

## Ein medizinisch-anthropologisches Krankheitsmodell in der Psychiatrie

H. J. Barahona Fernandes

Rua Actor Antonio Silva 5–8° D, 1600 Lissabon, Portugal

### A Medical-Anthropological Model of Psychiatric Illness

**Summary.** Consideration of the present treatment of psychiatric illness, along with the epistemological restraints for a valid model of psychiatric illness, has led to the proposal of a medical-anthropological model, which is derived from the unity of normal and abnormal behavior in specific situations and general environments and provides a scheme of 'medical anthropopsychiatry'.

The proposed model is multidimensional (biological, psychological, and sociohistorical-cultural parameters are combined synchronously and diachronously) and aims to bring together functional and structural data of both the healthy and the disturbed personality in their entirety. It is an open model that attempts to establish the dialectic convergence of the phenomena in dynamics and structure in an integrative and comprehensive manner. It considers the complexity of their interactions on different levels.

A distinction is drawn between: (1) general disruptions of the personality and its dynamic compensations with respect to mental equilibrium and (2) the basic structures underlying psychopathology and their reconstruction gradients.

On that basis a pathogenetical scheme is proposed that should explain, synchronously and diachronously, the entirety of dynamical and structural components, with regard to pathogenic processes as well as therapeutic efficacy. Motivating situations and their relevance for mental health have also been considered in the model along with their etiopathogenic causes and possibilities for compensation. The applicability of the model for diagnosis, therapy, and prophylaxis is also discussed in relation to the personal history of the individual patients.

**Key words:** Psychiatric model – Personality diagram – Basic structures of psychopathology – Etiopathogenesis – Multidimensional diagnosis – Anthropopsychiatry.

**Zusammenfassung.** Angesichts der derzeitigen Situation der psychiatrischen Praxis und von erkenntniskritischen Überlegungen zu einem für die Psychia-

trie gültigen Krankheitsmodell, wird ein *medizinisch-anthropologisches Modell* vorgeschlagen, das die Einheit des gesunden und kranken Menschen in Situation und Umwelt zugrunde legt und eine Skizze einer „medizinischen Anthropopsychiatrie“ sein soll.

Das vorgeschlagene Modell ist *multidimensional* angelegt (biologische, psychologische, sozio-historisch-kulturelle Parameter in synchroner und diachroner Verknüpfung) und zielt auf die Organisation der gesamten verschiedenen funktionellen und strukturellen Daten der gesunden und gestörten Persönlichkeit. Es ist ein *offenes Modell*, das eine dialektische Konvergenz der Phänomene, Dynamismen und Strukturen in integrierter und umfassender Weise versucht und die Komplexität ihrer Wechselwirkungen auf verschiedenen Ebenen berücksichtigt.

Es werden unterschieden: 1. allgemeine Störungsformen der Persönlichkeit mit ihren dynamischen Kompensationen des Gesundheitsgleichgewichtes, 2. die psychopathologischen Grundstrukturen und ihre Restrukturierungsgradienten.

Auf der Grundlage dieser Bezugssysteme wird ein *pathogenetisches Schema* aufgestellt, das die Gesamtheit von dynamischen und strukturellen Komponenten, im Hinblick auf pathogene Prozesse, aber auch unter Berücksichtigung therapeutischer Wirksamkeit, synchron und diachron erklären soll. Es wird unter anderem versucht, motivierende Situationen mit der ihnen zugrunde liegenden ätio-pathogenen Konstellationen sowie ihre Kompensationsmöglichkeiten im Sinne der Gesundheit zu erfassen. Die Anwendungen des Modells für Diagnose, Therapie und Gesundheitsprävention werden auch von der persönlichen Situation des einzelnen Kranken hier diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Psychiatrisches Modell – Persönlichkeitsschema – Psychopathologische Grundstrukturen – Ätio-Pathogenese – Mehrdimensionale Diagnostik – Anthro-Psychiatrie.

## I. Vorbemerkungen

Trotz der großen Fortschritte in Forschung und Therapie, wurde in der Entwicklung der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten noch immer keine einheitliche und allgemein akzeptierte Theorie der Psychiatrie vorgelegt. Es findet sich nicht einmal die Tendenz, ihre verschiedenen methodischen Denkansätze in einem einheitlichen *Krankheitsmodell* unterzubringen. Trotz der Versuche zur Inter- und Transdisziplinarität fehlt noch immer ein allgemein gültiges und alle methodischen Ansätze umfassendes Modell, das in der Lage wäre, das komplexe Bedingungsgefüge der biologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Erscheinungsweisen des gesunden und des kranken Menschen auch in bezug auf seine Umwelt zu erfassen.

Diese Problematik zeigt sich am deutlichsten in den Schwierigkeiten der psychiatrischen Diagnostik und Diagnose, wie sich an den Revisionen der International Classification of Diseases (ICD der WHO, 9. Revision 1979) und an deren Kritik zeigen läßt.

Schon im Jahre 1966 haben wir auf dem IV. Weltkongreß der Psychiatrie diese Art psychiatrischer „Aporetik“ analysiert<sup>1</sup>. Die wissenschaftlichen Erfolge und Forschungsergebnisse der Biochemie und Neurophysiologie bis hin zur Lernpsychologie und einer Psychosozialogie wurden bisher nicht in der Form ausgearbeitet, daß sich eine biologische Psychiatrie und eine Sozialpsychiatrie als eigenständige Fachdisziplinen konstituieren konnten. Auch in der psychiatrischen Praxis herrschen nach wie vor schwerwiegende Widersprüche zwischen einer pharmakologischen, einer psychologischen und einer sozio-kommunikativen Denkweise, die die tatsächliche Wirksamkeit unserer therapeutischen Eingriffe permanent in Frage stellen und zu den bekannten Extremen der Verneinung psychiatrischer Krankheiten durch die sog. „Antipsychiatrie“ gehen.

Weder die Erkenntniskritik einerseits, noch die Selbstkritik der Kliniker, noch die Selbstanalyse von Gruppenbeziehungen innerhalb der Forschungsteams und ihrer therapeutischen Eingriffe waren in der Lage, etwas zur Lösung der Gesamtproblematik beizutragen. Die vielfachen Schwierigkeiten führten sogar dazu anzunehmen, daß die Psychiatrie als solche „ungesund“ sei, was nicht gerade zu ihrem Prestige und der notwendigen Akzeptierung durch die Gesellschaft, nämlich als Institution, die für die geistige Gesundheit zuständig ist, beigetragen hat.

Fast ein halbes Jahrhundert klinischer Erfahrungen und die ständige persönliche Diskussion dieser Problematik veranlaßt uns nunmehr, ein *anthropologisches medizinisches Modell* vorzuschlagen, welches versucht, sich der tatsächlichen Komplexität des geistig kranken Menschen zu nähern. Gemeint ist eine medizinisch-klinische Modellstruktur, die weder ausschließlich reduktionistische bio-organische Gesichtspunkte berücksichtigt noch eine lineare, mechanische Kausalität oder gar eine überholte Epiphänomenologie vertritt. Das klassische Kraepelinsche Modell muß vervollständigt und aktualisiert werden, und zwar in all seinen psychologischen, sozio-psychologischen und historisch-kulturellen Dimensionen. Zu fordern war, die Persönlichkeit in ihrer ökologischen und sozial-geistigen Umwelt mit-zudenken.

Anstatt das medizinische Modell grundsätzlich abzulehnen, ist es deshalb wichtig, ein anderes Modell, das jener beschriebenen Komplexität gerecht wird, zu finden, um nicht nur die Erkenntnisse der Naturwissenschaften, sondern auch die der Sozial- und Humanwissenschaften mit einzubringen.

Wir bezeichnen als „*Anthropowissenschaften*“ die transdisziplinäre Version der Naturwissenschaften und Sozialwissenschaften, soweit diese dem Menschen angemessen sind. Ihre Methoden in Technik und Praxis (ebenfalls „humanisiert“

---

1 Abgesehen von dem permanenten Zwiespalt zwischen den „Deskriptiven“ und den „Dynamischen“, zwischen Naturalisten und Humanisten, besteht zusätzlich ein Konflikt zwischen der ätiologischen und symptomatologischen Betrachtungsweise, wie auch zwischen den objektivierbaren Erscheinungsweisen (Erleben, Verhalten, Ausdruck, Handlungen usw.) und ihrer bio-, psycho- und soziodynamischen Einordnung sowie ihrer kategorialen, qualitativ/dimensionalen und quantitativen Bewertung. Die „Krankheits“-Diagnose der veränderten Persönlichkeit in ihrer sozio-historisch- und kulturellen Situation steht scheinbar im Gegensatz zur Einzelerfassung von psychischen Funktionen, psychischen Elementen, psychischen Mechanismen und ihrer Systeme und Strukturen. Weiterhin ist auf den Gegensatz zwischen einer nomothetischen Betrachtungsweise allgemeingültiger Aussagen und einer idiographischen Darstellung des Einzelfalls hinzuweisen. Diese gegensätzlichen Denkweisen ließen sich mühelos weiter ausführen

im Sinne einer „neuen Anthropologie“ wie von Gadamer und Vogler vorgeschlagen) ermöglichen uns eine umfassendere Sicht der Psychiatrie. Daher schlagen wir den Begriff eines „anthropologisch-medizinischen Modells“ vor im Sinne einer zukünftigen „*medizinischen Anthropopsychiatrie*“, die eher eine Anthropomedizin sein wird, als eine „medizinische Anthropologie“.

Ohne auf historische Einzelheiten einzugehen, sei erwähnt, daß diese Position von uns als ein Prinzip der Konvergenz zwischen *Gehirmpathologie und Psychopathologie* entstanden ist, und zwar auf der Grundlage der von uns vorgestellten psychomotorischen Syndrome (Barahona Fernandes 1936).

Wie in der Monographie „Philosophie und Psychiatrie“ (Barahona Fernandes 1966) dargelegt, bedeutet diese Sicht eine dialektische Überwindung der wissenschaftlichen Lehren unserer Lehrer Egas Moniz und Sobral Cid in Lissabon sowie Karl Kleist und Kurt Schneider in Deutschland, einschließlich der daraus folgenden klinischen Konsequenzen. Auf diesem Wege stießen wir 1938 auf den Neo-Jacksonismus und auf den Organo-Dynamismus von Henry Ey. Die Annäherungen und Abweichungen zu Ey werden im Laufe dieser Abhandlung deutlicher werden (angefangen von dem verschiedenartigen Persönlichkeitsmodell bis zur unterschiedlichen Sicht der Beziehung zwischen Gesundheit und geistiger Krankheit).

Betont sei, daß das vorgeschlagene Modell insbesondere auf den klinischen Erfahrungen der phänomenologisch-strukturellen und der dynamischen Veränderung der Symptome und der psychopathologischen Syndrome beruht, welche durch den Einfluß therapeutischer Eingriffe (von der Leukotomie bis hin zu biologischen und Chemotherapien sowie durch soziobiologische, psychologische und Beschäftigungstherapien) ausgelöst werden. Die in diesem Sinne „experimentelle“ Prägung des Denkansatzes kann die theoretischen psychiatrischen Kenntnisse bereichern und deren erkenntniskritische Analyse erleichtern. Wir sind der Ansicht, daß der klinischen Psychiatrie Modelle mit mehrdimensionaler Ausrichtung fehlen. So bezwecken wir z. B. eine „phänomenologisch-strukturell-dynamische Diagnose“, um eine angemessene Verbindung der verschiedenen therapeutischen Methoden untereinander zu ermöglichen.

Die ständigen Veränderungen des jeweiligen klinischen Bildes im Laufe der Entwicklung einer Geisteskrankheit, hervorgerufen durch die ständig wechselnden Lebensbedingungen, aber auch durch unsere therapeutischen Eingriffe, erschweren eine gezielte Diagnose und Bewertung der Situation mehr und mehr. Wie sollen bei ein und demselben schizophrenen Menschen z. B. die ständig wechselnden Syndrome von Verwirrtheit, Paranoia, Depression sowie die zugrundeliegenden Charakterveränderungen und Verirrungen des Verhaltens in einem Begriff gefaßt werden? Nur eine persönliche, aber stufenweise *strukturierte Diagnose* kann dieser individuellen Wirklichkeit gerecht werden. Auch in der Therapie werden biologische, psychologische und soziologische Techniken kombiniert angewandt, so daß weder eine Bewertung auf einer empirischen Grundlage, noch eine saubere Kontrolle der Ergebnisse möglich ist. Wir haben für diese Problematik den Begriff der „vitalen Übertragung“ (Barahona Fernandes 1956) geschaffen, um die Wechselwirkung einer „Pharmako-Psychotherapie“ (das Wirken des Psychopharmakon verändert die Beziehung zwischen der Person, die es verschreibt, und der, die es einnimmt) besser zu erfassen.

Die Diskrepanz zwischen ätio-pathogenetischer, phänomenologischer und dynamischer Betrachtungsweise in der Psychiatrie soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: Die Beziehung eines fast immer „unspezifischen“ Syndroms, z. B. *Depression*, zu ihren vermuteten Determinanten wird oft alternativ überschätzt und wie folgt gedeutet:

a) Psychodynamisch wird Depression mit einer frühkindlichen Erfahrung verbunden (ohne z. B. die aktuelle Prägung von Depression im Gegensatz zu der normalen Wesensart der nicht depressiven Persönlichkeit zu berücksichtigen), oder ohne daß der „vitale“ Charakter und seine Wirkung auf das Körperempfinden oder den organischen Hintergrund mitbedacht wird.

b) Depression wird kausal verbunden mit der Einnahme eines bestimmten Medikamentes, ungeachtet früherer, ähnlicher oder durch andere Faktoren ausgelöster oder spontan auftretender Phasen.

c) Depression wird reduziert auf ein biochemisches Defizit (z. B. Katecholamine durch genetischen Fehler des Stoffwechsels). Depression in diesem Verständnis wird ausschließlich mit Psychopharmaka behandelt, ungeachtet der aktuellen Situation und der Bedingungen, in der sie aufgetreten ist, wie z. B. der persönlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient, einschließlich der Vorerfahrungen des Kranken, seinem sozialen Milieu, ungeachtet der Entwicklung und Struktur seiner Persönlichkeit.

d) Depression wird „verständlich“ durch persönliche Schwierigkeiten, wie z. B. eine sozio-ökonomische reaktive Depression, die durch Lebensweise, berufliche Unsicherheit, politischen Druck o. ä. entstanden ist.

e) Depression wird durch Lernfehler oder defizitäre kognitive Prozesse und Einstellungen (pessimistische, selbstentwertende, skrupulöse, zwangsorientierte Erfahrungen) erklärt.

Jeder einzelne Gesichtspunkt kann selbstverständlich zutreffen und auch der Situation entsprechen. Die Gewichtung der Gesichtspunkte ist jedoch immer als relativ zur Organisation des Ganzen zu betrachten. Zwischen einem „Symptom“ oder einem „Syndrom“ und dessen „Ursache“ (womit ihre Bestimmung und ihre Bedingungen gemeint sind) besteht immer ein nur mittelbarer Zusammenhang, der durch viele andere Faktoren und Umstände beeinflusst wird.

Die Verführung, eine der alternativen Möglichkeiten ausschließlich zu beschreiten, ist groß, führt aber zu schwerwiegenden klinisch-therapeutischen Konsequenzen, weil andere, mitbeteiligte „Ursachen“ nicht mitbedacht werden.

Das Bemühen, eine reduktionistische Einseitigkeit zu vermeiden, darf aber andererseits nicht zu einer diffusen Ambiguität führen. Das Extrem der Position läge in der letztlich nichtssagenden Aussage, daß jedes Syndrom bei allen „Krankheiten“ auftreten könne. Eine solche Annahme, die zweifelsohne Gültigkeit hat, umgeht aber die geforderte ärztliche Entscheidung, die ihren Ausdruck in der Diagnose findet. Diese ist aber für uns entscheidend beeinflusst von syndromatischen, strukturellen, ätio-pathogenetischen, bio-, psycho- und soziodynamischen Anteilen. Ohne Berücksichtigung dieser Anteile kann der Wert eines Symptoms oder Syndroms immer nur sehr relativ sein.

Wir können auf die „Kurzschlüsse“ in Diagnostik, Diagnose und Therapie, die zu den dargestellten vereinfachten Auslegungen führen, nicht näher eingehen. Wir meinen jedoch, daß es sich um den gleichen komplexen Fehler

handelt, wie z. B. in der somatischen Medizin die Diagnose einer bakteriellen Infektion eine „reflexartige“ Verordnung von Antibiotika nach sich zieht. Wenn ein psychisch Kranker „wähnt“, sollte man ihn nicht gleich als „schizophren“ und „psychotisch“ klassifizieren und ihm „anti-psychotische“ Medikamente verabreichen, sondern die Vielbedingtheit des Syndroms „Wahn“ bedenken. Die Verschiedenartigkeit des Syndroms „Wahn“ und seiner klinischen Typen ist offensichtlich, ebenfalls die verschiedenen Grundlagen, auf denen sie beruhen. Das vorgeschlagene Modell soll dazu führen, gerade bei einem so vielgestaltigen Syndrom eine gewisse, bezeichnende Ordnung herzustellen. Es genügt nicht, signifikante statistische Zusammenhänge zwischen nachweisbaren Daten festzustellen. Wichtiger ist, sie zu verstehen und mit Hilfe eines, wenn auch z. T. axiomatischen, aber doch der Erfahrung zur Probe gestellten Modells zu erklären.

Eine der Hauptschwierigkeiten ist für uns folgende: Das gleiche Erleben oder das psychopathologisch objektivierbare Verhalten kann gleichzeitig:

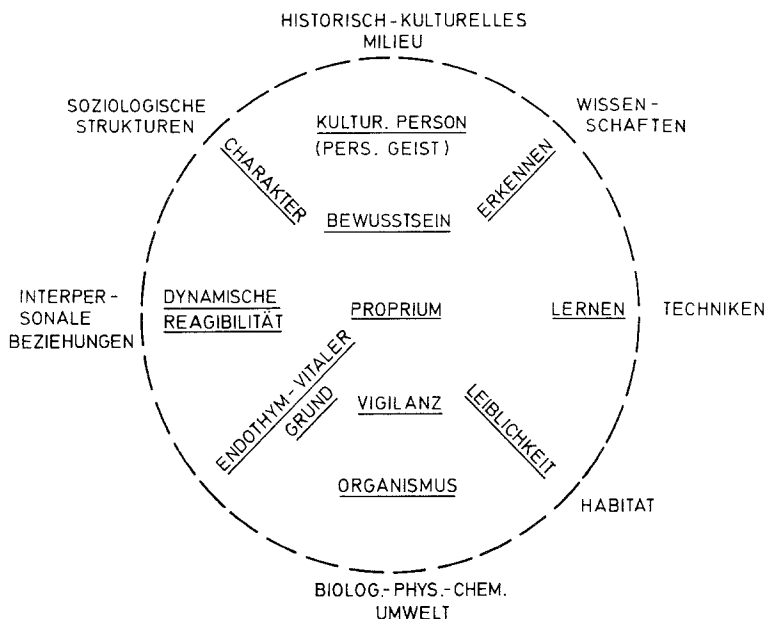
- a) *verstanden werden* in seinen Motivationen, in seiner Bedeutung, seinem Wert und seiner Intentionalität;
- b) *erklärt werden* durch seine Determinanten (ätiopathogenetische Betrachtungsweise).

Die „konvergierende Betrachtungsweise“ des von uns vorgeschlagenen Modells soll die Alternative zwischen beiden Ansätzen vermeiden, jedoch keineswegs die formellen oder prinzipiellen Unterschiede zwischen beiden Perspektiven verwischen. Es sollen vielmehr verschiedene Ebenen der Analyse unterschieden werden. Henry Ey nimmt eine radikale Heterogenität zwischen einer mehr qualitativen, strukturellen Verschiedenartigkeit der Geisteskrankheit und der „psychonomen“ Homogenität der Abweichungen des Normalen an. Unser anthropopsychiatrisches Modell hingegen bezweckt die Interrelationen zwischen a) und b) in einer multidimensional organisierten Ganzheit. Es besteht zwar eine Koexistenz in einer relativen Form von a) und b) in jedem einzelnen Fall, diese ist jedoch individuell unterschiedlich, so daß a) durch b) geprägt wird in Form eines Oberbaus auf einem stärkeren Untergrund. Für uns besteht die Vermutung, daß das schwierige Problem zwischen endogen/exogen/psychogen/soziogen möglicherweise aufzuheben ist, wenn die Faktoren jeder Gruppe stark relativiert und in einer „hyperkomplexen“ Weise (E. Morin) in Form eines organisierten Ganzen miteinander verbunden werden.

## II. Modell der Persönlichkeit

Diese Vorbemerkungen waren erforderlich, um besser zu verstehen, welche komplexen Erfahrungs- und Erlebensweisen in ein neues psychiatrisches Krankheitsmodell einzugehen haben. Wir werden uns nunmehr den einzelnen Ebenen des „anthropopsychiatrischen Modells“ zuwenden.

Als Ausgangspunkt ist ein weitergehender Begriff der Persönlichkeit erforderlich, und zwar wie sie in ihrem individuellen, historischen, sozialen und kulturellen Kontext verständlich wird.



**Abb. 1.** Modell der Persönlichkeit in Situation und Umwelt

Gemäß Abb. 1 ist die Persönlichkeit eine komplex strukturierte Organisation, in der die verschiedenen Funktionssysteme in einem Ganzen angeordnet sind, dessen Zentrum das „Proprium“ (Ich) ist, und dessen Einzelstrukturen man nicht von der Umwelt, in der sie sich befindet, trennen kann. Die gesamte Umwelt schließt in einer sehr verwickelten und weniger gut organisierten Form die physisch-chemisch-biologische Umwelt (ökologische Umwelt), das sozial-historisch-kulturelle Milieu und die menschlichen interpersonellen Beziehungen ein und reicht bis zu den Erkenntnissen von Wissenschaft und Technik des jeweilig beschriebenen sozio-kulturellen Raumes. Der Kreis soll die Organisation der Persönlichkeit darstellen (nicht räumlich gedacht). Zu unterscheiden sind:

- a) die Grundstrukturen
- b) die Überstrukturen und Funktionssysteme
- c) die strukturierenden Entwicklungsprozesse
- d) die integrierenden, umgreifenden Organisationen.

Als *Grundstrukturen* berücksichtigen wir:

1. den Organismus (alle somatischen Systeme, Organe, einschließlich Nervensystem)
2. die Körperlichkeit (Körperschema und sein Erleben, psychosomatische, psycho-sensorielle, psychomotorische und psychovegetative Beziehungen)
3. den „endothym-vitalen Grund“, ein den Organismus und die Körperlichkeit überbauendes psychobiologisches System, das sich aus den affektiven, instinktiven und kognitiven Grundebenen entwickelt. Er schließt Stimmung, Gemüt, Temperament, Affektivität, Primärtriebe und Antriebe sowie die Spontaneität ein

4. die Vigilanz als Grundmechanismus des Schlafens, Wachens und ihrer Zwischenstadien.

Die *Überstrukturen* schließen ein:

5. den Charakter (affektiv-kognitive Prozesse)
6. die Intelligenz (kognitive Anteile auf einer höheren, differenzierten Ebene)
7. das persönliche geistige Sein, organisiert als *kulturelle Person* (Barahona Fernandes 1978), die Werte, die persönlichen Bewertungen und Bedeutungen, ethische, ästhetische und juristische Normen, geistige Gefühle, reflexive Urteile, Kreativität usw.

Von den strukturierenden, genetischen *Entwicklungsprozessen* sind zu erwähnen:

8. die dynamische Reaktionsbereitschaft
9. das Lernen (Strukturen, die sich im Laufe der Entwicklung organisieren und die zum Charakter und mit der Intelligenz in Beziehung stehen).

Als *umgreifende Organisation* ist vor allem zu nennen:

10. das Bewußtsein (hierunter wird die Integration aller gegenwärtigen psychischen Aktivitäten verstanden. Es basiert auf der Vigilanz und ist auf verschiedenen Ebenen organisiert: Hierzu gehören das Gegenstandsbewußtsein, das Ich-Bewußtsein bis hin zum transzendentalen Bewußtsein, dieses wiederum in Verbindung mit der kulturellen Person. Die Organisation des Bewußtseins schließt in sich das sog. „Unbewußte“ ein).
11. in einer *Zentralposition* befindet sich das „Proprium“ (Ich), der innerste *Kern* der Persönlichkeit, der im Laufe der biographischen Entwicklung des Menschen die gesamten anderen dargestellten Funktionssysteme in persönlicher Weise integriert und organisiert, und zwar durch:
  - a) die organo-biologische Reife in den verschiedenen Entwicklungsabschnitten,
  - b) die dynamische Reaktionsbereitschaft der persönlichen Begegnungen und Beziehungen,
  - c) das durch Wissenschaft und Technik und durch das ökologische und sozio-kulturelle Milieu ermöglichte Lernen.

Unter Berücksichtigung dieser Strukturierungen und Organisationen erfolgt die Sozialisation und eine „Akkulturation“ des Individuums durch Einfluß seiner Umwelt sowie eine vollständige „Bildung“ durch Selbsterfüllung, bis das Individuum die vollkommene persönliche Individuation erreicht.

Diese verschiedenen Systeme sind in verschiedenartigen, dialektisch zusammenhängenden und rangmäßig geschichteten Kategorien im Sinne Nikolai Hartmanns organisiert. Sie sind dadurch gekennzeichnet, daß sie in gewisser Weise voneinander abhängig sind und dennoch eine Art Autonomie genießen. Da sie sich in Abhängigkeit von der Zeit entwickeln, sind die Grundinstanzen stärker, die oberen Instanzen schwächer ausgeprägt, wobei die einzelnen Anteile des Ganzen stets ineinander greifen, besonders auch die damit verknüpften verschiedenen Weisen des In-der-Welt-Seins.

Die Organisation der *Situation*, von der die Persönlichkeit umschlossen ist, ist ebenfalls ein komplexes Konstrukt, veränderlich mit der Zeit und bestehend aus einer Anzahl ebenfalls ineinandergreifender Faktoren, die auf gewisse Weise mit der Person und Personalität verbunden sind. Hierzu gehören:



1. ökologische Faktoren (physische, chemische, biologische), die mit dem Organismus und anderen Grundstrukturen in Interaktion sind;
2. menschliche Beziehungen, die außer mit dem Charakter auch mit dem Kern der Persönlichkeit verbunden sind und durch dynamische Reaktionsbereitschaft geformt werden;
3. sozio-historisch-kulturelle Faktoren, die mit dem Charakter und der kulturellen Person verbunden sind;
4. Wissenschaft und Technik, die mit der Intelligenz und dem Lernen zusammenhängen.

Trotz der organisierten Einheit bestehen zwischen den einzelnen Gebieten von Personalität und der Situation keine festen Grenzen oder Trennungen.

Das in Abb. 1 dargestellte Persönlichkeitsmodell (Barahona Fernandes 1966 und 1974) unterscheidet sich von anderen ähnlichen Modellen (P. Lersch, Henry Ey) nicht nur durch die verschiedene Struktur des endothym-vitalen Grundes, sondern vor allem durch die Vorstellung einer Multidimensionalität des inneren Kerns der Persönlichkeit, einem „Proprium“, das mit den organischen Grundstrukturen einerseits und den seelischen und geistigen Oberstrukturen in einer dynamischen und dialektischen Beziehung steht. Unter den Oberstrukturen ist vor allem die Vorstellung einer „kulturellen Person“ (Barahona Fernandes 1978) hervorzuheben, welche durch ihr Verknüpftsein mit anderen Personen und ihrer Umwelt einen *Individuationsprozeß* durchmacht. Dies wird möglich durch eine persönliche Ausdifferenzierung, eine erhöhte und unabhängige, von sich selbst gelöste Reflektion, die zu überlegenen und kritischen Entscheidungen führt. Gleichzeitig werden durch Reflektion und Selbstkontrolle des Handelns sowie durch ein Erfassen der persönlichen Existenz und ihrer Probleme das persönliche Wertsystem und die individuellen Formen der Weltanschauung organisiert.

Die Persönlichkeit ist immer nur in einer bestimmten Situation zu erfassen, sowohl im Zusammenhang mit Menschen als auch mit den übrigen Daten des Realen. Sie fügt sich in eine sozio-historisch-kulturelle Umwelt ein und ermöglicht somit die Verwirklichung eines persönlichen Existenzprojektes. Die Persönlichkeit des Menschen beschränkt sich nicht nur auf die „Reaktionen“, die „Antworten“ und die „Antriebe“ der internen und externen Umwelt, sondern sie hat aktive, spontane, originelle, prospektive, kreative und treibende Seiten.

In diesem offenen und multidimensionalen Modell erscheint die Persönlichkeit global und dennoch einheitlich, jedoch immer dynamisch strukturiert, sowohl in synchroner (gegenwärtiger) Weise als auch diachronisch (im Laufe der Zeit während ihrer Entwicklung und ihrer biographischen Geschichte) organisiert. Der Unterschied zu dem Persönlichkeitsmodell von Henry Ey ergibt sich durch die ausdifferenzierte Organisation der Personalität (*le moi; le corps psychique*), ohne den Hauptbezug des Bewußtseins/Unbewußtseins in der synchronischen Perspektive.

Eine gewisse Wechselbeziehung besteht mit der Organisation des zentralen Nervensystems, wobei den affektiven und instinktiven Grundgeschichten das Zwischenhirn und limbische System entsprechen. Die Vigilanz entspricht dem reticulo-thalamischen System, die Oberstrukturen der Hirnrinde und das „Proprium“ als spezifisch humane Neuformung der fronto-orbitalen Gegend.

### III. Das Persönlichkeitsmodell in der Psychopathologie

Bei der Anwendung des dargestellten Modells in der Psychopathologie muß darauf hingewiesen werden, daß sich das psychopathologische „Symptom“ weder auf die (klassischen) psychologischen „Elemente“ (z. B. Angst als Affektstörung) noch auf isolierte Funktionsgruppen (kognitive Prozesse, Motivationen usw.) bezieht, sondern auf eine Störung der Dynamik bestimmter Funktionssysteme und der Organisation ihrer Strukturen, die mit der Gesamtpersönlichkeit verbunden sind. Es soll auch versucht werden, nicht in das gegenteilige Extrem gewisser diffuser „Holismen“ zu verfallen (z. B. die Gestörtheit des psychosomatischen Ganzen, die Krankheit der Person), ohne daß Wert gelegt würde auf eine differenzierte Betonung der am meisten gestörten Areale und auf die veränderte „architektonische“ Organisation des veränderten Ganzen.

Die „Anthropopsychiatrie“ geht von folgenden Voraussetzungen aus: *Der Mensch ist ein störbare Wesen.* Die Störungen erfolgen auf vielfältige Weisen. Die „Symptome“ (zu beobachtende klinische Phänomene) beziehen sich auf die verschiedenen Systeme und Strukturen der Persönlichkeit, aber nicht direkt und ursächlich auf die „Noxen“, auf andere ätiologische Faktoren und auch nicht auf bestimmende Umstände. Zwischen „Symptomen“ und „Noxen“ besteht eine komplexe dynamische Organisation von ineinandergreifenden Prozessen, die in vielfältiger, auch retro-aktiver Weise „im Kreis“ miteinander verknüpft sind: Wir unterscheiden hier eine biologische Pathogenese, die motivierte Psychogenese, eine durch andere Formen bedingte Soziogenese, die von unterschiedlichen Autoren gemäß ihren theoretischen Optionen verschieden formuliert werden. Von daher sind die radikalen Polaritäten zwischen den Vertretern der Somatogenese, der Psychogenese und der Soziogenese zu verstehen. Eine der größten Schwierigkeiten in der Psychiatrie besteht darin, wie bereits ausgeführt, daß viele dieser „Symptome“ zweiseitig sind:

a) einmal erscheinen sie im Rahmen der Situation verständlich motiviert, einfühlbar, intentional und im Verbindungsglied zwischen Arzt und Kranken, Mutter und Kind oder anderen Kommunikationsformen bedeutend oder im Verlauf der persönlichen biographischen Geschichte verständlich;

b) andererseits zeigt uns die phänomenologische Analyse diese Symptome als der Form nach verändert und mit einer verschiedenen qualitativen Struktur versehen. Durch ihr Auftreten wird der Zusammenhang der Lebensgeschichte und die Entwicklung des Menschen unterbrochen. Wie Dilthey u. Jaspers es ausdrücken, sind viele (als primär bezeichnete) Symptome nicht durch das Verstehen (bedeutungsmäßig), sondern durch das Erklären (bestimmend) zugänglich. Von daher wurde das Postulat ihrer organischen „Basis“, die noch unbekannt sei, erhoben, was erhebliche Schwierigkeiten und Einwände zur Folge hatte.

Wir möchten diese Problematik, in der sich die psychopathologische Forschung einmal mehr in Richtung des Verstehens oder mehr in Richtung des Erklärens entwickelt hat, durch eine neue Perspektive erläutern. Wir wollen zwei verschiedene Konstrukte dabei unterscheiden: a) Allgemeine Formen der personalen Störbarkeit, b) Die psychopathologischen Grundstrukturen.

Für die Kliniker und den praktischen Arzt ist es wichtig zu unterscheiden, ob bei einem Depressionszustand das Traurig-Deprimiertsein entweder eine bei jedem „normalen“ Durchschnittsmenschen „normale“ traurige Verstimmtheit im Sinne einer schmerzlichen Befindlichkeit ist, oder ob eine eigentümliche Gestaltung der Depressivität angenommen werden muß, die als schuldhaft, hemmend, verzweifelt erlebt wird und zusätzlich die Körperlichkeit durch vegetative Faktoren mit endothym-vitaler Prägung betrifft (d. h. Veränderung der den Körper betreffenden Grundaffekte, der Triebe und psychosomatischen Funktionen). Die erste Depressivität kann durch die Situation *verstanden* werden, die letztere kann durch eine zeitlich zyklische Veränderung der Hirnkatecholamine, durch genetische oder andere, neuro-physiologische Mechanismen erklärt werden.

Alle Formen der personalen Störbarkeit zu analysieren, mit Berücksichtigung aller Variationen der verschiedenen betroffenen Funktionssysteme, die die Situationen von Existenz und Leben jedes einzelnen betreffen, würde bedeuten, eine von dieser anderen Perspektive aus gesehene neue „allgemeine Psychopathologie“ zu schreiben. Sie wäre in gewisser Weise mit der von Bash vergleichbar; hier läge jedoch eine andere Organisation von Ich und Persönlichkeit zugrunde. Ohne weiter auf Einzelheiten einzugehen, muß es dem Fachkundigen verständlich sein, daß z. B. das Gebiet des endothym-vitalen Grundes den klassischen instinktiv-affektiven Grundstörungen, der „Stimmung“, des Thymos entspricht, währenddessen Traurigkeit, Freude, Gereiztheit, Angstgefühl, Ekstase sich eher differenzieren lassen als Formen des Deprimiertseins, Freudigseins, Verstimmtseins oder Ängstlichseins, die als gestörte Aktivitäten des betreffenden Individuums in bestimmten Situationen, aber nicht als passive Zustände zu betrachten sind. Es sind Störungen, die bei jedem „normalen“ Menschen episodisch auftreten können, die jedoch eigentümliche Akzentuationen und Gestaltungen aufweisen können, wenn ihnen gewisse psychopathologische Grundstrukturen zugrunde liegen.

Ein normales Deprimiertsein und dessen Grenzzonen des Erlebens, einer inneren affektiven-instinktiven Stimmung, eines vitalen Tonus gehört zweifelsohne zu den Funktionssystemen des endothym-vitalen Grundes. Die ausgesprochen psychopathologischen Arten dieser allgemeinen Formen (bezeichnet als vitale Traurigkeit oder vitale Depression) sind schon „entstellte“ Formen. Sie sind verursacht durch eine progressive Änderung der Organisation jenes endothym-vitalen Grundes bis hin zu seiner Desintegration (klinisch typisch ausgedrückt durch das „endogene“ melancholische Syndrom). Das Besondere an unserem Gesichtspunkt ist die Tatsache, daß die allgemeinen Formen, auch wenn sie mit einer bestimmten und stärker gestörten Gegend verbunden sind, nicht in ihr abgegrenzt bleiben. Sie haben eine Verbindung zu anderen Funktionssystemen, und zwar um so mehr, je basaler sie sind. So verändern die endothym-vitalen Störungen die kognitiven Systeme, die Wertgefühle bis hin zum Kern des Proprium. Die Störungen des Oberbaus verändern die Grundstrukturen nicht derart intensiv mit Ausnahme von hochakuten Fällen (sekundäre Vitalisierung der reaktiven Depressionsformen oder starke Affekte auf geistigem Niveau).

Die Abb. 2 zeigt die verschiedenen *psychopathologischen Grundstrukturen* in ihrer Rangordnung. Hierzu sei bemerkt, daß es sich nicht um Krankheits-„diagnosen“ handelt, sondern um Strukturen, d. h. um Ganzheiten von organi-

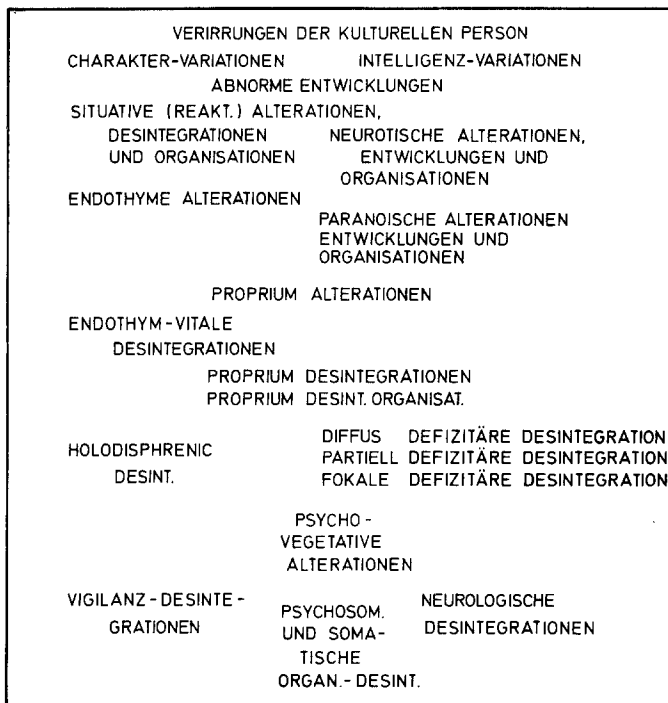


Abb. 2. Diagramm der psychopathologischen Grundstrukturen

sierten Beziehungen in der Form, daß die Variation jedes einzelnen gleichzeitig das Ganze betrifft. Es handelt sich um eine Art „architektonisches Schema“ von syndromalen Gruppen (z. B. bei den endothym-vitalen Desintegrationen, die manischen, ekstatischen, ängstlichen Depressionssyndrome). Wir haben es mit „*transphänomenalen Konstrukten*“ zu tun, die wir als besonders gestaltete Linien der pathologischen Organisation und ihrer wechselartigen Beziehungen zwischen den Funktionssystemen der Persönlichkeit ansehen. Bei der psychopathologischen Grundstruktur der „Desintegration“ zeigt sich die qualitative Änderung im Sinne der *Verschiedenartigkeit* in Beziehung zu den allgemeinen, dem Normalen am nächsten stehenden Störungsformen besonders deutlich. Die Grundstrukturen zeichnen sich als Invarianten aus, die mit großer Stetigkeit zu den verschiedensten Prozessen einer Desintegration führen, ohne daß sie eine spezifische Beziehung zu diversen ätio-pathologischen Noxen haben. In diesem Verständnis stellen sie sich als authentische anthropologisch zu verstehende Basisstrukturen der Möglichkeit des Krankwerdens dar. Ihre Unspezifität läßt sich auch in ihrer Beziehung zu den verschiedenen allgemeinen Störungsformen feststellen. D. h., daß eine psychopathologische Grundstruktur verschiedenen allgemeinen Formen der Störbarkeit entsprechen und sie verformen kann. So treten z. B. bei neurotischen Entwicklungen dieselben allgemeinen Formen auf (das Deprimiertsein, das Gezwungensein, das Fürchten, das Appellieren), allerdings in der eigentümlichen, durch die Grundstruktur geprägten Gestalt, die sich in jedem einzelnen Fall und in jeder Entwicklungsphase manifestiert. Die allgemeinen

Formen der personalen Störbarkeit können sich in den verschiedensten klinischen Syndromen und Typen äußern.

Ein weiteres Beispiel einer allgemeinen Form des Gestörtseins ist das „Wähnen“, so wie es sich in den vielfältigen und in der Praxis gewöhnlichsten Syndromen oder seinen klinischen Typen äußert bzw. innerlich erlebt wird. Die psychopathischen Persönlichkeiten (sensitive, fanatische, paranoische, querulante, hyperthyme) „wähnen“ aufgrund der psychopathologischen Strukturen ihrer Charakterabweichungen. Die „bouffés délirantes“ der französischen Verfasser beruhen auf den von mir so genannten Strukturen „holodysprenischer Desintegration“, wobei sich ein Gradient zwischen den endothymenten Desintegrationen und den Proprium-Desintegrationen entwickelt und ein anderer Gradient die Desintegrationen der Vigilität betrifft (delirant-verwirrte Syndrome). Die „Durchgangssyndrome“ von Wieck befinden sich im Kreuzungspunkt dieser Gradienten. Auf die Verbindungen und Konsequenzen der verschiedenen psychopathologischen Grundstrukturen soll in einer anderen Arbeit ausführlich eingegangen werden.

#### IV. Allgemeines Modell der Pathogenese in der Psychopathologie

Die Abb. 3 stellt ein allgemeines Modell der Pathogenese in der Psychopathologie vor. Es faßt organisierte Interaktionen, die Gesamtheit von bestimmenden, konditionierenden und motivierenden Faktoren zusammen, die zu feststellbaren psychopathologischen Syndromen führen. Das Diagramm soll im Zusammenhang mit den anderen Abbildungen betrachtet werden und bildet einen Umriß der allgemeinen „Architektur“ des vorgeschlagenen medizinisch-anthropologischen Modells. Es weist auf die heterogene (aber systematisch organisierte) Gesamtheit der Betrachtungsweise hin und ist zentriert auf die in Abb. 1 dargestellte organisierte Persönlichkeit, die „erkrankt“ ist. Die erkrankte Persönlichkeit ist in der Mitte des Diagramms mit den auf sie eingreifenden, einwirkenden und störenden Faktoren dargestellt. Diese Störungen erfolgen auf verschiedene Weisen, und zwar durch biologische Veränderung (über die Grenzen der normalen Homeostase hinaus), als organische Desintegration, als psychisches Leiden, als sozial verirrtes Verhalten oder als Verfehlung im Denken, Abweichen des Verstandes oder als gestörte Anpassung an die Gesellschaft, als Verlust der Freiheit und der eigenen Autonomie. Diese vorgestellte Organisation soll im folgenden ausführlich erklärt werden:

1. Die vertikale Achse des Diagramms, nämlich die Reihe progressiv größer werdender und ineinandergreifender Kreise (Nr. 1, 2, 3, 4, 5) stellt die Entwicklung der Persönlichkeit mit den ihr eigenen individuellen Varianten in ihren verschiedenen Entwicklungsphasen und „-krisen“ dar. Dabei sind die morphologischen und physiologischen sowie die charakterologischen Varianten mit berücksichtigt. Der Kreis Nr. 1 entspricht der *Entstehung des Menschen* seit der Befruchtung; er entspricht dem Ergebnis der Zusammenkunft seiner Vorfahren (Eltern) durch genetische Faktoren (Nr. 11) und durch die persönlichen Beziehungen zwischen Vorfahren und Eltern (Nr. 13). Das Ineinandergreifen von Systemen ist das allgemeine *Paradigma des Diagramms*: Es wird von einer Ver-



bindung zwischen der bio-organischen und der psycho-sozio-kulturellen Faktoren ausgegangen, wobei erstere rechts im Diagramm und letztere links angesiedelt sind.

Die weiteren Items sollen ebenfalls aus zwei weiteren Blickpunkten, einem aktuell-synchronen und einem biographischen, betrachtet werden: Alles, was horizontal auf beiden Seiten des Mittelkreises der Persönlichkeit (Nr. 5) angeordnet ist, stellt die *aktuelle Gegenwart* dar und betrifft die synchronische Dynamik in der jeweiligen Situation sowie die strukturierende Wirkung einer Ätio-Pathogenese, wie sie in ihrer derzeitigen Konstellation wirksam wird. Der zweite biographische Blickpunkt betrifft all das, was auf dem Diagramm „nach unten hin liegt“ (natürlich ohne räumliche Bedeutung); es ist die vergangene *Geschichte* der störenden Wirkungen im Laufe des individuellen Lebens seit der Befruchtung, seit des embryonalen, fötalen Lebens, seit der Geburt, der Kindheit, der Jugend, der Reife bis hin zur Gegenwart. In diesem diachronischen, evolutiven Prozeß verknüpfen sich sowohl die weit zurückliegenden, strukturierenden Wirkungen der persönlichen Biographie (Nr. 20), als auch die der pathologischen Geschichte (Nr. 18), der erlittenen Krankheit sowie all ihrer vielfältigen, konditionierenden Faktoren.

Schematisch gesehen, kann man die Gesamtheit der Betrachtungsweise in verschiedene pathogenetische Linien einteilen:

a) *die phänogenetische Linie* — ab Nr. 11, unter Mitwirkung von Nr. 12 (wechselseitige Einwirkung von Genen und Umwelt) sowie der sich im gleichen Zeitraum erstreckenden Manifestationen durch die Wirkungen des inneren Milieus, der sog. „Phänogenese“ (Nr. 15).

b) *die organo-genetische Linie* — ab Nr. 12, das Einwirken der Umwelt in ihren ökologischen (bio-physisch-chemischen) Aspekten, spezifiziert in den verschiedenen konkreten *Noxen* (Nr. 17), auf die organischen pathologischen Strukturen („organische“ oder „funktionelle“). All dies ist die *diachronische Pathogenese* (Nr. 19), bei der man eine organisch-cerebrale Linie und eine allgemeine somatogene Linie unterscheiden kann.

c) *die psychodynamische Linie*, die von den frühen interpersönlichen Beziehungen (Nr. 13) ausgeht und sich diachronisch (Nr. 16) bis zur Gegenwart (Nr. 24) entwickelt. Sie läßt sich in eine bio-psychologische Linie einschließlich des Lernens und in eine psychogenetische Linie unterteilen.

d) *die sozio-dynamische (und kulturelle) Linie*, die in der historisch-kulturellen Umwelt und in den sozialen Strukturen (Nr. 14) verwurzelt ist und die durch die bedeutenden Ereignisse der Existenz (Nr. 21) geprägt ist.

e) *die Linie der persönlichen Entwicklung*, die, wie bereits erwähnt, in der mittleren Reihe (Nr. 1–5) im Sinne der strukturierenden und dynamischen Leistungsfähigkeit des Menschen verstanden werden soll. Berücksichtigt sind die ihn kennzeichnenden Eigentümlichkeiten (der körperliche, der physiologische, der charakterologische und der kognitive Typ), wie sie sich seit der Kindheit durch alle Entwicklungsphasen und Entwicklungskrisen hindurch organisiert haben.

*Die Entwicklung der Persönlichkeit durch dynamische und strukturierende Faktoren* in der Entwicklung der gesamten Organisation der ineinandergreifenden

Faktorensysteme sei noch einmal zusammengefaßt hervorgehoben. Berücksichtigt werden müssen:

- a) die *persönliche Entwicklung* und deren Abweichungen (Mitte)
- b) die *diachronische Pathogenese* rechts (Nr. 19). Hier findet sich das Ergebnis der ineinandergreifenden Wirkung von Persönlichkeit mit den gesamten genetischen und Umweltseinwirkungen, die ineinandergreifend und klinisch in der pathologischen Geschichte (Nr. 18) dargestellt werden.
- c) die *diachronische Dynamik* (Nr. 22) links, als Ergebnis des Ineinandergreifens derselben Persönlichkeit, die im Laufe der Zeit vielfältige Einflüsse empfängt und strukturiert, angefangen von den frühesten inter-individuellen Beziehungen bis hin zu denen, die sich im Laufe des Lebens ergeben: die früheste Kindheit (Nr. 13 und Nr. 16), „Prägungen“ durch die Umwelt, Reaktionen (persönliche Antworten) bis hin zu den wichtigen und bedeutenden Ereignissen der persönlichen Existenz (Nr. 21), sind klinisch in der persönlichen Biographie (Nr. 20) dargestellt. Die Wirkungen von b) und c) sind durch ihre Wirkung auf a) miteinander verbunden.

Auf Nr. 3, dem gestrichelten Rechteck, sind eventuelle vorherige Störungen (episodische, strukturelle oder evolutive) dargestellt, die der Mensch im Laufe seiner Entwicklung (besonders in Wachstumskrisen und den evolutiven sog. „Konstitutions“-Veränderungen) erlitten hat.

Dieser komplexen und diachronischen Pathogenese und Dynamik liegt eine andere Gesamtheit zugrunde, die ebenfalls strukturierend und dynamisch wirkt, aber die Gegenwart betrifft. Hier sind vor allem die pathogenen Vorgänge (Nr. 26), bestimmt durch die ätio-pathogenetische Konstellation (Nr. 27) sowie die gesamten beteiligten morbogenen Faktoren zu nennen. Links ist die *aktuelle Dynamik* auf bio-psychologischer und psycho-soziologischer Ebene (Nr. 24) zu berücksichtigen, die gemäß ihren Wechselbeziehungsgesetzen und durch die Gesamtheit der Situation (Nr. 23) und ihre Situationsgenese bedingt und motiviert ist.

Zu behaupten, daß die synchronische Gesamtheit auf der diachronischen Gesamtheit aufgebaut ist, setzt äußerst komplexe und wechselseitige Wirkungsmechanismen voraus, was durch die gestrichelten Verbindungslinien und die betreffenden Schnittpunkte sowie durch vektorielle Pfeile dargestellt ist.

Alle diese Wirkungen konvergieren auf die *Persönlichkeit in Gefahr* (in ihren empfindlichsten Strukturen und Funktionssystemen), verändern und stören diese (Nr. 6) auf den verschiedensten Ebenen, je nach Empfindlichkeit und Bereitschaft zu krankhaften Antworten.

Störung als phänomenische Äußerung erfolgt durch „Zeichen“ und „Symptome“ sowie andere klinische Daten (Nr. 7), die sich entweder in einer latenten, maskierten oder leichten Form äußern (Nr. 9) oder in statistisch signifikanten und klinisch bedeutenden Gruppierungen, den organo-pathologischen (incl. neuropathologischen) und psychopathologischen Syndromen (Nr. 8).

Nicht vergessen werden darf der prospektive Gesichtspunkt — die zukünftige Entwicklung (Nr. 10): Hier geht es um die Veränderung aller jener Daten im Verhältnis zur weiteren Entwicklung der „Krankheit“ sowohl ihrer spontanen Entwicklung als auch im Verhältnis zu anderen, neu eintretenden Umständen (Noxen, neue interpersönliche Beziehungen, neue Situationen), aber auch in der



klinischen Praxis in der Wirkung von therapeutischen Mitteln.

Seitlich im Diagramm ist das nosologisch angewandte System (Nr. 29) angegeben und (Nr. 30) die Anordnung der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO, 9. Revision, 1979.

Es wird offensichtlich, daß der kognitive Prozeß der Diagnose in anderer als durch Pfeile im Diagramm angegebenen Weise erfolgt, jedoch unter Anwendung derselben Daten. Diese „multiaxiale“ Diagnose kann folgendermaßen erstellt werden: ausgehend von den Erscheinungen 7, 8 und 9 sowie ihren Determinanten 23, 24, 25 und 27 kann unter Berücksichtigung der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung (5, 4, 3, 2, 1) und der Krankengeschichte (18–20) sowie der dynamischen Pathogenese (19, 22), abgesehen von den entsprechenden Punkten der ICD, auch eine individuelle personalisierte Diagnose gestellt werden.

## V. Das neue Modell und therapeutische Probleme

Die Abb. 3 kann auch in bezug auf therapeutische Probleme betrachtet werden. Jeder im vorigen Kapitel angegebenen Linie (a–e) entspricht ein Typ eines therapeutischen Eingriffs. Wenn auch ohne strenge Grenzen können folgende Annäherungen getroffen werden:

- a) und b) biologische und pharmakologische Therapien
- b) allgemeine und besondere medizinische Therapien
- c) bio-psychologische Therapien (z. B. Verhaltenstherapie)
- c) psychodynamische Therapien
- d) soziologische und Gemeinschafts-Therapien
- e) persönliche Therapie.

Im Verständnis des Diagramms 3 muß auf die Wichtigkeit der *therapeutischen Mitwirkung* unter Hervorhebung der wechselseitigen Wirkung verschiedener Formen therapeutischer Eingriffe hingewiesen werden. Sie sollten in einer kombinierten und geplanten Form, angesichts der jeweiligen individuellen und persönlichen Diagnose sowie der Entwicklung der Krankheit, angewandt werden. Von einem strukturell-dynamischen Gesichtspunkt her konvergieren alle therapeutischen Wirkungen auf die im Mittelpunkt stehende „*Sphäre*“ der *Persönlichkeit*. Persönlichkeit, in diesem Sinne verstanden, als sich in Entwicklung und in Wiedererlangung des Gleichgewichts befindend, verändert sich im Sinne der durch die Wirkung der gesamten therapeutischen Mittel erhofften Besserung. Die betreffenden Wirkungsweisen entsprechen mehr oder weniger den angegebenen pathogenetischen Linien. Zusammengefaßt können sie sich auch folgendermaßen unterscheiden:

Die horizontale Linie zu beiden Seiten von 5 entspricht den *synchronischen Eingriffen* (auch „Kriseneingriffe“ genannt) — links findet sich der überwiegende sozio-psychologische und kommunikative Eingriff in die gegebene Situation und auf die gegenwärtigen Motivationen — rechts finden sich die (eher biologischen, biochemischen) ätio-pathogenetischen oder symptomatischen Therapien. Unten auf dem Diagramm kommen alle sonstigen Therapien mit diachronischer Wirkung in Betracht, entsprechend den angegebenen Linien von a–e. Die gestrichelten Kurven, die in den Kreis der Persönlichkeit eindringen und die —

nachdem sie sich verknüpft haben — sich mit den seitlichen Rechtecken der Abb. 3 überschneiden (entsprechend Nr. 25 und 26), zeigen eine wichtige Verbindung der Beziehungen zwischen Pathogenese und Therapie. Die gesamten therapeutischen Wirkungen, die vermeintlich auf Nr. 28 einwirken, betreffen hauptsächlich den Wiederaufbauprozess der psychopathologischen Grundveränderungen und Desintegrationen. Ähnliches erfolgt in der Beziehung zu Nr. 25: Hier geht es um Ausgleichseffekte und Kompensationen durch bio-psycho-soziodynamische therapeutische Wirkungen, die im günstigen Falle vorzugsweise auf die allgemeinen Störungsformen einwirken. Aus der Verbindung dieser „heilenden“ Wirkungen ergibt sich die (evolutive, spontane und therapeutische) Veränderung der festgestellten Syndrome (Nr. 10).

Im Mittelpunkt des Diagramms ist ein senkrechter Pfeil dargestellt, der bis zu Nr. 5 heraufreicht. Es ist vorstellbar, daß er die Vereinigung der gesamten Wechselbeziehungen darstellt, die zwischen Entwicklung der Persönlichkeit, den therapeutischen Wirkungen, zwischen den (auch durch Evolution betroffenen) Beziehungen Arzt und Kranker als zentrale Vermittlungsfunktion aller therapeutischer Eingriffe gesehen werden muß.

## VI. Das neue Modell und die Prävention geistiger Gesundheit

Die Abb. 3 kann in noch anderer Weise interpretiert werden: Die Präventionsformen und die Eingriffe in die geistige Gesundheit entsprechen den verschiedenen strukturellen und dynamischen pathogenetischen Linien. In anderen Arbeiten haben wir bereits auf die betreffenden konkreten Modelle hingewiesen oder solche vorgeschlagen. Wir können uns auf den Linien a-e differenzierte Formen der Prävention geistiger Gesundheit vorstellen:

- a) in ihrer Verbindung zu 13: Familienplanung und Eugenik
- b) besondere Krankheits-Vorbeugungs-Maßnahmen und allgemeine öffentliche Gesundheit
- c) frühzeitige Beziehungen und Lernen
- c) Eingreifen der Familie, Berufsberatung
- d) Erziehungs- und Gesundheitspolitik, Gemeinschaftsaktionen
- e) Beziehung zwischen der sich bildenden Persönlichkeit zu Gesundheitsorganisationen, persönlich bildende Wirkung auf Entwicklung und Vorbeugung gegen evolutive Krisen.

Gemäß dem allgemeinen Prinzip des Modells führen alle diese präventiven Eingriffe diachronisch auf e) zu oder sind synchronisch (als vorbeugende Eingriffe bei Krisen nach Art von 24 oder homoestatischen Aktionen nach Art von 26) auf Nr. 5 hin zentriert, wobei die Persönlichkeit in Gefahr unter Berücksichtigung ihrer Abwehr, ihrer Kompensationsmöglichkeiten und Lebenstechniken berücksichtigt ist.

## VII. Krankheit und Gesundheit in anderer Perspektive

Als letzte zusammenfassende Aussage müssen die Beziehungen zwischen Krankheit und Gesundheit in einer umfassenderen Perspektive gesehen werden. Die

bisher erwähnten Interaktionen bezwecken die harmonische Organisation der Strukturen und das gute Funktionieren („Eurhythmie“) der Funktionssysteme der Persönlichkeit. Hieraus besteht die „Gesundheit“ — vom Gesichtspunkt eines dialektischen Gleichgewichtes und ihrer krankhaften Organisation aus gesehen. Von der „Unordnung“, der „Krankheit“ geht man in eine Reorganisation, in eine „Ordnung“ über. Dies ist auf vitalem, psychischen und geistigen Gebiet in einer Bewegung möglich, die die Wiederherstellung der „Gesundheit“ darstellt. Gesundheit und Krankheit sollten nicht als autonome und isolierte Wesenheiten betrachtet werden, sondern als verschiedene „Aspekte“ des fortschreitenden Lebens, seiner Störungen, Kompensationen und Genesungen, seiner Zerstörung bis zur Grenze des Todes.

Die Organisation der „gesunden“ Persönlichkeit erfolgt im Laufe der Entwicklung des Menschen (gleich von Kindheit an, durch Integration der verschiedenen Strukturen, von der Basis des Organismus her, der Körperlichkeit und des endothym-vitalen Grundes bis hin zu den charakterologischen und kognitiven Oberstrukturen, die sich erst in der Adoleszenz vervollständigen). Die Gesamtheit dieser personalen Aktivitäten organisiert sich synchronisch durch Vigilant/Bewußtsein und im Laufe der Existenz diachronisch durch den Kern des „Proprium“ bis zur Vervollständigung des spezifisch menschlichen Oberbaues, der kulturellen Person, wodurch die Anpassung des Menschen an seine ökologische sowie an seine sozio-historisch-kulturelle Umwelt und die eigene Erfüllung auf eine autonome, individuelle Weise möglich werden.

Diese Bewegung, nämlich „Gesundheit“ *aufzubauen und zu organisieren*, steht im homoestatischen und homokinetischen Gleichgewicht mit der Zerrüttung durch Krankheit (antagonistische Prozesse der Regression, der Veränderung, der Desintegration von Strukturen, die Persönlichkeit bilden, wodurch der Mensch seine Adaptationsfähigkeit verliert, ja erkrankt, was als Leiden empfunden wird). Gleichzeitig und in einer je nach dem mehr oder weniger betonten Form entwickeln sich die antagonistischen Prozesse im „heilenden“ Sinne, die eine Evolution und Reorganisation ausgleichen und die Adaptation des Menschen, nämlich die Wiederherstellung seiner „Gesundheit“ bezwecken.

Diese vielfältigen Interaktionen werden in Abb. 3 durch die Vernetzung der verschiedenen Pfeile dargestellt, die auf rekursive Verbindungen der Wechselbeziehungen, die Interkommunikation und die Interaktion hinweisen. Das Ganze muß in den Kreis der Persönlichkeit in der entsprechenden Situation zentralisiert werden, unter Berücksichtigung und Einfluß der Konstellation der gesamten beteiligten Faktoren. Bei dieser Sicht sind sowohl die pathogenen wie auch die günstigen Faktoren in ihrer Wechselbeziehung zu berücksichtigen, und zwar sowohl die spontanen als auch die therapeutischen und die präventiven Eingriffe.

Wir haben verschiedentlich betont, daß sich diese Verwicklung aller Funktionssysteme auf der Ebene der Persönlichkeit abspielt: Dynamische Interaktionen (24) führen zu allgemeinen Störungsformen der Persönlichkeit (25). Im jetzigen Verständnis betrachtet, bewirken sie Ausgeglichenheit und Störung sowie die Kompensation dieser oder ihre Rückbildung bis zum Normalzustand. Die Verwicklung entfaltet sich aber auch bei den pathogenen und heilenden Verfahren (26) und den ihnen entsprechenden psychopathologischen Grundstrukturen (28) im Sinne der Reorganisation, denen sich ein neuer heilender Wiederaufbau im Sinne der Reorganisation der Persönlichkeit entgegensetzt.

Eine derartige Perspektive von Komplexität in der Betrachtungsweise schließt jegliche Vereinfachung linearer, einseitiger und eindimensionaler Erklärungen von reduktionistischen oder Teilmodellen von Krankheit aus. Unser vorgeschlagenes, umgreifendes, konvergierendes, evolutives, dialektisches und offenes Krankheitsmodell kann somit in der Praxis von Diagnose, Therapie und Vorbeugung von Krankheiten sowie in der Gesundheitsförderung angewandt werden.

Aus der Darstellung läßt sich folgern, daß die Forderung nach einer anthropologischen Perspektive den „medizinischen“ Charakter der Psychiatrie nicht ausschließen soll. Wir haben versucht, diese Schwierigkeit durch das vorgeschlagene Modell einer „medizinischen Anthropopsychiatrie“ zu lösen. Wir haben damit eine andere dialektische Synthese der Organisation des gesunden und des kranken Menschen in seiner Umwelt und in der gesamten Komplexität im „anthropomedizinischen“ Sinne bezweckt. In gewisser Hinsicht nähert sich unsere Betrachtungsweise dem philosophischen Werk von E. Morin; sie hat sich jedoch seit 1936 nach verschiedenen Richtungen hin entwickelt und ist in unabhängiger Form mit psychopathologischen und therapeutischen Erfahrungen verbunden. Unser Modell ist zentriert auf die sich in der Welt entwickelnde Persönlichkeit, es ist differenziert in vielfältige Systeme und Strukturen, ohne daß es zu einer Nivellierung ihrer kategorialen Rangordnung (N. Hartmann) kommt, trotz Betonung ihrer Interrelationen und Interaktionen. Es hat somit eine konvergierende „phänomenologisch-strukturell-dynamische“ pluralistische Prägung mit gleichzeitiger Vermeidung von ausschließenden Reduktionismen und nicht organisierter Holismen.

Vom pragmatischen Gesichtspunkt aus verliert die angebliche „Demedizinalisierung“ und „Depsychiatisierung“ der geistigen Gesundheit jeglichen Sinn. Unser vorgeschlagenes Modell setzt nicht nur eine individuelle, multidimensionale und persönliche Diagnose voraus, sondern auch die gemeinsame Anwendung von Therapien und Vorbeugungsmaßnahmen, ebenfalls multidimensional verstanden, durch eine inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit von multiberuflichen Gesundheits- und Behandlungsteams. Durch Integration der geistigen Gesundheit und der allgemeinen öffentlichen Gesundheit wird die globale ärztliche Verantwortung für Gesundheitsvorbeugung und Therapie sowie deren Verwaltung innerhalb eines solchen Teams mehr hervorgehoben. Die dargestellten Perspektiven werfen das noch zu behandelnde Problem nach den verschiedenen Methoden auf, die einer solchen integrierten und umgreifenden medizinischen Vision der „Anthropopsychiatrie“ angemessen sind.

## Literatur

- Barahona Fernandes HJ (1957) A ideia do Homem na medicina actual. Lisboa, p 1-65  
 Barahona Fernandes HJ (1959) Perspectivas da evolução da personalidade. *Jornal Médico*, Porto 39 (849), pp 5-17  
 Barahona Fernandes HJ (1963) A psiquiatria no quadro das ciências. *Jornal do Médico*, Porto 51 (1067), pp 509-514  
 Barahona Fernandes HJ (1966) Filosofia e psiquiatria. *Experiência portuguesa e suas raízes*. Ensaio. Liv<sup>a</sup> Atlantida, Coimbra, p 208

- Barahona Fernandes HJ (1969) No Signo de Hipócrates, III, Medicina humana. Liv<sup>a</sup>. Luso-Espanhola, Lisboa, pp 335–454
- Barahona Fernandes HJ (1973) Os limites da psiquiatria. Alguns aforismos e questões, num ponto de vista convergente. O Médico, Porto 66 (1115), pp 159–171
- Barahona Fernandes HJ (1974) Um modelo estrutural da personalidade em situação e as estruturas psicopatológicas básicas. Aplicação à Psicologia médica. Revista Portuguesa de Psicologia. Lisboa (10–12) Jan 1972, Dez 1974, pp 7–25
- Barahona Fernandes HJ (1974) Dos métodos de investigação ao Homem doente. O Homem doente mental e o Homem doente neurológico. “O Médico”, Porto 71 (1183), pp 235–239
- Barahona Fernandes HJ (1974) Structures psychopathologiques de base et pharmaco-psychothérapie des dépressions. Paris, Les éditions ESF, 1974 e “Annales de Psychothérapie”, Paris, 5 (8), pp 41–53
- Barahona Fernandes HJ (1977) In: Psychiatrie in Selbstdarstellungen. Hans Huber, Bern, pp 82–114
- Barahona Fernandes HJ (1979) Psiquiatria Social. Modelo Antropológico Médico de Doença/Saúde Mental. Acta Médica Portuguesa, no 2, pp 251–265
- Barahona Fernandes HJ (1975) A saúde mental no Serviço Nacional de Saúde. “Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa”. Lisboa, 139 (2), pp 165–176
- Barahona Fernandes HJ (1978) Hegel e a psiquiatria. “Ideia e Matéria”. “Horizonte”. Lisboa
- Barahona Fernandes HJ (1978) Psiquiatria clínica. Antropologia da Senescência. Saúde Mental. “Gerontopsiquiatria”. Ed Geigy
- Blankenburg W (1978) Was heißt „anthropologische Psychiatrie“? In: Kraus-Hutil A (ed) Leibleis Geschichte. Heidelberg
- Christian P (1969) Medizinische und philosophische Anthropologie. In: Handbuch der allgemeinen Pathologie, Bd I. Springer
- Ey H (1963) Esquisse d’une conception organo-dynamique de la structure de la Nosographie et de l’éthiopathogenie des maladies mentales. In: Gruhle HW, Jung R, Mayer-Gross W, Müller M (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd I/2. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 720–762
- Ey H (1973) Traité des hallucinations. Masson, Paris
- Gadamer HG, Vogler P (1974) Neue Anthropologie, Bd 1–7. Thieme G, Stuttgart
- Jung R (1967) Neurophysiologie und Psychiatrie. In: Gruhle HW, Jung R, Mayer-Gross W, Müller M (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd I/1A. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 325–928
- Lersch P (1964) Aufbau der Person. Barth J, München
- Morin E (1977) La Méthode. La Nature de la Nature, Vol 1, Seuil
- Pongratz LJ (1977) Klinische Psychologie. In: Handbuch der Psychologie. Verlag f Psychologie, Göttingen
- Siegler MO (1974) Models of madness, models of medicine. New York
- Sousa P (1978) O modelo clínico-antropológico de Barahona Fernandes e a problemática epistemológica da Psiquiatria. O Médico, Vol 20, 14. Porto
- Weitbrecht HJ (1977) Psychiatrie im Grundriß 3 A. Springer, Berlin Heidelberg New York

Eingegangen am 7. August 1979