

Einleitung: Auf dem Weg zur Philosophie der psychiatrischen Erkrankungen

THOMAS BOCK, KLAUS DÖRNER, DIETER NABER

Anthropologische Psychiatrie, was um Gottes willen ist das? Manch einer mag an die anthropologische Medizin im Sinne von Fortpflanzungsmedizin denken, andere an transkulturelle Psychiatrie. Wieder andere mögen übersetzen »menschliche Psychiatrie« oder »Psychiatrie im Sinne des Menschen« und sich mit Recht fragen, ob eine andere als diese überhaupt denkbar sei.

Anthropologische Psychiatrie ist der Versuch, sich auf etwas zu besinnen, was selbstverständlich ist, und dabei die entstandenen Gräben der Spezialisierung zu überwinden. Anthropologische Psychiatrie ist der Rahmenentwurf zu einer immer umfassenderen und immer differenzierteren Psychopathologie, ein Versuch, sich von verschiedenen Standpunkten aus auf das gemeinsame Ziel des Interesses zu besinnen, auf den Menschen – nicht ausschließlich als Symptomträger und Transmittermangelerscheinung, sondern als Mensch.

Anstößige Philosophie – den Zeitgeist herausfordern?

Anthropologische Psychiatrie will philosophische Überlegungen nutzen, um den Zuwachs an Erkenntnissen in der somatischen, hirnrorganischen und in der sozialen Psychiatrie sowie in der Psychotherapie zusammenzuführen, sie zu integrieren und dadurch erst wirklich nützlich werden zu lassen. Philosophie als Klammer der Erkenntnisse – kann man den Zeitgeist noch stärker herausfordern? Ist das nicht gnadenlos überholt? Sich auf die Philosophie zu besinnen, das eigene Menschenbild zu reflektieren mag »anstößig« sein – im doppelten Wortsinn: Es mag Widerspruch erregen, weil es der gängigen Tendenz zur Vereinfachung widerspricht. Es mag unwissenschaftlich wirken, weil wir uns an ein sehr verkürztes Verständnis von Wissenschaft gewöhnt haben. Es kann aber auch anregen, den eigenen Horizont zu erweitern und (wieder) zusammenzuführen, was zusammengehört. Aus klinischer bzw. therapeutischer Sicht ist die Besinnung auf

die grundlegenden Aspekte unseres Menschseins und auf die Philosophie als Wissenschaft alternativlos, ist die Notwendigkeit unabweisbar, denn unser Menschenbild prägt unser Handeln – ob wir wollen oder nicht. Reflektiert oder unreflektiert prägen unser Bild vom Menschen und unser Verständnis seiner Erkrankung(en) unsere therapeutischen Konzepte und unsere therapeutische Beziehungsfähigkeit. Das birgt Risiken – wenn ein enges Verständnis nicht anschlussfähig ist und Patienten abschreckt –, aber auch Chancen. Vor allem die Chance, Brücken zu schlagen – zwischen verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, zwischen Teilbereichen der Psychiatrie, aber auch zwischen Patienten, Angehörigen und Profis. Nicht umsonst ist die Idee zu der Vorlesungsreihe, aus der dieses Buch entstand, aus dem Psychoseseminar heraus erwachsen. Nicht umsonst sind alle Vorträge durch die »Weißen« eines trialogischen Diskurses gegangen. Alle Vorträge wurden von professionellen Experten aus der Psychiatrie und ihrem weiteren Umfeld sowie von Experten aus eigener Erfahrung als Patienten oder Angehörige diskutiert – zum Teil mit leidenschaftlicher Intensität.

Lehren aus den Psychoseseminaren und Dialogforen

Wir wollten versuchen, die im Psychoseseminar übliche anthropologische Besinnung auf Psychosen zu übertragen auf andere Störungs- und Krankheitsbilder. Wir wollten die somatisch und hirnganisch forschende Psychiatrie in diesen Brückenschlag einbeziehen, um uns gemeinsam einer »biologischen Psychiatrie« anzunähern, die sich an den Wortsinn (bio-logos) erinnert und diesen Namen wirklich verdient – als eine Lehre vom Leben. Bei diesem Schritt hat uns ermutigt und beglückt, dass keiner der angefragten Referenten und Autoren (weit mehr als hier letztendlich zu Wort kommen) abgesagt haben und sehr viele geradezu dankbar waren, über Themen sprechen zu dürfen, die auf Kongressen längst nicht mehr üblich, ja kaum noch erlaubt sind. Plötzlich wuchs in uns allen gemeinsam das Bild von Fachkongressen, auf denen der Experte für Depressionen über Scham spricht, die Expertin für Psychosen über Eigensinn und Fachleute für Manie über das Problem der Überanpassung und die Notwendigkeit einer neuen Kultur des Widerstandes. Würden Sie hingehen? Und wenn diese Fachleute dann auch noch verständlich sprächen, wer würde noch alles profitieren von einem solchen Diskurs? Wie entstigmatisierend in einem ganz grundlegenden Sinne könnte dieser Diskurs sein.

Dieses Buch ist nur ein kleiner Anfang – zugleich eine Erinnerung an die Zeiten, in denen der übergreifende Diskurs noch üblicher und sicher

auch leichter war als heute. Die Bücher »Stimmenreich« und »Im Strom der Ideen« (Bock u. a. 1992, 1994) haben vor zehn Jahren den Dialog veröffentlicht. Die »Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie« veröffentlichten nun einen weiteren notwendigen Diskurs innerhalb unseres Fachs. Die Herausgeber stehen für die Spannweite, die es zu umfassen gilt.

Gefahren einer reduktionistischen Psychiatrie

Was ist in der Psychiatrie passiert, dass solch eine Besinnung notwendig wurde? Welche Entwicklungen lassen es profilierten Hirnforschern, Neurologen, Soziologen, Psychologen, Vertretern der somatischen und sozialen Psychiatrie sinnvoll und notwendig erscheinen, sich an einem Tisch und in einem Buch zu versammeln? Nimmt man die gegenläufigen Entwicklungen der letzten Zeit, dann muss es schon dramatische Gründe geben:

Wir erleben in den letzten Jahren eine zunehmend »pathologisierende Psychiatrie«, d. h. eine Psychiatrie, die auf die Ausdifferenzierung und Ausweitung pathologischer Begriffe größten Wert legt. Dabei wächst gleichzeitig die Gefahr, dass sich die geschaffene Nomenklatur verselbstständigt und die kreativen oder auch nur interessengetriebenen Konstruktionen mit der Realität verwechselt werden. Das Modell wird zur Ist-Aussage, die Konstruktion wird zur Norm (»Immer mehr Menschen sind krank«, »Wer sich so und so verhält, ist behandlungsbedürftig – mit oder ohne Einsicht«) und zugleich zur tautologischen, d. h. in sich selbst gefangenen Erklärung: »Warum verhält sich Herr P. psychotisch/manisch/depressiv?« – »Ach ja, er hat eine Psychose/Manie/Depression« (Oder bestenfalls: »Na klar, seine Transmitter sind entgleist«). Dieser Reduktionismus trägt nicht zum Verständnis bei, auch nicht zum Selbstverständnis und erst recht nicht zur Selbstverständlichkeit. Anthropologische Psychiatrie will die Denkmodelle und damit den (Be-)Handlungsspielraum wieder erweitern.

Die Bedeutung unseres Menschenbildes

Anthropologische Psychiatrie besinnt sich auf die Gesamtwirklichkeit des Menschen, will ungewöhnliche Erlebnis- und Handlungsweisen mit der Hilfe philosophischer Betrachtung länger einbehalten in der Vielfalt menschlichen Daseins, sie nicht so schnell aus der »Normalität« ausgrenzen. Die Gemeindepsychiatrie kann die Anstaltspsychiatrie ablösen und die äußere Ausgrenzung aufheben. Ausgrenzung geschieht aber subtiler; sie zu beheben, bedarf es nicht nur organisatorischer und struktureller Maßnahmen.

Wir brauchen die lange gewachsenen Weisheiten über den Menschen und das breite Spektrum seiner verschiedenen Seinsweisen, also die Philosophie, damit die immer schneller folgenden, z. T. sich widersprechenden Erkenntnisse etwa der Hirnforschung nicht nur zentrifugal wirken und damit die Behandlungskultur ganzheitlich bleibt oder wird. Eine solche Sichtweise ist nicht antipsychiatrisch, sondern viel grundlegender: Zum Menschen gehört auch das Kranksein und Krank-werden-Können – seelisch wie körperlich. Im sozialpolitischen Zusammenhang geht es dabei vor allem um »körperlich oder seelisch bedingte Arbeitsunfähigkeit«, die zu Lohnersatzleistungen wie Krankengeld berechtigt; hier ist Krankheit ein Schutzbegriff. Doch die Art der Hilfe, die wir in einer solchen Situation brauchen, ist nicht allein von der Medizin her zu definieren. Und die Achtung vor dem Menschen und seiner Erkrankung darf die Medizin nicht verführen, allein alles können zu wollen und maßlos zu werden.

»Wir Menschen müssen im Unterschied zu anderen Lebewesen um unser Selbstverständnis und Selbstbewusstsein ringen. Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren. Dauert dieser Zustand an und bekommt er eine gewisse Eigendynamik, sprechen wir von Psychosen. Wer psychotisch wird, ist also kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich« (aus der »blauen Broschüre« der Psychoseseminare). – In einer bestimmten Situation depressiv zu werden ist riskant wegen der damit verbundenen psychischen, sozialen und biologischen Eigendynamik (zum Problem der Selbstentwertung und zum Konzept der »biologischen Narbe« s. den Beitrag von Bock/Koesler, zur Stigmatisierung s. »Irre menschlich Hamburg«) und nicht zuletzt auch wegen der Suizidalität; und dennoch ist die depressive Reaktionsweise ähnlich dem Totstellreflex in der Tierwelt eine zutiefst »natürliche« Erscheinung, deren Funktionalität und Sinn als verzweifelter Selbstschutz, als Flucht oder als Konsequenz von Beschämung (s. Beitrag v. Pfau) oder Verlust des Zeitgefühls (s. Beitrag v. Fuchs) nicht übersehen werden darf.

Wenn ein Mensch in einer bestimmten Lebenskrise psychotisch wird, ist das zwar für alle Beteiligten extrem verunsichernd und macht so rechtzeitige wie vorsichtige Hilfe notwendig; dennoch ist die meist damit verbundene ausgeprägte Dünnhäutigkeit nun wahrlich nicht zwingend krankhaft und ist es angesichts tiefer Ambivalenz-, Entscheidungs- und Loyalitätskonflikte in einer zunehmend überflutenden Informationswelt keineswegs unlogisch, die Ebenen der Realität zu wechseln. Nicht selten – so scheint es – lässt dann erst die falsche Behandlung nach vorschneller Diagnose aus der psychotischen Reaktion/Episode die ausgewachsene Schi-

zophrenie werden, weil sie die zugrunde liegenden individuellen und allgemein menschlichen Konflikte leugnet und so die verlorene Selbstverständlichkeit nicht wiederherstellen hilft, sondern weiter beeinträchtigt. Das wird am deutlichsten beim Phänomen »Stimmenhören«, das offenbar in vielfacher Weise menschengeschichtlich und individualgeschichtlich in us verankert ist. Erst dessen mangelhafte kulturelle Integration führt zur psychotischen Dekompensation (s. Beitrag v. Escher/Romme).

Rauben wir psychischen Krankheiten ihren biografischen und (vorübergehend) funktionalen Zusammenhang, machen wir sie erst zu den abstrakten Monstern, die wir dann als solche bekämpfen. Rauben wir ihnen den grundlegend menschlichen Aspekt, den Charakter einer besonderen Ausprägung zutiefst menschlichen Daseins, dann erhöhen wir Angst und Stigmatisierung so gewaltig, dass kein Antistigma-Programm der Welt dagegen ankommt.

Angemessene Hilfe muss die Balance wahren zwischen symptomatischer und verstehender Hilfe, zwischen Veränderung und Akzeptanz, zwischen Angst und Hoffnung. Gerade das gewachsene Repertoire an Hilfen verlangt nach einer Veränderung der therapeutischen Beziehung von patriarchaler Fremdbestimmung zu dialogischem Ringen. Gerade der für Genesung notwendige Eigensinn des Patienten verlangt, dass wir über Compliance und Noncompliance, Krankheitseinsicht und Behandlungsbeziehung anders nachdenken als bisher (s. Beitrag v. Bock).

Die Bedeutung psychiatrischer Phänomene und ihr menschlicher Charakter drohen in der aktuellen Psychopathologie aus dem Blick zu geraten. Mit immer feineren Messinstrumenten suchen wir das Besondere und Trennende, nicht das Gemeinsame und Verbindende. Wir beschreiben mehr den Status als den Prozess. Zwar wird in den neueren Diagnoseschlüsseln nicht mehr unterschieden zum Beispiel zwischen endogenen, exogenen und reaktiven Depressionen, weil diese Trennung sich als unsinnig erwiesen hat. Als Preis für diesen Fortschritt droht nun aber die Frage nach der Entstehungsgeschichte eines Symptoms insgesamt obsolet zu werden und damit auch die Frage nach Funktion und Bedeutung.

Veränderung lässt sich nicht erzwingen; auch die Wirksamkeit der somatisch orientierten Behandlungsverfahren unterliegt der psychischen Dynamik der Patienten. Wenn wir deren Eigensinn mehr achten, wird nicht nur die Compliance verbessert, sondern kann auch die Therapie vielfältiger werden (s. Beiträge von Bock und Rufer). Gerade auch die Pharmakotherapie hat hier einen großen Nachholbedarf (s. Zaumseil/Terzioglu und Bock/Naber).

Aus der Geschichte lernen

Genauso wenig wie die »subjektorientierte Psychiatrie« (s. Beitrag von Hoff) ist auch der Begriff »Anthropologische Psychiatrie« neu (vgl. EMRICH 1990). In einer kurzen Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, die von Rückbesinnung und neuem Aufbruch geprägt war, versuchten Psychiater wie von Geb-sattel, Zutt und Kuhlenkampff ihn mit Leben zu füllen. Lange haben wir geschwankt, ob es nicht besser sei, bereits im Buchtitel von biologischer Psychiatrie zu sprechen im Sinne einer »Lehre vom Leben«, also zu versuchen, den Begriff zurückzuerobern (s. Beitrag von Ulrich). Wir haben diese Entscheidung zurückgestellt, weil wir befürchteten, gegen das »biologistische« Zerrbild einer auf das Somatische reduzierten Psychiatrie (noch) nicht anzukommen. Dennoch wollen wir an die ganzheitliche Bedeutung des Wissenschaftsparadigmas Biologie erinnern. Wenn die spürbare Verengung wissenschaftlicher Forschung auf molekulargenetische Fragestellungen als umfassende biologische Wissenschaft verkauft wird, dann hat das eine ideologische Funktion und dient ökonomischen Interessen, nicht aber dem wissenschaftlichen Fortschritt.

Es gab in der Geschichte der Psychiatrie immer schon Wellenbewegungen zwischen rein organischen und seelischen Betrachtungen (s. Beitrag von Hoff); wir wollen eine Menschenbild-Diskussion anregen, die beides vereint. Auch früher schon gab es Versuche, sich den Phänomenen der Psychiatrie unvoreingenommen zu nähern – gerade in Deutschland waren die phänomenologische Psychiatrie und die Daseinsanalyse stark vertreten. Doch drohen heute nicht nur die hervorragenden Arbeiten von Kisker, Binswanger u. a. verloren zu gehen, sondern auch die wichtige Erkenntnis von Kraepelin und Bleuler, dass Symptome eine hierarchische Ordnung haben und ein Symptom Bewältigungsstrategie des anderen sein kann. Insofern geht es der anthropologischen Psychiatrie nicht um Leugnung von Erkenntnissen, sondern um deren Überdenken, nicht um Spaltung, sondern um Integration.

Wie sehr die Psychiatrie gesellschaftlich missbrauchbar war und ist, zeigt am deutlichsten Dorothea Buck, die in ihrem Beitrag vor allem die Fähigkeit zum Dialog fordert und begründet. Die psychiatrische Wissenschaft leidet nach unserer Meinung unter einem Gegensatz zwischen einerseits immer genaueren Detailkenntnissen und einem andererseits unzulässig schlichten Menschenbild. Der Hang zu vereinfachenden Erklärungen mag gesellschaftlich konform sein, aber er darf von uns in dieser Weise nicht genährt werden. Das allzu reduzierte Menschenbild widerspricht inzwischen längst den Erkenntnissen von Genetik und Hirnforschung über die

komplexen Zusammenhänge von somatischen, seelischen und sozialen Prozessen. Das einfache Bild vom hirnstoffwechselgestörten und deshalb kranken Menschen ist nicht mehr geeignet, die Vielfalt der Erkenntnisse zu integrieren. Dasselbe gilt für den klinischen Alltag: Die einfachen Erklärungsmodelle sind längst nicht mehr geeignet, Patienten für eine langfristige Kooperation zu gewinnen. Die Behandlungstechniken und -substanzen erscheinen zwar besser, aber die Behandlungskultur hält nicht Schritt. Oder optimistisch und etwas zugespitzt mit Anleihen von Karl Marx: Die Produktivkräfte/Behandlungsmittel sind inzwischen so komplex, dass die Produktionsverhältnisse/Behandlungsbeziehungen infrage stehen. Aber ob die realen Machtverhältnisse der Berufsverbände und Pharmafirmen so weitreichende Erkenntnisse zulassen? Das offizielle Antistigmataprogramm der USA griff in diesem Dilemma zu noch simpleren Botschaften; hoffentlich gelingt es uns, Ähnliches hier abzuwenden. Der Beitrag von Andrea Moldzio zeigt, dass auch ein Blick in die Geschichte der Philosophie bei der Orientierung psychiatrischen und therapeutischen Handelns helfen kann.

Die hier vorgelegten Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie haben gegenüber früheren Ansätzen den Vorteil, dass wir bei der Infragestellung allzu einseitiger Betrachtungen und der Suche nach zutiefst menschlichen Phänomenen auch auf körpermedizinische Erkenntnisse zurückgreifen können. Außerdem können wir heute die Kultur des Dialogs nutzen: Die Beiträge dieses Buches sind aus Vorträgen der Vorlesungsreihe »Anthropologische Psychiatrie« hervorgegangen, d.h., sie sind durch die »Weihen« einer gemischten Zuhörerschaft gegangen. Wir haben uns um Verständlichkeit bemüht, was sicher unterschiedlich gut gelungen ist. Umgekehrt wollten wir selbst Vereinfachungen meiden; beurteilen Sie selbst, wie die Balance gelungen ist.

Autorinnen und Autoren

Für die jeweiligen Fachgebiete (Genetik, Hirnforschung, Psychologie, Sozialwissenschaften u. a.) kommen ausgewiesene Fachleute zu Wort, die deutlich werden lassen, dass die Rezeption der jeweiligen Erkenntnisse durch die Psychiatrie und durch Pharmafirmen oft unzureichend und vereinfachend geschieht – eingeengt durch ein bestimmtes Selbstverständnis bzw. ökonomische Interessen. Die Gene wirken eben doch nicht spezifisch oder deterministisch, d. h. festlegend (s. Beiträge von Möhlenkamp und Preiter). Das Gehirn ist eben doch nicht nur prägend, sondern auch geprägt, nicht nur störrisch, sondern auch zu Kompensation fähig und

insgesamt plastisch. Der Hirnstoffwechsel ist nicht primär, sondern wirkt eigendynamisch begleitend (s. Beitrag von Hüther).

Im Rahmen der Vorlesungsreihe »Anthropologische Psychiatrie – philosophische Aspekte psychischer Erkrankungen« kamen seit dem Sommersemester 2000 noch viel mehr Referenten zu Wort. Im Gegenteil waren viele gerade der biologisch orientierten Wissenschaftler dankbar, »endlich mal wieder zu grundlegenden Themen sprechen zu dürfen«; es sei bedauerlich, dass »dafür auf den heutigen Kongressen kein Platz mehr ist«. Es wird Zeit, das zu ändern!

Nicht alle Berichte lagen uns schriftlich vor; nicht alle konnten im ersten Anlauf veröffentlicht werden. Wir hoffen, die Reihe fortsetzen zu können; zumindest aber streben wir eine kontinuierliche Veröffentlichung im Internet an. Der Verein »Irre menschlich Hamburg«, der im Rahmen der Antistigmakampagne von unten trialogische Aufklärungsprojekte in Schulen und Betrieben durchführt, wird uns seine Website zur Verfügung stellen (www.irremenschlich.de).

Auf einer politischen Veranstaltung im Rahmen einer Anhörung zur weiteren Psychiatriereform ging es plötzlich und unerwartet um die Frage nach den Ursachen psychischer Störungen. Da erzählte ein bekannter Jugendpsychiater eine anrührende Geschichte: Die Eltern eines psychotischen Sohnes hatten sich mit Schuldgefühlen gequält. Erst sein mit fachlicher Autorität vorgetragener Hinweis, die Ursachen der Psychose seien im Gehirn zu suchen, habe die Eltern entlastet und befreit. Damit sei die Sachlage doch klar, so meinte er. Nun ist die »Befreiung« der Angehörigen in der Tat ein hohes Gut, zumal die Psychiatriegeschichte voll ist von an ihnen begangenem Unrecht. Doch was ist mit der Befreiung der Patienten und ihrem Wunsch nach Respekt? Und was ist mit der Notwendigkeit, die Psychiatrie von eingeeengten Konzepten zu befreien: Die Ursachen psychischer Erkrankungen liegen viel umfassender in der Natur des Menschen, in seiner Dünnhäutigkeit, seiner Transzendenz, seiner Fähigkeit zu zweifeln und zu verzweifeln, über sich hinauszudenken und sich zu verlieren, in seinem Menschsein eben. Das macht Hilfe nicht überflüssig, sondern gibt ihr einen anderen Charakter; das macht Eltern nicht schuldig, aber auch die Psychose-Erfahrenen freier. Eine gesellschaftspolitische Debatte? Warum nicht?