er sie für einen Tribut an den Zeitgeist hielt, der von der eigentlichen Zielsetzung der psychopathologischen Forschung abhielt. Ich nehme an, dass ihm das Projekt der psychiatrischen Anthropologie näher am Herz lag als die Entwicklung psychometrischer Erfassungsinstrumente.

Im Folgenden sollen weder Scharfetters anthropologische Beiträge noch seine quantitativen Studien im Mittelpunkt stehen, sondern etwas Anderes, das sich durch seine vielen weiteren Schriften wie ein roter Faden zieht: Sein Plädoyer für das ständige Fragenstellen, das Infragestellen der scheinbaren Gewissheiten in der Psychopathologie oder Psychiatrie oder den Humanwissenschaften insgesamt. Da ist er Jaspers ganz nah, der schrieb: „Fragen sind wesentlicher als Antworten, und jede Antwort wird zur neuen Frage“⁴ (S. 13). Im Titel meines Beitrags wird auf einen Buchtitel von Scharfetter aus dem Jahr 2000 Bezug genommen: „Was weiss der Psychiater vom Menschen?“⁵ Buchtitel und Textanfang bringen sein Credo. Unter „Von der Schönheit fragenden Denkens“ beginnt er mit den Worten: „So gedeihen Psychologie und Psychiatrie auf dem Boden der Humanität [...] und tragen bei zu einer Anthropologie, einer Ahnung vom Menschen, von dem wir nie abschließendes Wissen haben werden.“

Scharfetter brachte damit 70 Jahre nach Jaspers wieder einen philosophischen Impetus in die Psychiatrie ein. Ich möchte be-

haupten, Scharfetter war ein psychiatrischer Theoretiker in der Jasperschen Tradition. Wir kennen in der Psychiatrie eine Kraepelinische und eine Neo-Kraepelinische Tradition; sie ist die heutige Hauptrichtung der Psychiatrie, wie dies vielfältig belegt wurde⁶. Dieser Beitrag versucht, dem eine Jaspersche Tradition in der Psychiatrie dagegen zu stellen. Im Weiteren wird nicht vordergründig versucht, dies an Christian Scharfetter festzumachen, sondern an ausgewählten Inhalten und Themen. Dazu gehören eine kritische Sichtung des „biopsychosozialen Modells“ der Psychiatrie, das Empathie-Konzept und der Zusammenhang von Erinnerungstätigkeit und Depressionen. Die beiden letztgenannten Themen sind herausgegriffene Beispiele, die weder für die heutige Psychiatrie noch für eine mögliche Jaspersche Tradition irgendeine Zentralität beanspruchen. Ich wähle sie, weil ich mich zusammen mit KollegInnen mit diesen genauer beschäftigte und weil sich an diesen Themen einige grundsätzliche Überlegungen abhandeln lassen.

Eine Jaspersche Tradition in der Psychiatrie. Was ist das?

Zum 100. Jahrestags des Erscheinens von Jaspers „Allgemeiner Psychopathologie“ erschienen um das Jahr 2013 herum einige Publikationen⁷. Der englischsprachige Sammelband von Giovanni Stanghellini und Thomas Fuchs (2013)⁸ zu „100 Jahre Jaspers Allgemeiner Psychopathologie“ ist dabei hervorzuheben.

Was ist die Ausgangslage für die Rezeption Jasperscher Zugangsweisen zur Psychiatrie

in der heutigen Zeit? Scharfetter schrieb dazu „[...] Freilich ist es schwer, das Lebenswerk des Denkens (in der Psychiatrie—AM). Dies ist wohl der Grund dafür, dass so viele das Denken zu umgehen versuchen: Datensammler und –verarbeiter, Forschungsmanager, Gewissheits-Ideologen, Systemkonstrukteure, überflutende Vielschreiber, Kongresspfauen, Mitläufer auf dem „normalwissenschaftlichen“ Trampelpfad, von Dieben, Räubern, Plagiatoren, Fälschern im Science-Betrieb nicht zu reden“⁹.

Mit einem Blick auf den fachlichen Nachwuchs drückt Stanghellini es ähnlich aus: „...wie können junge Psychiater, die hungrig sind nach Hand-buchwissen, strukturierten klinischen Interviews, Entscheidungskriterien, Therapieprotokollen etc. Geduld aufbringen für einen Kliniker-Psychiater-Mischling, der sich für ein Wissen engagiert, dass hartnäckig auf die Grenzen des Wissens hinweist und atemlos gegen alle Formen von Dogmatismus und Objektivierbarkeit revoltiert? Wie können diejenigen, die nach ‚Expertenwissen‘ ... suchen sich mit einer Art des Wissens zufriedengeben, dass sich selbst als ‚unendliche Aufgabe‘, als ‚grenzenlose Bewegung‘ [...] versteht?“ (Übersetzung A. Maercker)¹⁰.

Beide Autoren drücken eine gewisse Verbitterung aus, eine Defensivität des nachdenklichen Reflektierens im Kontrast zum Aktionismus des psychiatrischen Handelns und Forschens. Diese Ausgangslage ist zu berücksichtigen, wenn es um die Anschlussfähigkeit der Jasperschen Zugänge für die heutige Psychiatrie geht. Vier

dieser Zugänge oder Impulse werden im Folgenden skizziert¹¹.

Impuls 1: der Patient als eigenständiger Mensch (Subjekt) mit seiner Einstellung zur eigenen Störung

Hierbei geht es um das Subjekt-Sein unserer Patienten; ihr Recht darauf, dass ihre Position ernstgenommen wird und versucht wird, sich in diese einzufühlen. Jaspers hat zu diesem Thema ein sehr modern gebliebenes Kapitel in seiner „Allgemeinen Psychopathologie“ geschrieben: Über die „Stellungnahme des Kranken zur Krankheit“ (AP, S. 345ff). Er betont, dass wir nicht nur in einer Mitleids-Attitüde den Patienten gegenüberstehen, sondern ihn auch als „Agent“ wahrnehmen, als aktiven Menschen, der sich mit seiner eigenen Störung auseinandersetzt. Jeder psychisch Kranke wird sich ja schon zwangsläufig selbst mit seinem Anderssein oder mit seiner Behinderung auseinandersetzen. Das haben Behandelnde zu beachten.

Professionelle Expertise verleiht nicht das Recht, die andere Person – den Patienten – autoritär zu einem anderen Menschen machen zu wollen. Ein Beispiel aus der Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen, in der es manchmal um übermässige, verfestigte Schuldgefühle von Trauma-Überlebenden geht¹². Therapeuten, hören manchmal, wenn sie zu schnell in diesem Bereich Fortschritte erreichen wollen von den Patienten: „*Ich merke schon, sie wollen mir meine Schuldgefühle nehmen. Die sind zwar schlimm, aber ich möchte die nicht einfach abschütteln*“. Schuldgefühle stellen anhaltende Beziehungen her zu (verstorbenen) Menschen, die einem

einmal wichtig waren, und diese Beziehungen können subjektiv enorm wichtig bleiben.

Impuls 2: Methodenstreit oder methodische Multidimensionalität?

Viel geschrieben wurde über Jaspers Impulse für die Methodenklärung in der Psychopathologie und Psychiatrie¹³. „Methodenstreit“ war ein Begriff, der 1913 bestens bekannt war. Es ging – mit heutigen Begriffen ausgedrückt – um den Streit zwischen geisteswissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Forschern. Dieser Streit ist in der Psychiatrie ein Dauerthema. Aktuell geht es um „harte“ Hirnforschung versus „weiche“ psychologische oder soziologische Forschung. Die Neuroscience sind zur Leitwissenschaft geworden, die Sozialpsychiatrie bzw. psychologische Ansätze der Psychopathologie haben es schwer, überhaupt noch wahrgenommen zu werden¹⁴. Diese Grenzziehungen im psychiatrischen Methodenstreit werden nachfolgend genauer besprochen werden.

Jaspers hat in seiner „Allgemeinen Psychopathologie“ einem wirklichen Methodenpluralismus das Wort geredet. Er tat dies indes durchaus polemisch und benutzte den Begriff „Hirnmythologie“ zur Kennzeichnung einer extremen und unreflektierten neurobiologischen Position, der heute noch als Kampfbegriff in der Methodendebatte verwendet wird. „Es wird die stillschweigende Voraussetzung gemacht, dass die eigentliche Wirklichkeit des Menschen wie alles Biologische ein somatisches Geschehen sei. [...] hierfür sei es immerhin besser, eine vorläufige anatomische Konstruktion zu besitzen als eine bloß psycho-

logische Untersuchung. – Solche anatomischen Konstruktionen werden mit Recht „Hirnmythologien“ genannt.“ (AP, S. 15/16).

Auf der anderen Seite war Jaspers durchaus ein Anhänger biologischer Erklärungsansätze, wenn er über seinen philosophischen Lehrer Max Weber und dessen Psyche in einem Brief schreibt: „Er machte in seinem Leben elementare Phasen durch, die irgendwie in seiner Biologie begründet waren: Gipfel von Energie und Produktivität und dann totale Zusammenbrüche, in denen er nicht einmal mehr lesen konnte.“¹⁵

Insgesamt hat Jaspers, was in den Schriften zum 100. Jubiläum seiner Allgemeinen Psychopathologie von verschiedener Seite konstatiert wurde, in exemplarischer Weise der methodischen Multidimensionalität den Vorzug gegeben¹⁶.

Impuls 3: Wertschätzung der psychologischen Wissenschaft und ihrer Erkenntnisse

Im Gesamtrahmen seiner Überlegungen, billigt Jaspers der Psychologie einen hohen Wert zu. Weit vorn platziert in seiner Allgemeinen Psychopathologie heisst es „Wir gestehen von vornherein, dass wir vielfach mit einer gewissen Willkür die Abscheidung unseres Stoffes aus dem Gesamtgebiet der Psychologie, dem die Psychopathologie angehört, wie die pathologische Physiologie der Physiologie, vornehmen mussten“ (AP, S. 3). Er verweist auf dieser Seite mit viel Detailkenntnis gleich auf acht Psychologielehrbücher (u.a. von Wundt, Ebbinghaus, Bumke), die man lesen sollte, um vom Hauptgebiet der seinerzeit modernen Psy-

chologie zu lernen. „Ein Studium der Psychologie ist für den Psychopathologen im Prinzip ebenso notwendig wie ein Studium der Physiologie für den somatischen Pathologen“ (AP, S. 3).

Dabei ist es interessant, dass Jaspers die eben entstandene Psychoanalyse sehr polemisch abtut und kritisiert, dies aber seine Hochschätzung der Psychologie nicht tangiert. Jaspers hat der Psychoanalyse im Wesentlichen vorgeworfen, aus möglichen Bedeutungszusammenhängen kausale Erklärungen zu machen. Beispielsweise: Der Wolfsmann sieht im Traum fünf Wölfe auf einem Baum, woraus Freud schlussfolgerte, es müsse die fünfte Stunde gewesen sein, in der das Kind den Koitus seiner Eltern beobachtet habe – die sog. psychologische Urszene überhaupt. Solche Zusammenhangsbildungen waren für Jaspers unseriös, esoterisch und rationalitätsfeindlich. Dies kam der Argumentation anderer zeitgenössischer Psychologen (z.B. Jean Piaget) sehr nahe und bildet bis heute die Grundfigur stringenter wissenschaftstheoretischer Argumentation gegen die Psychoanalyse.

Impuls 4: Diagnoseeinheiten sind problematisch, wenn es um die Ursachen- und Therapieforschung geht

Dieser Impuls ist ebenfalls bis heute aktuell. Die kritischen Diskussionen um die Neugestaltungen der psychiatrischen Störungsklassifikationen haben das gezeigt. Allen Frances¹⁷ Polemiken gegen das amerikanische Diagnostic and Statistical Manual, 5. Version (DSM-5) bekommen ihre Funken durch das grundsätzliche Problempotential der Definitionen von Diagnoseeinheiten, und die werden zu Feuer, wenn

solche Klassifikationen durch verschiedene soziale Akteure sakrosankt gemacht werden. Im alternativen Störungsklassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (International Classification of Diseases, Version 11: ICD-11) wird versucht, durch die Betonung der Patienten- bzw. Therapieorientierung weniger polemikheerausfordernde Fehler zu machen¹⁸.

Jaspers weißt in seinem Opus Magnum darauf hin, dass die Krankheitseinheiten, wie er sie in seiner Zeit kannte, kein „passendes Modell für klinisch psychiatrische Forschung ist“ (AP, S. 566). Er bezweifelt grundsätzlich, dass die Nosologie – die Lehre von der Einteilung psychischer Störungen – und die Ätiologieforschung in Übereinstimmung gebracht werden können. Mit einem heutigen Fachbegriff würde man dies als „transdiagnostischen Ansatz“ bezeichnen, der gerade in einigen Gebieten der Ätiologie und der Therapieforschung interessante Resultate bringt¹⁹.

Dennoch schlug Jaspers in seinem Lehrbuch eine nosologische Einteilung in drei Hauptstörungsgruppen vor, die in ihrer genialen Einfachheit ihrer Zeit durchaus voraus war: Organisch versachte Störungen (z.B. Demenzen), die sog. grossen Psychosen (Schizophrenie und Manisch-depressive Krankheit) sowie die Restgruppe der abnormen Reaktionen, Neurosen und abnormen Persönlichkeiten. Eine vereinfachte Nosologie, d.h. eine geringe Anzahl von diagnostischen Kategorien macht mehr Platz für intellektuelle Innovationen in der Ätiologie und der Therapie. Dies soll nachfolgend am Beispiel des bio-psycho-

soziale Grundmodells psychischer Störungen gezeigt werden.

Das bio-psycho-soziale Modell der Psychiatrie als Lippenbekenntnis

Dieses Modell entstammt nicht Jasperschen Formulierungen, sondern wurde durch George Engel (1977) formuliert. Es beinhaltet die einfache Aussage, dass Gesundheit am besten verstehbar ist als eine Kombination biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren und nicht biomedizinischer Faktoren allein. Dieses Grundmodell hat über die Jahre viel verbale Zustimmung bekommen. Es gibt meines Wissens bis heute keinen ernsthaften Autor in der Psychiatrie der dieses Modell grundsätzlich kritisch in Frage gestellt hat. Und dennoch gibt es viele „Maulwürfe“, die das Modell unterminieren, so dass es im wohlmeinendsten Fall als Lehrinhalt für Erstsemester gilt, danach sich aber niemand mehr danach richtet.

Thomas Insel, der Chef des amerikanischen National Institute of Mental Health (NIMH) proklamierte mehrfach explizit: „Psychische Erkrankungen [...] müssen als Störungen des Gehirns verstanden werden“²⁰. Es gibt viele Bestrebungen, die biologischen Prozesse als die grundlegend entscheidenden zu sehen, so dass selbst die störungsrelevanten psychologischen und sozialen Prozesse doch als neurobiologisch determiniert angesehen werden. Man spricht inzwischen von einem *biological essentialism* in der Psychiatrie, wenn die biologischen Prozesse als die letztendlich entscheidenden angesehen werden²¹. Nicht nur

unter Sozialpsychiatern macht der Begriff von „Depsychiatrisierung der Psychiatrie“ die Runde, weil einige Vertreter die Psychiatrie zu einer ausschliesslichen Neuroscience machen wollen.

Auf einer anderen Argumentationsebene hat der amerikanische Psychiater Nasser Ghaemi den Umgang mit dem bio-psycho-sozialen Modell als reine Heuchelei bezeichnet “The ‘biopsychosocial’ model is a catchphrase often used to allow one to do whatever one wants. Drugs are given without systematic reasons; and with the 3rd edition of the DSM onwards, decision regarding diagnostic definitions are increasingly made without regard to scientific evidence but with a primary focus on what is ‘pragmatically’ useful, in the opinion of the decision-makers”²²

Die Beobachtung der aktuellen Psychiatrieszene mit den Programmgestaltungen wichtiger nationaler und internationaler Fachkongresse lässt mich einen – zugegeben polemischen – Schritt weiter gehen und behaupten, die heutige Biologische Psychiatrie sitzt so fest im Sattel, und hat die Psychologie und die Soziologie aus ihrem Kreis vertrieben und vergrault, dass sie sich eine neue „Geliebte“ gesucht hat. Und die ist nun gleich die früher so genannte Königin der Wissenschaften: die Philosophie.²³ Die Philosophie erfreut sich unter anspruchsvollen Psychiatern einer zunehmenden Beliebtheit, wie die Etablierung von Arbeitsgruppen in nationalen psychiatrischen Fachgesellschaften oder eigenständigen Fachgesellschaften, wie der „Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry“, seit den 1990er Jahren

zeigt. Diese Foren haben Zeitschriften gegründet und loben regelmässig Preise aus.

Dies läuft häufig darauf hinaus, biologische Psychiatrie im Alltag durchzuführen und sich zum Ausgleich mit der Philosophie beschäftigen. Psychiater, die sich ernsthaft mit der Philosophie auseinandersetzen, gibt es zunehmend. Psychiater, die sich ernsthaft mit neueren Erkenntnissen und Grundlagenforschung der Psychologie oder Soziologie beschäftigen, gibt es daneben immer weniger. Kommt da ein Grandiositätswunsch zum Ausdruck: „Zu dem was wir im Alltag machen, passt nur die ‚queen of the sciences‘ die Philosophie²⁴? Was hätte Jaspers dazu gesagt? Es gibt Gründe anzunehmen, dass er die postmoderne „Lebenspartnerschaft“ zwischen Biologischer Psychiatrie und Philosophie ebenfalls kritisiert hätte.

Hier möchte ich aber wieder sachlicher und konkreter werden. Warum nur dominiert die biologische Forschung den früheren biopsycho-sozialen Ansatz? Warum können sich manche Psychiater gar nicht mehr vorstellen, dass sich psychische Störungen auf rein psychologische bzw. soziale Verursachungen zurückführen lassen?

Eine Technik- und Neurosciences-Metapher mag hier Aufhellung geben. Dennett²⁵ und Bolton²⁶ haben die Metapher des „Programmierfehlers“ eines beliebigen PCs benutzt, der sichtlich nicht funktioniert – und zwar allein durch einen Programmierfehler. Die Autoren argumentieren: Ein verändertes neuronales Substrat ist nicht notwendig, damit eine psychologische

Funktion fehlläuft. Es zeigt sich, dass eine nichtoptimale Bewegung eines Schachautomaten nicht nur durch „physisch-physikalische Umstände“ (Kurzschluss, Überhitzung, durchgebrannte Sicherungen) erklärbar ist, sondern auch als „Programmierfehler“ also einen nichtphysikalischen und wenn man so will psychologischen Fehler in den Handlungen des Programmierers.

Die Übertragung dieser Metapher legt nahe: Psychische Störungen können durch Programmierfehler der psychischen Funktionen, z.B. erlernte Dysfunktionen der emotionalen oder kognitiven Regulation, entstehen. Dass einige psychische Störungen auch durch biologische Anomalien entstehen, ist dazu kein Widerspruch. Diese dysfunktionalen Prozesse oder Programmierfehler werden sicherlich durch Hirnprozesse umgesetzt, aber das heisst nicht, dass eine biologische Dysfunktion vorhanden sein muss – ein suboptimales Schachprogramm kann durch einen intakten Computer ausgeführt werden. Natürlich können primäre psychische Dysfunktionen sekundär zu neurobiologischen Regelkreisveränderungen (zunächst ein Programmierfehler, dann durchgeschmorte Leiterplatten) führen, aber das ist nicht zwingend.

Kenneth Kendler²⁷ hat das mit folgendem Bild ausgedrückt: Ein junger Mann führt eine statistische Analyse an seinem Computer durch und bekommt falsche Ergebnisse, weil er einen Fehler beim Gebrauch des Statistikprogramms gemacht hat. Er versucht das Problem zu lösen, indem er den Computer aufschraubt und die Leiterplatten und Chips herausnimmt und mit dem Lötkolben versucht, den Fehler zu

reparieren. Aber nichts ist kaputt – er hat nur einen Programmierfehler gemacht.

Was damit gezeigt werden soll, ist: Es kann die Psyche allein sein, die die seelischen Störungen hinreichend begründet. Das ist für jeden psychopathologischen Sachverhalt oder jede Störungskategorie im Grunde separat zu prüfen. Störungskategorien für eine rein psychologische Erklärung sind meines Erachtens viele Depressionstypen und die Traumafolgestörungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung sowie verwandte Diagnosen²⁸.

Ein vorbildliches Forschungsprogramm zur Depression stammt vom eben zitierten Kenneth Kendler und seinen Mitarbeitern²⁹. Erklärt werden in dieser Studie von 2002 das Auftreten von Depressions-Episoden im letzten Jahr. Es wurden ausschliesslich Zwillingspaare untersucht, um den Einfluss der Genetik und der gemeinsamen bzw. Geschwister-Sozialisation an rund 2000 Zwillingen zu untersuchen. Diese wurden über neun Jahre viermal untersucht. 18 Risikofaktoren in fünf Entwicklungsstadien wurden untersucht: z.B. Kindheit, frühe bzw. späte Adoleszenz und Erwachsenenalter. Im Ergebnis gab es 55 signifikante Pfade zwischen den Risikofaktoren und neun schlussendlich für die aktuelle Episode wirksame Faktoren. Diese neun Faktoren kann man kategorial einteilen in biologische (genetisches Risiko, teilweise: frühere schwere depressive Episoden), psychologische (Neurotizismus, früh entwickelte

Angstneigung, mit- oder selbstverursachte schwere Lebensereignisse u.a.) und soziale (u.a. fremdverursachte schwere Lebensereignisse, soziale Probleme im letzten Jahr). Die höchsten Erklärungsbeiträge (Regressionskoeffizienten) stammen von den psychischen (Betawerte von 0,10 bis 0,35), gefolgt von den sozialen (Betawerte von 0,10 bis 0,23) und den biologischen Faktoren (Betawerte jeweils 0,10).

Das Beispiel dient damit zwar nicht dem Beleg der Behauptung der Alleinerklärung in dem Falle der Depressionen durch psychische Faktoren, aber es ist ein Hinweis auf das überwiegende Gewicht dieser Faktoren für den Depressionsverlauf. Weiter unten werde ich an enger gefassten, weniger komplexen Phänomenen der Psychopathologie eine mögliche „Alleinerklärung“ skizzieren. An dieser Stelle sollte ein umfassendes empirisches Forschungsergebnis herangezogen, um aufzuzeigen, dass die Neurobiologie die anderen Ursachenbereiche nicht dominiert.

Es sind solche Ergebnisse und grundsätzliche Überlegungen, die zu einer zugespitzten Version und Weiterentwicklung des bio--psycho-sozialen-Modells geführt haben. Der englische Psychopathologe Kinderman³⁰ hat ein „Psychologisches Modell psychischer Störungen“ vorgeschlagen, denn er meinte, es sei Zeit, die gestörten psychischen Prozesse in den Mittelpunkt eines grundlegenden Modells psychischer Störungen zu stellen (*Abbildung 1*).

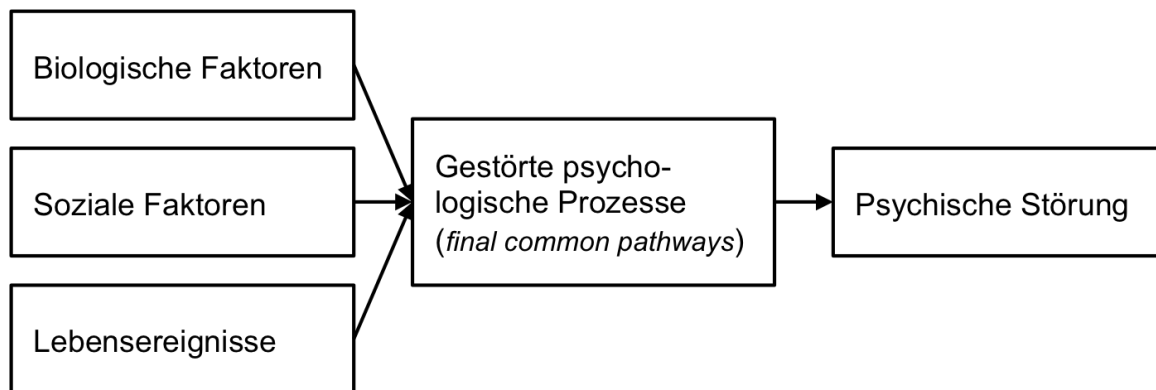


Abbildung 1: Die zentrale Rolle psychologischer Prozesse (nach Kinderman, 2005, S. 210, Übersetzung A.Maercker)

Mit diesem Modell werden die biologischen Prozesse zu einer von drei distalen Ursachen psychischer Störungen gemacht, während die proximalen Ursachen ausschliesslich die dysfunktionalen psychologischen Prozesse sind. Für diejenigen psychischen Störungskategorien bei denen Psychotherapien besser als Pharmakotherapien wirken, hat dieses prononcierte Modell eine bestechende Überzeugungskraft. Die Zukunft wird zeigen, wie weit dieser Entwurf als realistisch angenommen wird.

Schon jetzt gibt es weniger komplexe psychische Phänomene für die die Psychologie neue, aber viel zu wenig rezipierte Wissensbestände bereithält. Im Folgenden werden zwei dieser Phänomene diskutiert, die mir für die Psychiatrie relevant scheinen.

„Was weiss der Psychiater von der Psychologie?“ Zur Psychologie der Empathie und des autobiographischen Erinnerns

Die Empathie, hier im weitesten Sinne mit Mitgefühl übersetzt, dient mir als Beispiel für ein psychologisches Phänomen, für das in

den letzten Jahren viel neues psychologisches Wissen zusammengetragen wurde. Mitgefühl war auch für Jaspers und für Scharfetter ein zentraler Bezugspunkt³¹. Mitgefühl ist zentral für die Arbeit mit Patienten. Gestörte Empathie gilt für einige Störungskategorien als Leitsymptom, beispielsweise die dissoziale Persönlichkeitsstörung und die Störungen des autistischen Spektrums. Empathiemangel fällt klinisch als besonders tragisch und unnachvollziehbar im Zusammenhang mit der Störung der anhaltenden Trauer (DSM-5; geplantes ICD-11)³² auf, wenn z.B. nach einem Kindstod ein Elternteil mit den überlebenden Kindern kein warmes, empathisches Verhältnis weiter führen kann und diese vernachlässigt werden.

Der Empathie-Begriff ist die Latinisierung des deutschen Worts „Einfühlung“ und ist als deutscher oder lateinisch-internationaler Terminus vergleichsweise gar nicht so alt. Er stammt aus dem Zeitalter der Empfindsamkeit und wurde interessanterweise zunächst in der Ästhetik von Schriftstellern um 1820 gebraucht. Einhundert Jahre später wurde er über die Sozialpsychologie für die Gesamt-

psychologie von Interesse. Mittlerweile wird der Begriff ausdifferenziert, z.B. nach De Vignemont und Singer³³ in Resonanz, Reading the Mind sowie Theory of Mind. Resonanz wird in anderen Zusammenhängen auch als „emotionale Ansteckung“ konzeptualisiert und lässt sich gut am Beispiel des ansteckenden Gähnens oder Lachens illustrieren. Es gilt als basale Empathiekomponente. Reading the Mind betrifft das „Ablesen“ des affektiven Zustands der anderen Person also die Emotionserkennung anhand Mimik und Gestik eines Gegenübers. Theory of Mind, auch „Mentalisieren“ genannt, betrifft den umfassendste Empathieaspekt: Jemand hat in einem gegebenen Moment die Fähigkeit, Annahmen über das Innenleben eines Anderen vorzunehmen und diese in der eigenen Person zu erkennen, also Gefühle, Bedürfnisse, Ideen, Absichten, Erwartungen und Meinungen zu vermuten. Diese Aspekte sind in einem Gradienten zunehmender Komplexität angesiedelt, von den elementaren Resonanzphänomenen zur komplexen Theory of Mind.

2009 führten Nietlisbach, Maercker, Haker und Rössler³⁴ eine empirische Studie dieser Komponenten von Empathie mit Personen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) durch. Ausgangspunkt war das Leiden und die Klagen vieler Traumatisierter mit einer anhaltenden PTBS, die meinen, ihre Umwelt brächte ihnen nicht genügend Mitgefühl entgegen. Das ist ein weitreichendes Problem, es fängt manchmal bei den Behandlern aus der Psychiatrie oder Psychologie an, aber hauptsächlich bezieht es sich auf das soziale Umfeld der Traumaopfer. Da gibt es viel Vermeidung und Verdrängung sich auf die existentiellen Erfahrungen der Trauma-

opfer einzulassen. Wir hören von den Angehörigen allerdings häufig auch, dass sie meinen, die Traumaopfer selbst hätten durch ihr Leiden keine Mitgefühl mehr – und so ergibt sich häufig eine interpersonelle Spirale des Sich-nicht-Einfühlens-Könnens oder –Wollens.

Die Studie fokussierte auf Traumaopfer mit PTBS, betrifft also aus forschungspragmatischen Gründen nur die vermuteten Empathieeinbussen bei den Traumatisierten selbst. Verglichen wurden diese mit einer alters- und geschlechtsmässig gleich zusammen gesetzten Gruppe von Kontrollprobanden. Entsprechend den drei Komponenten wurden nacheinander drei Versuche gemacht: zur Ansteckung ein Gähn- bzw. Lach-Experiment, der aus der Autismusforschung stammende „Reading the Mind in the Eyes“-Test anhand von Gesichtsausschnitten mit standardisierten Gesichtsausschnitten (z.B. schüchtern, aufgeregt, scherzend) und für die Theory of Mind ein sog. Faux-Pas-Test zur Erkennung eines Verhaltensverstoß in einer Begrüssungssituation. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Resonanzphänomene im Vergleich zur Kontrollgruppe eindeutig verschlechtert waren, die mittelkomplexe affektive Erkennungsaufgabe war tendenziell verschlechtert und in der komplexesten Aufgabe (Faux-Pas-Test) waren die Leistungen beider Gruppen gleichgut.

Dies deutet darauf hin, dass bei Traumatisierten eine „Empathie höherer Ordnung“ zwar vorhanden ist, aber im Alltag könnten viele PTBS-Patienten es ihren Angehörigen schwer machen, weil sie in elementaren Empathie-„Teilleistungen“ schlechter sind als

Gesunde. Dies kann man mit elementaren Aufmerksamkeits- und kognitiven Defiziten erklären, die bei Menschen mit einer PTBS ausgeprägt sind und die wiederum durch die gedankliche Absorption mit den intrusiven Erinnerungen an das Trauma und anderen kognitiven Defiziten erklärbar sind³⁵. Es wäre sinnvoll, die dyadische Interaktion zwischen PTBS-Betroffenen und ihren Angehörigen in Hinblick auf die wechselseitig beklagten Empathiedefizite zu untersuchen. Lassen die potentiellen Probleme bei Angehörigen sich auch anhand dieser drei Empathiekomponenten nachweisen und wenn ja, woran liegen diese. Dies muss einem weiteren empirischen Forschungsprogramm überlassen werden.

Das andere Beispiel aus der psychologischen Forschung, dass ich auswähle, stammt aus der Depressionspsychologie. Hierbei geht es um das autobiographische Erinnern von Depressiven. Auf die fachsprachlichen Termini wird hier weitgehend verzichtet – ich möchte aber eingangs anmerken, dass Forscher wie Mark G. Williams³⁶, John Teasdale³⁷ und Tim Dalgleish³⁸ und anderen in den letzten beiden Jahrzehnten hier wichtige Durchbrüche erzielt haben, die inzwischen auch auf parallel in der Traumafolgenforschung aufgegriffen wurden³⁹.

Das Erinnern an die eigene erlebte Vergangenheit ist zentral für das Menschsein, für die Selbst- oder Ich-Funktionen und die Fähigkeit sich in der Welt zurecht zu finden. Der stark verkürzende Spruch: „Ich bin, was ich erinnere“ soll dies ausdrücken. Erinnerungen sind nötig für die menschliche Zielsetzung, Zielerreichung, Problemlösung und Sinnfindung.

Bei Depressiven, und zwar unipolar oder bipolar Depressiven, gibt es das Phänomen der „übergeneralisierten Erinnerung“ (over-general memory). Wenn man sie fragt, „Erinnern Sie sich an eine Zeit, als ein Nachbar Ihnen bei einem praktischen Problem half?“, dann äussern Gesunde bzw. Nichtdepressive spontan in 80% sehr konkrete Erinnerungen. Menschen mit einer akuten, chronischen oder rezidivierenden depressiven Störung berichten spontan nur zu ca. 45% konkrete Erinnerungen. Dagegen überwiegen bei Depressiven die übergeneralisierten Antworten, z.B. „Wir haben Probleme, wenn es die gab, immer kameradschaftlich gelöst“ oder „Das waren die üblichen Probleme, wenn einem im Haushalt etwas fehlt, und man sich dann aushilft“. Beide Beispiele lassen sich als neutrale Erinnerungen kategorisieren. Wenn ein Versuchsleiter positive oder negative Erinnerungen abfragt (z.B. Erinnern Sie sich an die schönsten Zeiten kurz nach der Eheschliessung?), bleibt es bei diesem Übergewicht übergeneralisierte Erinnerungen bei Depressiven und meist konkreten Erinnerungen bei Nichtdepressiven.

Besonders eindrucksvoll ergeben sich diese Erinnerungstildifferenzen, wenn man den sog. Autobiographical Memory Test (AMT) bei Depressiven und bei Gesunden anwendet⁴⁰. Der AMT besteht aus 40 Wortstämmen wie „erfolgreich“, „einsam“, „zornig“, die frei assoziierend mit individuellen Erinnerungen ergänzt werden müssen. Was heisst das menschlich und klinisch? Menschen mit einer depressiven Störung entgeht ein Teil des Erinnerungs- und Erlebnisspektrums: Das

Kleinteilige, Konkrete, Bildhafte, Sensorische – das was z.B. die meiste gute Literatur ausmacht: Nuancenreichtum und Genauigkeit der Vergegenwärtigung.

Dieser Effekt ist klinisch relevant und stabil. Er wird ausserhalb einer depressiven Phase schwächer, bleibt aber bestehen. Der Effekt, wenn er bei Gesunden auftritt, markiert einen Vulnerabilitätsfaktor. Es zeigte sich, dass nach kritischen Lebensereignissen diejenigen mit diesem Effekt in höherem Masse eine depressive Störung ausbilden als die ohne diesen Übergeneralisierungseffekt bei den Erinnerungen⁴¹. Er tritt bei uni- und bipolaren Störungen und Dysthymie auf, nicht aber bei saisonaler affektiver Störung, bei Depressionen mit wahnhafter Störung oder postpsychotischer Depression.

Neben der Depression tritt er auch bei Patienten mit einer Traumaanamnese auf. Ich verweise hier auf die wesentlichen Ergebnisse einer Studie unserer Arbeitsgruppe, einer Langzeitanamnese von 86 ehemaligen politischen Inhaftierten in der DDR, die durch die Haft alle traumatisiert waren (mittlere Haftlänge 3 Jahre)⁴². Zirka 30% der Studienteilnehmer hatten zum Untersuchungszeitpunkt eine aktuelle PTSD-Diagnose. Die Ergebnisse waren zunächst etwas überraschend, denn diese Population zeigt weniger übergeneralisierte Erinnerungen als zu erwarten. Bei denjenigen aber, die doch übergeneralisierende Erinnerungen hatten, spielten drei Faktoren eine Rolle: die Unterstützung des sozialen Umfelds nach der Haft, die wir vor 20 Jahren gemessen haben; ob die politischen Inhaftierten bei ihrer Entlassung in die Bundesrepublik oder zurück in die DDR

entlassen wurden (die zurück in die DDR mussten, haben mehr übergeneralisierte Erinnerungen); und das Ausmass einer Verbitterungs-Psychopathologie heute. Die beiden letzten Faktoren mögen unmittelbar einleuchtend sein; der erstgenannte Faktor der sozialen Unterstützung bleibt bisher ein Rätsel – auch so etwas muss es im Prozess des Forschens geben.

In der Psychologie weiss man inzwischen mehr, wie dieses pathologische Übergeneralisierungsphänomen zustande kommt und sich stabilisiert. Mark Williams⁴³ hat drei Erklärungsmodi und deren meist experimentelle Belege zusammengestellt. Demnach haben Depressive oder (die Mehrheit der) Traumatisierten diese selbstschädigenden Erinnerungsschwierigkeiten, weil: Erstens eine *funktionale Vermeidung* am Werk ist. Beim Zugriff auf autobiographische Erinnerungen, der meist Top-down (Vom Allgemeinen zum Spezifischen) erfolgt, kommt es zu einer Sperre in diesem Top-Down-Prozess, denn „unten“ bei den konkreten Erinnerungen warten zu viele negative Detailerinnerungen, die sich das Bewusstsein ersparen möchte. Nicht nur der befürchtete negative Affekt während des Erinnerns führt zur funktionalen Vermeidung, sondern auch der Sachverhalt, dass spezifische Erinnerungen aktuelle Aufmerksamkeitsprozesse verbrauchen und dabei Zielerreichungsprozesse stören.

Zweitens gibt es bei ihnen eine *grüblerische (ruminative) Befangenheit im Konzeptuellen*. Auf der Ebene über den spezifischen, konkreten Erinnerungen liegen konzeptuell zusammengefasste Erinnerungen, z.B. Teile des Selbstkonzepts. Zum Beispiel im Zusammen-

hang mit der Frage: „Was passierte als ich 20 war?“ das Konzept: „Ich war immer schon ungeschickt, schüchtern, ein sog. Mauerblümchen“. Ein Anstoss zum Erinnern bleibt auf dieser mittleren Ebenen stecken und der Top-down-Prozess wird nicht vollständig in Gang gesetzt. Dieses Steckenbleiben kann und wurde auch als bestimmte Formen des Grübelns untersucht – und dies ist bekanntlich bei Depressiven viel häufiger als bei Nicht-Depressiven.

Drittens ist die *exekutive Kontrolle* der mentalen Prozesse bei Depressiven erschwert, sie sind z.B. leichter ablenkbar. Gibt es einen Erinnerungsanlass, und allermeistens verleiten diese zum konkreten Erinnern, dann ist eine schwache exekutive Kontrolle mit dafür verantwortlich, dass es nicht zum richtigen Top-down-Prozess kommt wie bei den Gesunden. Diese drei Prozesse tragen nach dem heutigen Stand des Wissens also dazu bei, dass Depressive häufiger in unscharfen Erinnerungen steckenbleiben als Gesunde.

Die Schilderung der depressiven Pathologie des übergeneralisierten Erinnerns kann ich nicht beenden ohne kurz auf therapeutische Ansätze einzugehen. Interessanterweise lassen sich zwei neuere Psychotherapieformen darauf beziehen. Die eine ist schon weit bekannt geworden: Es ist die Achtsamkeitstherapie, die mit Erfolg bei Patienten mit depressiven Störungen eingesetzt wurde. Hier wird am „down-level“ der konkreten Wahrnehmungen und Erinnerungen gearbeitet und die Patienten in die Lage versetzt, sich nachhaltig in der Welt der Einzelheiten und der kleinen Wahrnehmungen aufzuhalten ohne

dass sofort bewertende Konzepte dazu kommen.

Die andere Therapieform ist weniger bekannt, aber wie Metaanalysen zeigen, mindestens ebenso wirksam⁴⁴. Ihre mittlere Wirksamkeit zur Stimmungsaufhellung liegt etwas über der der Antidepressiva. Es ist der „therapeutische Lebensrückblick“, der meist in strukturierter Form indiziert als Therapeutikum eingesetzt wird – und nicht als Diagnostikum wie dies früher in anderen Psychotherapieformen ausschliesslich der Fall war. Diese Lebensrückblicks-Therapie wird meist in der Form eines Dreischritts durchgeführt: Erinnern Sie sich an eine schöne Situation in einer gegebenen Lebensphase; Erinnern Sie sich an eine belastende Situation in einer gegebenen Lebensphase und: Wie haben Sie es damals geschafft, über die belastende Situation hinwegzukommen oder sie gar zu meistern?

Der strukturierte Lebensrückblick bei Depressiven, eigentlich von Geriatern erfunden, wird mittlerweile als Therapie für Erwachsene jeden Alters und depressive Jugendliche untersucht. Der Ansatz ist eine psychologische Antwort auf psychologisch, biologisch oder sozial entstandene psychische Probleme⁴⁵.

Die Empathie- und die Lebensrückblicksforschung sollten Beispiele von Impulsen aus der psychologischen Grundlagenforschung für die zeitgemässe Psychiatrie sein. Das Ziel dieser Darstellung soll meine Schlussfolgerung sein, die da lautet: Im Rahmen des biopsychosozialen Modells psychischer Störungen sind psychologische Prozesse an sich und

allein schon phänomenkonstituierend. Sie benötigen nicht in jedem Fall die biologische Ebene als Letzterklärung. Jaspers gab andere Beispiele, um vorherrschende Erklärungsansätze seiner Zeit in Frage zu stellen. Jaspers ist und bleibt der grosse Methodologe unseres Faches, der vor 100 Jahren zusammenfasste: Was wir wissen können? Was unsere Vorgänger eigentlich hoffen konnten und was nicht - und was sie tun sollten.

Die Multidimensionalität des psychiatrischen Forschens ist an sich im bio-psycho-sozialen Modell wie in einem Rahmen gut aufgehoben. Es gilt aber, diesen Rahmen nicht disproportional zu füllen mit einem überwältigenden Ausmass biologischer Forschung und dünnen, kaum erkennbaren Schichten von Psychologischem und Sozialem. Methodische

Multidimensionalität beinhaltet u.a. ein erkenntnistheoretisches Ernstnehmen dieser letztgenannten Ebenen und ein Ausschöpfen ihrer Erklärungsmöglichkeiten auch für erkenntnistheoretische Begründungen.

Ein Abschlussgedanke zum Psychiater Christian Scharfetter: Er hatte die Botschaft, das Menschliche, das Anthropologische, in der Psychiatrie nicht zu vernachlässigen. Einfühlung und Mitgefühl waren ihm als Haltung zentral. Es hat seit dem Wirken der Beiden zugegebenermaßen Fortschritt gegeben. Bei der Suche nach dem Menschlichen sollte die Psychologie mit ihren neuen Erkenntnissen wieder vermehrt Interesse finden.

Anmerkung:

AP=Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. 9. Auflage, 1973.

- ¹ Scharfetter, C. (1983). *Schizophrene Menschen: Psychopathologie, Verlauf, Forschungszugänge, Therapiegrundsätze*. München: Urban & Schwarzenberg.
- ² Scharfetter, C. (1976). *Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung* (1. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
Scharfetter, C. (2004). *Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ³ Vgl. z.B. Scharfetter, C., Brauchli, B. B., & Weber, A. A. (1982). Ich-Psychopathologie des schizophrenen Syndroms: Empirische Studien zu einem phänomenologischen Konstrukt. *Der Nervenarzt*, 53(5), 262-267.

-
- ⁴ Jaspers, K. (2004). *Einführung in die Philosophie*. München: Piper.
(Originalpublikation, 1950, Zürich: Artemis)
 - ⁵ Scharfetter, C. (2000). *Was weiss der Psychiater vom Menschen. Unterwegs in der Psychiatrie: Menschenbild, Krankheitsbegriff und Therapieverständnis*. Bern: Huber.
 - ⁶ Compton, W. M., & Guze, S. B. (1995). The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 245(4-5), 196-201.
Hoff, P. (1994). *Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft: Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung*. Berlin: Springer.
Jablensky, A. (2007). Living in a Kraepelinian world: Kraepelin's impact on modern psychiatry. *History of Psychiatry*, 18(3), 381-388.
 - ⁷ Vgl. z.B. de Leon, J. (2014). One hundred years of limited impact of Jaspers' general psychopathology on US psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(2), 79-87.
Fuchs, T., Breyer, T., & Mundt, C. (Eds.). (2014). *Karl Jaspers' philosophy and psychopathology*. New York: Springer.
Maj, M. (2013). Mental disorders as "brain diseases" and Jaspers' legacy. *World Psychiatry*, 12(1), 1-3.

- ⁸ Stanghellini, G., & Fuchs, T. (Eds.). (2013). *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- ⁹ Zitiert nach Scharfetter, C. (2000). *Was weiss der Psychiater vom Menschen. Unterwegs in der Psychiatrie: Menschenbild, Krankheitsbegriff und Therapieverständnis*. Bern: Huber. S. 20.
- ¹⁰ Stanghellini, G. (2013). The ethics of incomprehensibility. In G. Stanghellini & T. Fuchs (Eds.), *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology* (166-182). Oxford: Oxford University Press. S. 167
- ¹¹ Vgl. de Leon, J. (2014). One hundred years of limited impact of Jaspers' General Psychopathology on US psychiatry. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(2), 79-87.
Fuchs, T., Breyer, T., & Mundt, C. (2014). *Karl Jaspers' Philosophy and Psychopathology*. New York: Springer.
Maj, M. (2013). Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 242-243.
- ¹² Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Berlin: Springer. S. 38.
- ¹³ de Leon, J. (2014). One hundred years of limited impact of Jaspers' General Psychopathology on US psychiatry. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(2), 79-87.
Fuchs, T., Breyer, T., & Mundt, C. (2014). *Karl Jaspers' philosophy and psychopathology*. New York: Springer.
Maj, M. (2013). Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 242-243.
- ¹⁴ Hasler, F. (2012). *Neuromythologie: Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung*. Bielefeld: Transkript.
Rössler, W. (2012). Das Soziale in der Psychiatrie: Schon wieder Stiefkind. *Neurotransmitter* (Sonderheft 2), 42-46.
- ¹⁵ Kohler, L., & Saner, H. (1992). Correspondence 1926 - 1969: Hannah Arendt, Karl Jaspers. New York: Harcourt Brace Jovanovich. S. 637.
- ¹⁶ Maj, M. (2013). Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 242-243.
Stanghellini, G., & Fuchs, T. (Eds.). (2013). *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- ¹⁷ Frances, A. (2013). Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: Dumont.
- ¹⁸ Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- ¹⁹ Vgl. z.B. Frank, R. I., Davidson, J. & Persons, J. B. (2014). The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning. Oakland CA: New Harbinger.
- ²⁰ Vgl. z.B. Insel, T. R., & Quirion, R. (2005). Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *Journal of the American Medical Association*, 294(17), 2221-2224.
- ²¹ Haslam, N. (2000). Psychiatric categories as natural kinds: Essentialist thinking about mental disorders. *Social Research*, 67, 1031-1058.
- ²² Ghaemi, S. N.: The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model, zitiert in Ghaemi, S. N. (2013). Understanding mood disorders: Karl Jaspers' biological existentialism. In G. Stanghellini & T. Fuchs (Eds.), *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology* (258-275). Oxford: Oxford University Press. S. 260.
- ²³ Das Reich der Wissenschaften kennt eine zweite „Königin“: die Mathematik. Auch diese wird von der biologischen Psychiatrie heftig umworben und das gemeinsame Kind wird „Computational Psychiatry“ genannt (siehe z.B. http://article.wn.com/view/2014/04/02/Worlds_first_computational_psychiatry_centre_opens_in_London/, retrieved 23. Mai 2014).
- ²⁴ Das Reich der Wissenschaften kennt zwei weitere „Königinnen“: eine alte und abgedankte: die Theologie und eine weitere der Neuzeit, die Mathematik. Auch letztere wird von der biologischen Psychiatrie heftig umworben und das gemeinsame Kind wird „Computational Psychiatry“ genannt (siehe z.B. http://article.wn.com/view/2014/04/02/Worlds_first_computational_psychiatry_centre_opens_in_London/, retrieved 23. Mai 2014).
- ²⁵ Dennett, D. C. (1978). *Brainstorms: Philosophical essays on mind and psychology*. Brighton: Harvester.
- ²⁶ Bolton, D. (2008). What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values. Oxford: Oxford University Press.
- ²⁷ Kendler, K. S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *The American Journal Of Psychiatry*, 162(3), 433-440. p. 435.
- ²⁸ Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- ²⁹ Vgl. z.B. Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1133-1145. s. dort veranschaulichend Abb. 1.

- ³⁰ Kinderman, P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(4), 206-217.
- ³¹ Vgl. z.B. AZ und *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie. München (1986).* Scharfetter, C. (1976). *Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung* (1. Aufl.). Stuttgart: Thieme. s. Kap. 1.
- ³² Vgl. Maercker, A., Brewin, Ch. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., et al. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206.
- ³³ De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435-441.
- ³⁴ Nietlisbach, G., Maercker, A., Roessler, W., & Haker, H. (2010). Are empathic abilities impaired in posttraumatic stress disorder? *Psychological Reports*, 106(3), 832-844.
- ³⁵ Brewin, C. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven: Yale University Press.
- ³⁶ Vgl. z.B. Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., et al. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148.
- ³⁷ Vgl. z.B. Teasdale, J. D., & Segal, Z. V. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.
- ³⁸ Vgl. z.B. Dalgleish, T., & Power, M. J. (2004). Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): Implications for a taxonomy of related psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1069-1088.
- ³⁹ Vgl. Rubin, D. C. (2005). A basic-systems approach to autobiographical memory. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 79-83.
- ⁴⁰ Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148.
- ⁴¹ Ebda.
- ⁴² Kleim, B., Griffith, J. W., Gäbler, I., Schützwohl, M., & Maercker, A. (2013). The impact of imprisonment on overgeneral autobiographical memory in former political prisoners. *Journal of traumatic stress*, 26(5), 626-630.
- ⁴³ Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148.
- ⁴⁴ Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2013). Wirksamkeitsforschung. In A. Maercker & S. Forstmeier (Hrsg.), *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung* (47-64). Berlin: Springer.
- ⁴⁵ Maercker, A., & Forstmeier, S. (2013). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Berlin: Springer.