

Verstehen als Methode und klinische Praxis¹

Überlegungen zur Situation der Psychiatrie

■ M. Schmidt-Degenhard

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Florence Nightingale Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie, Düsseldorf (D)

Summary

Schmidt-Degenhard M. [Understanding as a method and clinical practice.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2004;155:5–15.

Initially the article offers a critical positioning of modern psychiatry which seems to be located in a neurobiologically orientated paradigm shift concerning its identity.

By historical reflection modern psychiatry is referred to the culture-scientific identity of the since Jaspers established Psychopathology as a psychiatric basic science (Janzarik) and its critical function and clinical relevance are emphasised.

The privileged position of psychiatry within medicine results from the subjectivity of the patient which cannot be neglected in clinical-therapeutic practice.

The consequence is that mental diseases always occur and evolve in the complementary double aspect of both being a process of nature and a biographically significant event. Psychiatric research and therapy that focusses on the patient her- or himself must therefore also include phenomenological and hermeneutical approaches beside empirical-metric (explanation) methods. In this context understanding is considered as a constitutive essential feature of psychiatry and psychotherapy and it is discussed in its double function as a hermeneutical method of exploration as well as a reciprocal face-to-face process between patient and doctor. Such a manner of understanding as a basic clinical practice provokes different epistemical, ethical and psychodynamic questions whose exploration seems to be inevitable considering the current change of identity in psychiatry. The inves-

tigating significance of hermeneutical research is displayed by the example of the connection between dynamic of delusion and imagination, whose understanding offers us a deeper communicative access to the psychotic patient.

Thanks to modern pharmaceutical and psychotherapeutic opportunities in treatment psychiatry has changed to a therapeutic-active and hopeful medical discipline. A treatment of understanding the patient still remains an urgent task of psychiatry even today just in order to oppose against a main process becoming technologically more and more perfect in our discipline.

Keywords: understanding; psychopathology; psychotic disorder; hermeneutic approach in clinical practice

Unter den vielen interessanten psychiatrischen Problemen das interessanteste, ja brennendste, war für mich von jeher das Problem der Psychiatrie selbst.

L. Binswanger, 1957 [1]

I.

Die Psychiatrie der Gegenwart scheint sich in einem tiefgreifenden Wandel ihres Selbstverständnisses zu befinden. Ciompi und Heimann [2] gaben 1991 den Christian Müller zum 70. Geburtstag gewidmeten Sammelband «Psychiatrie am Scheideweg» heraus: Den hier vereinten Autoren unserer psychiatrisch-psychotherapeutischen Vätergeneration ist die Sorge um eine sich grundlegend verändernde Psychiatrie gemeinsam, die – so die Herausgeber – sich aus einer «klinisch-ganzheitlichen, auf die Person des Kranken orientierten» ärztlich-therapeutischen Praxis in Einzeldisziplinen mit der Gefahr einer Verabsolutierung psycho- und soziodynamischer bzw. biologischer Aspekte aufzulösen droht. Dieses Anliegen mündet aber nicht in einen nostalgisch-resignativen Rückblick, vielmehr konvergieren die einzelnen

Korrespondenz:
Michael Schmidt-Degenhard
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Florence Nightingale Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie
Zeppenheimer Weg 7
D-40489 Düsseldorf
e-mail: prof.schmidt-degenhard@kaiserswerther-diakonie.de

1 Prof. Dr. Hans Heimann zum 80. Geburtstag gewidmet

Beiträge zu einem wissenschaftstheoretisch fundierten Plädoyer für die Interdisziplinarität der Psychiatrie und darüber hinaus zu einer kritischen Anfrage an ihr implizites Menschenbild in einer Epoche, die sich weitgehend dem Pontifikat des Technisch-Machbaren und Berechenbaren zu unterwerfen scheint.

Nur ein Jahrzehnt später, das vor allem durch einen beeindruckenden Erkenntniszuwachs der neurobiologischen und molekulargenetischen Grundlagenwissenschaften gekennzeichnet ist, könnte man den Eindruck gewinnen, dass die Psychiatrie nicht mehr an einem Scheideweg steht, sondern nun mit Enthusiasmus eine eindeutige Bahn beschreitet, an deren Ende allerdings ihre Selbstauflösung stehen könnte. So war kürzlich im *Nervenarzt* zu lesen, dass in Folge unseres fortschreitenden Wissens der neuronalen Strukturen und Funktionen, insbesondere dank der modernen Bildgebungsverfahren, «psychische Störungen zunehmend Gehirnfunktionsstörungen werden» und sich damit «nicht mehr grundsätzlich von anderen ZNS-Erkrankungen» unterscheiden. Da z.B. einzelne neurologische wie auch psychiatrische Erkrankungen lokalisatorisch auf die Basalganglien bezogen werden können, sei die Differenzierung zwischen Psychiatrie und Neurologie kaum mehr zu rechtfertigen. Es sei demnach «eine neue Identitätsbestimmung» der Psychiatrie nötig, die in der Integration zu einem «klinisch-neurowissenschaftlichen Feld» liegen könnte, in dem die klassischen Disziplinen Neurologie und Psychiatrie «lediglich Schwerpunkte darstellen, ohne weiterhin eigenständig zu bleiben» [3].

In einer solchen Perspektive verliert natürlich jegliche psychopathologische Herangehensweise ihre theoretische wie praktische Berechtigung. Als Gegenstand der Psychopathologie seien mit v. Baeyer (1977) [4] die Abwandlungen und Störungen der Einheit von Verhalten, Sich-Befinden und Erleben umschrieben, wobei zu bedenken ist, dass sich Befinden und Erleben nicht nur in weitem Masse sprachlich ausdrücken, sondern auch sprachlich konstituieren.

Die allgemeine und klinische Psychopathologie der deutschsprachigen Tradition entwickelte sich angesichts der Komplexität ihres Erfahrungsraumes seit ihrer methodologischen Grundlegung durch Karl Jaspers (1913) [5] stets in einem interdisziplinären Dialog mit den verwandten Sozial- und Geisteswissenschaften sowie der Philosophie und gewann somit eine – von ihren Protagonisten allerdings nicht immer eingestandene – *kulturwissenschaftliche Identität*. Diese Psychopathologie, deren konzeptuelles Spektrum im Hinblick

auf die ideengeschichtlichen und wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen, aber auch hinsichtlich des Bezuges zur klinischen Praxis eine erhebliche Heterogenität aufweist, konnte gleichwohl in den Rang einer psychiatrischen Grundlagenwissenschaft (Janzarik) rücken: Eine Grundlagenwissenschaft allerdings nicht im Sinne einer einheitswissenschaftlichen Intention, sondern eher als ein offenes Forum der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den psychiatrischen Grundfragen im Spannungsfeld zwischen klinisch-therapeutischer Empirie und ihrer theoretischen Durchdringung. Damit konnte der Psychopathologe aber auch als unzeitgemässer Aussenseiter zum Spielverderber (Janzarik 1976 [6]) in einem allzu sehr dem Forschungsmainstream angepassten Wissenschaftsbetrieb werden.

Die zweifellos wichtigen Forschungsstrategien der Gegenwart, in denen «Psychopathologie» im wesentlichen als ein Instrument der Klassifikationsforschung sowie der Verfeinerung der operationalisierten Diagnostik fungiert, haben mit dieser tradierten, interdisziplinär fundierten Psychopathologie wenig mehr als den Namen gemeinsam. Allenfalls wird Psychopathologie – wie in einem anderen Text – noch als «experimentell arbeitende Disziplin» akzeptiert, die im Forschungsverbund mit Neuropsychologie und Soziobiologie einen Beitrag zur Herausarbeitung hirnfunktionsnaher «Verhaltensmodule» zu leisten vermag (Gaebel 2001 [7]). Die Autoren des Beitrages «Psychopathologie heute» in der 4. Auflage der «Psychiatrie der Gegenwart» (Mundt und Spitzer 1999 [8]) konstatieren zu Recht eine Verlagerung des psychiatrischen Erkenntnisinteresses aus der Lebenswelt auf die Ebene der Organisations- und Funktionsmechanismen des biologischen Substrats. Die überkommene klinische Psychopathologie, mit einem meines Erachtens nicht glücklichen Begriff als «klassische Makropsychopathologie» bezeichnet, drohe zunehmend historisch zu werden; damit aber wird sie ihres klinischen Bezuges beraubt und allenfalls als interessantes Quellenmaterial den rekonstruktiven Bemühungen der Medizingeschichte überantwortet.

Diese aktuelle Situation der Psychiatrie im Zeitalter des Aufbruches der Neurowissenschaften, die ich nur skizzenhaft aufzeigen konnte, vermag zweifellos nicht wenige Psychiater zu faszinieren und einer nicht selten anzutreffenden Forschungsbegeisterung Vorschub zu leisten. Gleichwohl erscheint mir aber angesichts eines solchen, sich abzeichnenden Paradigmenwandels eine kritisch-skeptische Besinnung ohne Ressentiment geboten, die sich gleichermassen auf die

Geschichte unseres Faches wie auf eine *systematische Reflexion* über das Gegenstandsgebiet der Psychiatrie stützt.

Mein eigener Standort ist dabei der eines klinisch tätigen Psychiaters und Psychotherapeuten, der im Klinikalltag dankbar die Fortschritte und Entwicklungen der Psychopharmakotherapie, der bildgebenden Diagnostik und der Klassifikationsforschung nutzt, im ärztlich-therapeutischen Umgehen mit den Kranken aber ebenso dankbar die beziehungsstiftende Wirksamkeit eines das Erleben des Anderen beschreibend-erfassenden und mitunter sinnerschliessenden Gespräches erfährt: eines Gespräches, dessen Grundlagen eben auch auf den Methoden und Erkenntnissen der tradierten Psychopathologie beruhen.

II.

Die Geschichte der Psychiatrie als einer mehrdimensional konstituierten praktischen Wissenschaft, die darüber hinaus als Kulturgegenstand aber auch eine bestimmte Grenzform mitmenschlicher Praxis bezeichnet, lässt sich adäquat nur als *Problemgeschichte* konzipieren: Der Analyse und Beschreibung von ideengeschichtlichen Wirkungszusammenhängen, die sich auf eine Haltung des Problem Denkens im Sinne von Nicolai Hartmann [9] berufen kann, korrespondiert ein sozialgeschichtlicher, die gesellschaftlichen und institutionellen Umgehensweisen mit dem Seelisch-Anderen erfassender Forschungsansatz. Hinzu kommen die epochalen naturwissenschaftlichen Durchbrüche und Entdeckungen, deren Chronologie die medizinische Historiographie lehrt. Solche «Fortschritte der Medizin» – dies vermag gerade eine kritische wissenssoziologische Betrachtung der Gegenwart zu illustrieren – gehen nun aber häufig eine mehr oder weniger fruchtbare Verbindung mit dem gerade herrschenden «Zeitgeist» ein. Konzeptionen und Paradigmen der Psychiatrie lassen sich also nur in ihrer Verknüpfung mit dem jeweiligen kultur- und sozialgeschichtlichen Kontext darstellen und analysieren. Die Psychiatriegeschichte erweist sich somit als ein komplexes Geschehen von linear-fortschreitenden, aber eben auch von zirkulär verlaufenden Erkenntnisbemühungen.

Das in kausalanalytisch fundierter, empirisch-metrischer Forschung gewonnene – naturwissenschaftliche – Tatsachenwissen ist dem Fortschreiten eines vielleicht unbegrenzten Erkenntnisprozesses unterworfen; damit aber können seine Ergebnisse «veralten» und im Zuge des sich immer rasanter entwickelnden Wissenschaftsbetriebes

«überholt» werden: Die beeindruckende Verfeinerung unseres psychopharmakotherapeutischen Instrumentariums oder die noch vor einem Jahrzehnt ungeahnten technologischen Möglichkeiten des Einblickes in Struktur und Funktion des Gehirns mögen hierfür als Beispiele dienen.

Eine solche *diachrone* Sichtweise auf die Geschichte der Psychiatrie muss aber durch eine komplementäre Perspektive ergänzt werden: Diese versucht im Zeitablauf der wechselnden Epochen durchgehende quasi-*synchrone* Strukturen, also sich wiederholende Denkformen, Topoi oder Motive zu erkennen, in denen sich philosophische – erkenntnistheoretische, anthropologische und ethische – Positionen, aber auch soziologisch verstehbare Einstellungstypen und Werthaltungen artikulieren. Die problemgeschichtliche Methode wird in der Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Themen und Strukturen immer auch auf wiederkehrende Erkenntnisgrenzen und Aporien stossen, die gelegentlich auch die prinzipielle Unlösbarkeit eines Problems anzeigen können und damit auf ein «Umgreifendes» im Sinne von Karl Jaspers verweisen. So könnte es vielleicht möglich werden, im Erfahrungsraum der Psychiatrie zwischen dem prinzipiell Erforschbaren und solchen Bereichen zu unterscheiden, die sich dem wissenschaftlichen Zugriff entziehen.

Ein Blick auf die Entwicklung der Psychiatrie seit dem Ende des 19. Jahrhunderts belegt die Abhängigkeit des Faches von ideengeschichtlichen Strömungen, Wandlungen und Umbrüchen. Mit dem Enthusiasmus der aufblühenden Naturwissenschaften trat um die Wende des 19. zum 20. Jahrhundert mit Hirnpathologie und Neurophysiologie die biologische Forschung (z.B. Meynert, Wernicke) in den Vordergrund, während dann beginnend mit dem Erscheinen von Karl Jaspers' epochaler «Allgemeiner Psychopathologie» und im Gefolge der geistigen Umwälzungen seit dem 1. Weltkrieg nahezu ein halbes Jahrhundert eine psychopathologische Grundlegung dominierte. Diese wissenschaftshistorische Dynamik vollzog sich in lang hinschwingenden Wellenbewegungen, die auf beiden Seiten gelegentlich mit Ausschliesslichkeitsansprüchen und subtilen Denkverböten, also mit Ideologiebildungen einhergingen. Man mag daher auch die eingangs zitierten aktuellen Äusserungen zum veränderten Status der Psychiatrie in solche übergeordneten Zusammenhänge einordnen, sich gleichzeitig aber den Blick dafür schärfen, dass in Epochen des Umbrüches wertvolle Erkenntnisgewinne früherer Perioden nicht weitergegeben werden und damit verlorengehen können.

Der so verstandenen «*historischen Betrachtung*» (Th. Spoerri 1957 [10]) kommt im Methodengefüge der Psychiatrie die Bedeutung einer übergeordneten kritischen Funktion zu, die zum einen die impliziten Voraussetzungen und Hintergründe aktueller Konzeptionen aufzudecken und ihre Innovationsansprüche zu relativieren vermag; andererseits aber kann sie aus ihrer metatheoretischen Position heraus die Überwindung der die Entwicklung der Psychiatrie seit jeher bis heute überschattenden Divergenzen und Polarisierungen erleichtern: Die Psychiatriegeschichte erweist sich demnach als eine vermittelnde und grössere Transparenz ermöglichende Instanz des *wissenschaftstheoretischen Verstehens*, die einen wesentlichen und meines Erachtens unausgeschöpften Beitrag zum Selbstverständnis der Psychiatrie als *Seelenheilkunde* leisten könnte.

III.

Die Sonderstellung der Psychiatrie innerhalb der medizinischen Disziplinen resultiert daraus, dass in den krankhaften Befunden wie auch in deren Erfassungsweisen und sogar auch in der Krankhaftigkeit der Krankheiten, mit denen sie es zu tun hat, eine nicht zu beseitigende *Subjektivität* enthalten ist. Die *Krankheit*, die man hat, und das Leiden an ihr, das individuelle *Kranksein* fallen hier – anders als in der gesamten übrigen Medizin – untrennbar zusammen: Die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung wird heute zu meist anhand eines operationalisierten Kriterieninventars erstellt, wobei als epistemische Voraussetzung eine irgendwie korrespondierende Beziehung zwischen der psychopathologischen Symptomatik und den dazu gehörigen (hypothetischen) somatischen Krankheitsprozessen bzw. – in aktueller Terminologie – neuronalen Netzwerk dysfunktionen angenommen wird. Klinische Psychiatrie stösst also eo ipso immer auf das Leib-Seele-Problem.

Seelische Erkrankungen entstehen und verlaufen unter dem komplementären Doppelaspekt von Naturvorgang und biographisch-bedeutsamem Ereignis. Psychiatrie als Wissenschaft muss daher versuchen, ihr Gegenstandsgebiet immer in einem konstitutiven Wechselbezug zwischen der biologisch-organismischen Bestimmtheit des Menschen einerseits und den Geschehnissen und Widerfahrungen seiner Geschichtlichkeit andererseits auszuloten und diese ihr inhärente Spannung auszuhalten, ohne in reduktive Ideologien abzugleiten.

Alle redliche psychiatrische Forschung natur- und kulturwissenschaftlicher Provenienz bleibt

daher dem empirisch-methodischen Dualismus in der Nachfolge von Karl Jaspers und Kurt Schneider verpflichtet, der die kategorialen Differenzen zwischen den verschiedenen anthropologischen Dimensionen stets im Blick behält, ohne sich zu holistischen Spekulationen zu versteigen. Es ist bemerkenswert, dass sich diese nüchtern-skeptische wissenschaftstheoretische Position als «*explanatory dualism*» auch in einem «*psychiatrischen Dialog über das Körper-Seele-Problem*» wiederfindet, der 2001 im *American Journal of Psychiatry* publiziert wurde – allerdings ohne jeglichen Bezug auf die kontinental-europäische Tradition (Kendler 2001 [11]). Im Sinne dieses empirischen Dualismus konnte Tellenbach (1987) [12] einmal in einem treffenden Bild den praktisch tätigen Psychiater, der je nach klinischer Notwendigkeit gezwungen ist, seinen methodischen Standort immer wieder zu wechseln, als das «*Methodenchamäleon unter den Medizinern*» bezeichnen.

Jakob Wyrsch formulierte in seiner Berner Antrittsvorlesung (1938) [13] prägnant: «Die Psychiatrie steht in der Mitte zwischen den exakten Wissenschaften und den reinen Geisteswissenschaften, ist in beiden Bereichen etwas beheimatet, nimmt ihre Fragestellungen aus beiden Reihen und bemüht sich darum, die seelisch abnormen Erscheinungen nicht nur ursächlich zu erklären, sondern soweit es möglich ist, auch zu verstehen» (1938, S. 61). Die hier aufscheinende, bis heute kontrovers diskutierte wissenschaftstheoretische Dichotomie von Erklären und Verstehen bzw. (nach Windelband) von nomothetischer und idiographischer Erfahrungsrichtung (Heimann 1991 [14]) bildet bekanntlich einen Eckpfeiler der «*Allgemeinen Psychopathologie*» von Karl Jaspers. Die dort postulierte strikte Trennung und Polarisierung beider Erkenntniswege darf jedoch heute als überwunden und obsolet gelten, wenn man die Weiterentwicklung und den gegenwärtigen Stand der Erklärens- und Verstehenskontroverse in Philosophie und Wissenschaftstheorie betrachtet. Als besonders geeignet für die Eigenart der Psychiatrie als praktischer Wissenschaft erscheint mir der Vorschlag von Pöggeler (1994) [15], die Dualität von Erklären und Verstehen durch den Modus des *Erörterns* zu erweitern. Ausgehend vom *gleichberechtigten Nebeneinander* von nomothetischen und idiographischen Methoden (Tölle 1991 [16]) müssen beide Erfahrungsrichtungen zunächst hinsichtlich ihres *spezifischen Leistungssinnes* erörtert werden, um sie dann «objektgerecht», d.h. auf den kranken Menschen und seine Notsituation, anwenden zu können. Der immense Zuwachs des neurobiologischen Grundlagenwissens, die Entwicklungen in Pharmako- und

Psychotherapie und das weitgehende Voranschreiten des Validierungsparadigmas in Diagnostik und Therapieforschung belegen beeindruckend und fraglos den Leistungssinn der erklärenden Methoden für das Gesamtgefüge der Psychiatrie. Dagegen ist es heute aber nicht mehr selbstverständlich, die Frage nach der Rechtfertigung eines idiographisch-qualitativen Zuganges zum psychiatrischen Erfahrungsraum zu stellen. Sein bleibendes Erfordernis liegt wohl in der jedem Psychiater vertrauten Anmutung begründet – und dabei darf ich auf Gadamer (1993) [17] rekurrieren –, dass jenes geheimnisvolle Dunkel, das über der Faktizität des Psychotischen liegt, durchaus nicht seine beunruhigende Unverständlichkeit verliert, auch wenn uns heute früher ungeahnte Möglichkeiten der pharmakotherapeutischen Beherrschung psychiatrischer Symptome zur Verfügung stehen. Eine hier einsetzende verstehende Psychopathologie lässt sich daher auch als ein behutsam-vorsichtiger Weg beschreiben, sich um methodische und begriffliche Klarheit zu bemühen beim Eindringen in das Dunkel psychiatrischer Erfahrung.

Eine gewisse Analogie zur Dreiheit von Erklären, Verstehen und Erörtern mag man in der auf Peirce zurückgehenden Erweiterung der Dualität von Induktion und Deduktion durch den Begriff der *Abduktion* sehen, auf den Heimann in seiner wichtigen Studie «Über die Perspektivität psychiatrischer Befunde» hinweist. Mit Abduktion bezeichnet Peirce den «schöpferischen kreativen Aspekt neuer Ideen», also eine Erkenntnis-erweiternde logische Operation: «die Deduktion liefert den Beweis, dass etwas sein muss; die Induktion zeigt, dass etwas wirklich wirkt; die Abduktion schließlich legt nahe, dass etwas sein kann» (Heimann 1987 [18], S. 18).

Doch zurück zur klinischen Situation: Die psychotischen, etwa schizophrenen *Symptome* beziehen sich – neben ihrem morbusverweisenden Zeichencharakter – als *Phänomene* auch auf den kranken Menschen: Äussert sich doch in den erhobenen Befunden, die hinsichtlich ihres möglichen Symptomcharakters zu analysieren sind, vordringlich die in sich selbst veränderte kranke Person. Da im klinischen Befund also beides erscheint, die schizophrene Krankheit wie auch der schizophrene Mensch, erfordert bereits die diagnostische Anfangssituation (Avenarius 1968 [19]) schwierige Deutungsanstrengungen: Der Psychiater muss versuchen, auch das Subjektive an den fraglichen Krankheitszeichen zu verstehen, wenn er ihren Symptomwert adäquat beurteilen will. Müller-Suur (1968) [20], auf den ich mich hier beziehe, hat darauf hingewiesen, dass sich dieses subjektive Kranksein in vielen Fällen nicht auf

klinisch-verifizierbares Tatsächliches, sondern auf ein Nicht-Tatsächliches bezieht, wie z.B. im melancholischen Wahn auf die Annahme, selbst nur sündig, verloren und nicht krank zu sein.

Wir stossen also bereits in der täglichen klinischen Praxis – vor aller methodologischer Reflexion – auf die *Unhintergebarkeit der Subjektivität* im Erfahrungsraum der Psychiatrie, die in einem weiteren Denkschritt dann auch auf die *Unhintergebarkeit der Individualität* unserer Patienten verweist.

Karl Jaspers hat dieses eindringlich betont: Der Psychiater müsse sich bei der Untersuchung seines Patienten neben der Beachtung fester Gesichtspunkte und leitender Ziele, also der Orientierung am fachlichen Tatsachenwissen, vor allem «der Individualität des Kranken hingeben und ihre Eigenart zu Wort kommen lassen» ([5], S. 315).

IV.

Zu den Aufbaumomenten psychiatrischer Praxis, die aus meiner Sicht auch künftig ihre Gültigkeit behalten werden und in gewisser Hinsicht sogar konstitutiv für die Psychiatrie und Psychotherapie sind, gehört das bereits angeklungene *Verstehen*. Dieser schillernde und eine Fülle grundlegender Probleme aufwerfende Begriff bezeichnet jenen sich im psychiatrischen Alltag vollziehenden zwischenmenschlichen und auf *Wechselseitigkeit* beruhenden Vorgang, bei dem wir uns auf unser Gegenüber, etwa den psychotisch gewordenen Anderen, einlassen und uns dabei von ihm irgendwie auch betreffen und bewegen lassen. Verstehen meint aber auch eine spezifische, wissenschaftstheoretisch als hermeneutisch zu qualifizierende Erkenntnismethode: Der Begriff «Verstehen» oszilliert demnach zwischen den Ebenen lebensweltlicher Praxis und methodischer Reflexion, die sich in der konkreten Situation zwischen dem Psychiater und seinem Patienten untrennbar miteinander verschränken; diese schwierige Position mag aber sicherlich auch die beliebten Abwertungen des Verstehens als vor- und unwissenschaftlich begünstigen.

Verstehen stellt in einer allgemeinen Bedeutung eine Weise des Sinn-Erfassens dar. Als Gegenstand und Ziel eines solchen hermeneutischen Vorgehens gelten die *Auslegung* des Sinnes und der Bedeutung von sprachlichen Ausdrücken, Handlungen und menschlichen Kulturschöpfungen (Ineichen 1991 [21]). Dabei ist allerdings die zirkuläre Struktur eines solchen Erkenntnisweges zu beachten, der ständig zwischen dem Vorverständnis eines Gesamtzusammenhanges und dem

konkreten Verstehensobjekt, also zwischen dem Sinngehalt und dem Bedeutungselement, kritisch vermitteln muss (Gadamer 1960 [22]). Das konkrete Verstehen stellt einen wesenhaft sozialen Akt dar, der als ein Prozess der Verständigung zwischen einem Verstehen-Wollenden und einem zu verstehenden, Verständnis-suchenden Anderen oder aber eben dieses Verstehen Zurückweisenden zu beschreiben ist. Allem Verstehen ist eigentümlich, dass es nicht erzwungen werden kann; es setzt den uns zugewandten Horizont eines Anderen voraus, dessen Fremdheit die Möglichkeit eines Anders-sein-Könnens aufscheinen lässt: eine genuin psychiatrische Erfahrung.

Es ist zu bedenken, dass die sprachlichen Mitteilungen psychotischer Menschen immer auch einen Versuch der Selbstausslegung ihres Anders-Gewordenseins repräsentieren. Die sich hierauf beziehende interpretative Forschung in der Psychopathologie setzt eine Einstellung voraus, die das psychopathologische Syndrom als ein komplex konstituiertes seelisch-geistiges Sinngebilde *anerkennt*, das keinesfalls nur unter rein defizitären Gesichtspunkten betrachtet werden darf. Auf der kommunikativen Ebene entspricht dieser Erkenntnisintention eine Grundhaltung des *Ernstnehmens* der Person des Patienten: Ludwig Binswanger bezeichnet in der Einleitung zu seiner «Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie» diese Persönlichkeit des Anderen als die «anschauliche Wirklichkeit, mit der die Psychiatrie es zu tun hat» (1922 [23], S. 1).

In der Explorationssituation erfahren wir uns gegenüber einem psychotisch gewordenen Mitmenschen, der uns etwa seine wahnhaften und halluzinatorischen Erlebnisse, seine abgründige Angst oder seine melancholische Versteinigung mitzuteilen versucht oder aber in mutistischer Verschlussheit den dialogischen Zugang erschwert. Das explorative Vorgehen lässt sich bei aller notwendigen Systematisierung und Strukturiertheit des Erkundungsfeldes als eine Kunst ohne fest bestimmte Regeln umschreiben, die vom erfahrenen Psychiater die Sensibilität für solche unvorhergesehenen ereignishaften Augenblicke des Gespräches erfordert, in denen ein behutsames Fragen plötzlich einen Einblick in bis dahin noch unerschlossene, aber subjektiv bedeutsame Erlebnishorizonte des Patienten eröffnen kann. Nicht zuletzt von daher eignet dem Explorationsgespräch – ähnlich wie dem verwandten psychoanalytischen Erstinterview – auch ein therapeutisches Moment (Jacob 1967 [24], Argelander 1970 [25]). Beim Sich-Einlassen auf den Anderen kann uns ein Gefühl von Befremdung und Irritation erfassen: Die Erfahrung der Verrückung eines Mitmenschen

in seinem Psychotisch-Gewordensein, die ihn in gleichem Masse sich selbst wie den Anderen entfremdet, bedingt dann einen Bruch und dadurch eine Beunruhigung unseres vertrauten lebensweltlichen Erfahrungsstils. V. v. Gebattel [26] hat den hieraus erwachsenden «psychiatrischen Affekt der Verwunderung» beschrieben: Dieser, der Faszination verwandt, widerspiegelt unser Erlebnis der Begegnung mit dem unerklärlich anderen Menschen. Diese Erfahrung impliziert aber auch eine Anfrage an die Person und das Selbstverständnis des Psychiaters. Im klinischen Alltag und im Wissenschaftsbetrieb übergehen und verdrängen wir nicht selten dieses ursprüngliche Bewegtwerden und Betroffensein durch das so unvertraut anmutende Anderssein und die Not des Kranken. Wir bedenken selten, dass wir uns im Umgehen mit dem Seelisch-Anderen ständig an den Grenzen der intersubjektiv konstituierten Alltagswelt bewegen. In solcher Hinsicht lässt sich die psychiatrische Situation als eine *soziale Grenzerfahrung* beschreiben. Im Erfassen der Erlebniswelt eines psychotischen Mitmenschen ist vom Psychiater die Bereitschaft zum Grenzüberschreiten gefordert, um somit die Fremdheit des Anderen und die Sphäre der vertrauten gemeinsamen Lebenserfahrung miteinander zum Einklang zu bringen. Der zwischenmenschliche Vorgang des Verstehens wird daher auf Seiten des Verstehenden durch eine spezifische *dialektische Dynamik von Überschreiten und Vermitteln* gekennzeichnet.

Alles Verstehen ist infolge der ihm wesenseigenen subjektiven Relativität und Begrenztheit einem mehr oder weniger grossen Risiko des Missglückens ausgesetzt, so dass die Verstehensintention dann ungünstigenfalls ein Nicht- oder Missverstehen des Anderen zur Folge haben kann. Zu bedenken bleibt auch, dass alles Verstehenwollen einen Rest des Nichtverstehens hinterlässt. Heiman hat in seinem Aufsatz über den «Einfluss von Karl Jaspers auf die Psychopathologie» (1950) [27] darauf hingewiesen, dass psychologisches Verstehen von zwei Sphären des Unverständlichen eingekreist wird: dem der Existenz als dem unverfügbaren Ursprung des personalen Sich-Entwerfens und jenem anderen Unverständlichen, das in den kausalen Gegebenheiten des Leiblichen liegt. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass jeder sprachliche Verstehensakt einen offenen Horizont des Nicht-artikulierten und noch zu Artikulierenden setzt. Dem Verstehen eignet also eine in seinem Wesen selbst begründete *Unruhe*. Bereits Schleiermacher verwarf die Möglichkeit eines bruchlosen, harmonisierenden Verstehens in seinem Diktum, «dass das Nichtverstehen sich niemals gänzlich auflösen will» (vgl. hierzu Jauß 1994 [28]).

Die auf das Verstehen des Patienten gerichtete Explorationssituation ist ungeachtet ihrer strukturellen Asymmetrie aber sehr wohl auch durch *Wechselseitigkeit* gekennzeichnet. Hieraus folgt, dass im Verstehen auch immer in mir als dem Verstehenden etwas geschieht. Die Intention des Verstehens schliesst eine reine Beobachterposition aus, vielmehr ist vom Verstehenden das Einbringen seiner Person mit all ihren Resonanzflächen gefordert. Die kreative Unruhe des Verstehens, von der eben die Rede war, bedarf im Umgehen mit dem Anderen der Ergänzung durch eine Haltung der *Geduld* des Verstehens, die überhaupt erst die eigentümlich schwebende Atmosphäre eines offenen Gesprächsraums ermöglicht. Die Selbstwahrnehmung dieses wechselseitigen Geschehens in der Verständigung mit dem Anderen ist nun aber für die Entwicklung und das Gelingen der therapeutischen Beziehung von erheblicher Bedeutung.

Heimann verweist in seiner Abschiedsvorlesung auf die Bedeutung der ursprünglichen, in der Kommunikation mit dem Patienten hergestellten Atmosphäre: «Deshalb bestimmen Lebenserfahrung, Weite des Horizontes, Interessen und menschliche Kommunikationsfähigkeit des Psychiaters das, was in der Situation mit seinem Patienten auffällt und thematisiert werden muss» (Heimann 1991 [14], S. 395).

In diesem Zusammenhang stellt sich das so komplexe Problem der *Einfühlung*: Gemeint ist damit jener innere Vorgang des Sich-hineinversetzens in den Erlebniszusammenhang eines Anderen, das aber nie die originäre Fremdheit und Distanz des Gegenüber aufzuheben vermag: «Verstehen ist nicht das Sich-Identifizieren mit dem Anderen, wobei die Distanz zu ihm verschwindet, sondern das Vertrautwerden in der Distanz» (Plessner [29]). Ein solches einfühlen des Verstehen bedingt gleichwohl auch eine «Veränderung unseres eigenen Selbst» (Th. Lipps [30]); Lévinas [31] spricht sogar von einem «Erleiden des Anderen» im Vollzug des Sich-Einfühlens. Theunissen hat diesen Widerfahrnischarakter, also das entmächtigende Moment in der verstehenden Einfühlung als «Veränderung», als ein Anders-Werden des Verstehenden bezeichnet [32].

Das beschreibende Erfassen (Wyrsh) des Erlebens eines psychotischen Anderen im explorativen Gespräch setzt auf seiten des Arztes eine Bereitschaft zum Sich-beeindrucken-Lassen durch das Gegenüber voraus, die sich dann als Partizipation und vorübergehende partielle Identifikation in der Begegnung konkretisiert. Die diesem zugrunde liegenden Gefühlsbewegungen lassen sich mit Max Scheler in ein *nachfühlendes Verstehen*

und das *Mitfühlen* unterscheiden: Im letzteren ist die Schranke zwischen Ich und Du durchbrochen, hier kommt es zu einem unmittelbaren Berührtwerden durch das Gefühlserleben des Anderen; in der psychiatrischen Situation etwa zum Mitleiden mit der seelischen Not eines Patienten.

Es ist demnach zu folgern, dass wir bei dem Versuch, einen psychotischen Menschen zu verstehen, einen wesenhaft pathische Aspekte einschliessenden Erkenntnisweg beschreiten, der unser konkretes Umgehen mit dem Kranken nachhaltig prägt.

Die hier nur anzudeutende *psychodynamische Dimension des Verstehens* umfasst die Problemfelder von *Empathie* und *Identifikation*. Im empathischen Gewahren des Anderen fluktuieren wir zwischen den Positionen von emotionaler Teilhabe am Du und der reinen Beobachtung des Anderen; dabei schweben wir aber in der zweifachen Gefährdung des bedenkenlosen Abgleitens in die Identifikation mit dem Kranken einerseits, die sich bis hin zu einer therapeutisch verhängnisvollen Gefühlsansteckung steigern kann, und der distanzierenden Abwehr seiner Person andererseits. Das kontrollierte Umgehen mit dem eigenen empathischen Potential und die in der Selbsterfahrung ausgebildete Fähigkeit zur Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung setzen eine differenzierte Introspektionsbereitschaft und Empathiefähigkeit des Verstehenden voraus. Vom Psychiater ist daher ein fortdauernder, sein ganzes Berufsleben begleitender Lern- und Wachstumsprozess der Verstehensfähigkeit gefordert; dieser beinhaltet, sich vom Anderen klar abgrenzen zu können, dabei sich aber gleichzeitig eine hohe Transparenz der eigenen Ich-Grenzen zu erwerben. Die Steigerung der empathischen Wahrnehmungsfähigkeit wird dabei der gleichfalls notwendigen Steigerung des distanzierten Konstatierens vorangehen müssen.

Der so beschriebene Erkenntnisvorgang des Verstehens gründet sich also auf *emotionale Voraussetzungen*, auf Gefühlsvorgänge und Gefühlszustände (Fremdwertgefühle im Sinne von Kurt Schneider), ebenso aber auch auf die angedeuteten *Werthaltungen*. Das Verstehen ist daher den wesenssozialen Akten im Sinne von Max Scheler zuzuordnen, die immer mit Wertproblemen verknüpft sind. Das konkrete Verstehen in der klinisch-psychiatrischen Situation bildet die Ausgangsbasis der *interpretativen Forschung* in der Psychopathologie, deren Empirie das Erleben des Anderen darstellt. Als das Gütekriterium eines solchen interpretativen Vorgehens fungiert nun nicht das Richtigkeitskriterium kausalanalytischer Erkenntnis, sondern die *Stimmigkeit* der Interpre-

tation, die mehr oder weniger zutreffend oder ganz unzutreffend erscheinen kann. Das impliziert aber, dass das richtige Stimmen einer Interpretation, wenn es sich nicht deutlich um eine unzutreffende Interpretation handelt, immer nur mehr oder weniger zutreffend sein kann. Somit wird sich diejenige Interpretation als zutreffend erweisen, die alle auslegbaren Aspekte eines «Verstehensobjektes» in einen kohärenten – formal und inhaltlich stimmigen – Zusammenhang bringt und so seinen Sinn konstruiert (Geldsetzer 1992 [33]). *Evidenz* und *Plausibilität* einer Auslegung besitzen aber keinen allgemein verbindlichen Geltungscharakter, sie erschliessen sich erst in einem situativ bestimmten Vermittlungsprozess zwischen den Gesprächspartnern bzw. den Textrezipienten. Es wird meines Erachtens zu wenig beachtet, dass Hermeneutik als eine synthetisch konzipierte Auslegungslehre eben auch ein kritisch-analytisches Moment als Vorbedingung erfordert und daher ihre Vorgehensweisen einer ständigen Überprüfung unterziehen muss.

V.

Eine für die therapeutische und psychopathologische Entwicklung der Psychiatrie eher hinderliche und nachteilige Hypothese der «klassischen» deskriptiven Psychopathologie, die man auch als eine Folgelast bezeichnen könnte, stellt das – oft mit dem Namen von Karl Jaspers verbundene – *Unverständlichkeitstheorem* des Psychotischen, insbesondere in Gestalt des schizophrenen Erlebens und Verhaltens, dar. Bekanntlich wurde dieses «Jaspers-Theorem» (v. Baeyer) zum Ausgangspunkt einflussreicher, auch heute noch wirksamer Denk- und Forschungsbewegungen in der Psychiatrie, die in einem erkenntnistheoretischen Kurzschluss der inkommensurablen Dimension im psychotischen Erleben als einem Nicht-Verstehbaren und letztlich Sinnlosen eine somatische Genese unterschoben und diese damit auf ein direkt morbogenes Symptom reduzierten. Ein solcher epistemischer Kurzschluss erkennt aber die Komplexität der «schizophren» genannten Syndrome und Verlaufsgestalten, in deren Pathogenese sich somatogene, psycho- und soziogene Faktoren in vielschichtigen Relationen miteinander verschränken, die wir – trotz unseres immens gewachsenen empirischen Wissens – auch heute noch nicht genügend durchschauen.

Das von Jaspers, Gruhle und auch Kurt Schneider postulierte Nichtverstehen des schizophrenen Kranken durch den Untersucher bezeichnet aber zunächst nur die von diesem selbst zu eng gezo-

genen Grenzen des kommunikativen Zuganges zum Anderen. Zu Recht bemerkt Heimann (1950) kritisch, dass Jaspers mit dem genetischen Verstehen bei einzelnen Krankheitsbildern sehr früh aufgehört und sich gegenüber der – durch E. Bleuler vorgegebenen – verstehenden Ableitung mancher sekundärer Symptome bei der Schizophrenie «sehr reserviert» verhalten habe [27]. Eine in solchem Masse nicht gerechtfertigte Hypostasierung des Unverständlichen – wie etwa bei Jaspers – resultiert nun aber nicht zuletzt aus der mangelnden Beachtung der beschriebenen emotionalen Dynamik zwischen den Verstehenspartnern; daneben beruht sie auf einer nicht ausreichenden Berücksichtigung der aufgezeigten konstitutiven Bedingungen des Verstehensaktes als solchem (Schmidt-Degenhard 1993 [34], 1997 [35]).

Auf diese impliziten Schwächen der Jasperschen Psychopathologie-Konzeption haben J. und S. Frommer (1990) [36] in einer sorgfältig die Quellentexte heranziehenden, ideengeschichtlichen Studie hingewiesen: Gegen die Position von Jaspers, der den Begriff des Verstehens in der Nachfolge Diltheys auf das unmittelbare Sich-einfühlen-Können in fremdseelische Zusammenhänge einengt, führen die Autoren den erweiterten Verstehensbegriff bei Max Weber an. J. und S. Frommer zitieren aus einem kritischen Brief Max Webers an Gruhle (1913), dass «das Spezifische der verstehenden Psychologie und Psychopathologie aller Art (inkl. Freud) und auch die spezifische Wandlung des Symptom-Begriffs [...] doch darin» liege, «dass da eine *sinnhafte Bezogenheit* des psychischen Geschehens vorliegt, das Symptom etwas inhaltliches bedeutet: ein Grundgegensatz gegen alle eigentlich naturwissenschaftliche Begriffsbildung» ([36], S. 400).

Max Weber hält also auch ein Sinnverstehen von zunächst und vordergründig unverständlich-anmutendem Erleben und Verhalten für möglich: Dieses erweiterte Verstehen begreift sich bei der Erhellung solcher verborgener, oft affektbeladener Sinnzusammenhänge als ein *rekonstruktiver Erkenntnisprozess*, der sich aber seiner philosophisch-theoretischen Voraussetzungen und spezifischen Erfahrungsgrundlagen, wie sie etwa die Psychoanalyse und auch die Phänomenologie vorgeben, stets bewusst bleiben muss.

Diese indirekte Kritik Max Webers am Unverstehbarkeitstheorem der sich auf Jaspers berufenden Psychopathologie ist gerade in geistesgeschichtlicher Hinsicht bemerkenswert, da Karl Jaspers sein eigenes philosophisches wie psychologisch-psychopathologisches Denken immer auch als ein «Denken im Blick auf Max Weber» (Henrich [37]) verstand.

Das Überschreiten dieser im Umgang mit psychotischen Menschen zu eng gezogenen Verstehensgrenzen ist bekanntlich der Tübinger Forschungstradition, die sich mit den Namen von Gaupp, Kretschmer, O. Kant und auch von Alfred Storch verbindet, zu verdanken – daneben aber auch bedeutenden Schweizer Psychiatern und Psychopathologen. Deren Erfahrungshintergrund bildete dank der besonderen institutionellen Bedingungen einer dort gegebenen Einheit von Akutklinik und Langzeitanstalt das mitunter jahrzehntelange Zusammenleben und wohl auch emotional-solidarische Zusammenwachsen mit den Kranken: Ein vertieftes Verstehen des Anderen ist eben auch an die gemeinsame Zeit an einem gemeinsamen Ort gebunden, an dem sich ein wirkliches Einander-Kennenlernen entwickeln kann. Diesen weiten Verstehenshorizont spürt man etwa in den Texten eines Jakob Klaesi [38] oder eines Jakob Wyrsch [39], mit anderer Schwerpunktsetzung dann in den daseinsanalytischen Schizophrenie-Studien Ludwig Binswangers [40]. Diese aus dem alltäglichen Umgehen mit schizophrenen Menschen erwachsenen, gerade in klinisch-psychopathologischer Hinsicht reichhaltigen Arbeiten, denen eine «qualitativ-natürliche» Erfahrung im Sinne Husserls zugrunde liegt, gehören aus meiner Sicht daher weniger zum sich stets verändernden psychiatrischen Expertenwissen (Heimann); eher sind sie dem Kanon einer zeitgeistunabhängigen *psychiatrischen Menschenkunde* zuzuordnen, die man mit einem – zugegebenermassen – antiquierten Begriff auch als «psychiatrische Weisheitslehre» bezeichnen könnte.

Die Erfahrung des verstehenden Umgangs mit schizophrenen Menschen lässt uns *zwei unterschiedliche Erlebens- und damit auch Wirklichkeitsbereiche* erkennen, die für die Pathogenese und Gestaltungsdynamik der psychotischen Symptomatik, insbesondere der paranoid-halluzinatorischen Ausformungen bestimmend sind.

Dem unmittelbaren originär-psychotischen Erleben, welches das eigentliche psychotisch Unverständliche darstellt, ist das gestaltete Wahnerleben gegenüberzustellen, das in der Untersuchungssituation zunächst auch un verstehbar anmuten kann. Mit dem Begriff des psychotisch Unverständlichen ist die spezifische Qualität der *psychotischen Eigenerfahrung* gemeint: Das angstvoll erlittene Infragegestelltwerden seiner Selbst und aller bisherigen Welterfahrung bedeutet ein Erleben der Selbstentmächtigung, dem sich der Kranke ausgeliefert weiss, das er aber nicht begreifen und verstehen kann. Dieses Erleben eines Unverständlichen ist aber kein kommunikativ begründetes Nichtverstehen, das ja prinzipiell auflösbar

wäre. Der Kranke trifft hier vielmehr auf etwas Unverständliches, das ihn und sein Weltverständnis in spezifischer, nämlich psychotischer Weise radikal verunsichert. Dieses primäre psychotisch Unverständliche wird nun aber in der Sinngestalt des konkreten Wahns in eine Sphäre der Bedeutungshaftigkeit überführt, die für den Kranken eine gewisse Einsichtigkeit und kognitive Sicherheit verbürgt und die jetzt auch mitteilbar wird. Zwischen diesen beiden Erlebensebenen, der originär psychotischen Erfahrung einerseits und der konkreten wahnhaften Symptomatik andererseits, besteht nun offenbar eine auf bestimmten strukturalen Affinitäten beruhende Verknüpfungsdynamik, die sich als eine *Dynamik der Sinngebung* charakterisieren lässt (Müller-Suur 1955 [41], Feldmann und Schmidt-Degenhard 1997 [42], 2000 [43]).

In diesem Gestaltungsprozess spielen die *imaginativen Potenzen* des Menschen eine zentrale Rolle (Schmidt-Degenhard 1994 [44], 1995 [45]). In einer solchen Perspektive kann der konkrete Wahn als eine spezifische Manifestationsform des Imaginären verstanden werden. Diese imaginativ fundierte Erlebnisweise gewinnt nun in der psychotischen Abwandlung gegenüber der intersubjektiv verbindlichen Realität den dominierenden Wirklichkeitsakzent. Dabei aber wird vom erlebenden Subjekt die Wahnwelt selbst nicht mehr als etwas Fiktional-Irreales erfasst, vielmehr wird sie als eine unbezweifelbare Erlebniswirklichkeit erfahren. Müller-Suur spricht hier von einem «Nicht-als-wahr-begreiflichen-Wirklichen» im Wahnerleben, das als ein Imaginäres zu begreifen ist, und wirft damit die Frage nach der Art von Wirklichkeit auf, die im Wahn mimetisch «abgebildet» wird (Feldmann 1991 [46]). In diesem Erscheinungsspektrum der Imagination besteht eine dimensionale Verbindung der wahnhaften zu den unterschiedlichen halluzinatorischen Erlebnisweisen, die gleichfalls als Ausformungen der Einbildungskraft interpretiert werden können.

Die materialen Bedeutungsgehalte und biographischen Hintergründe des Wahnerlebens erschliessen sich bei der therapeutischen Annäherung an die Person des Kranken einem tiefenpsychologischen und daseinsanalytischen Verständnis. Die hier aufgezeigte hermeneutische Perspektive bemüht sich darüber hinaus aber in der von Max Weber aufgezeigten Intention um eine *interpretative Rekonstruktion des Ursprünglich-Psychotischen*: Dieses stellt die entscheidende Voraussetzung der verstehbaren Wahndynamik dar, als solches bleibt es aber immer als ein «bestimmtes Unverständliches» im Sinne von Müller-Suur anzuerkennen. Es geht bei diesem Verstehen also

nicht um eine – letztlich vergebliche – Aufhebung des psychotisch Unverständlichen, wohl aber um die verdeutlichende Erhellung seiner Struktur, die uns dann einen kommunikativen Zugang zum psychotischen Mitmenschen zu öffnen vermag.

VI.

Abschliessend möchte ich jetzt zum Ausgangspunkt dieser weit ausholenden Überlegungen zurückkommen: zur Frage nach der Berechtigung einer solchen verstehenden Psychopathologie innerhalb der sich tiefgreifend verändernden Psychiatrie der Gegenwart. Man wird vielleicht zustehen, dass das hier geübte erweiterte Verstehen zu einer Humanisierung des Umgehens mit seelisch Kranken beigetragen hat: Immerhin gingen die wesentlichen ideellen Anstösse zu den sozialpsychiatrischen Reformbewegungen von der Daseinsanalyse und der anthropologischen Psychiatrie aus. Es geht hier aber nicht um eine wohlwollende historische Reminiszenz, sondern um eine Anfrage an die konkrete klinisch-therapeutische Praxis der modernen Psychiatrie. Unser Wissen um die pathogenetischen Determinanten psychiatrischer Erkrankungen ist beeindruckend gewachsen, uns stehen pharmako- und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, dank derer sich die Psychiatrie zu einer therapeutisch-aktiven und hoffnungsvollen medizinischen Disziplin gewandelt hat. Es ist bemerkenswert, dass das Thema «Lebensqualität seelisch Kranker» erst im Zusammenhang mit der Entwicklung der sogenannten atypischen Neuroleptika wissenschaftlich hoffähig wurde. Gerade dieser zumeist empirisch-metrisch konzipierten Forschung sei ein – vielleicht horizonterweiternder – Blick auf das Erbe der verstehenden Psychopathologie empfohlen, die sich seit jeher mit den Lebensformen des Seelisch-Anderen beschäftigte.

Wilhelm Griesinger hat in seinem berühmten Vortrag zur Eröffnung der Psychiatrischen Klinik der Charité zu Berlin am 2. Mai 1867 [47] den wissenschaftlichen und den humanen Standpunkt im Selbstverständnis der Psychiatrie unterschieden. Beide können, müssen aber nicht identisch sein, wie die Geschichte unseres Faches beklemmend illustriert. Ich bin davon überzeugt, dass eine bezeugende Einstellung zur Person des psychotischen Menschen und seinem existentiell erfahrenen und erlittenen Kranksein auch heute eine dringliche Aufgabe psychiatrischer Praxis darstellt. Ohne dieses Bemühen würde sich unser Fach letztlich auf die Perfektionierung seiner immens gesteigerten therapeutisch-technischen Möglich-

keiten reduzieren. Abschliessend sei nochmals Wilhelm Griesinger zitiert, der «das Verständnis der kranken Seele selbst» als ein zentrales Forschungsziel der Psychiatrie postulierte und damit der Psychopathologie im Methodengefüge unseres Faches ihren unbestreitbaren Rang zuerkannte. Weiter heisst es dann: «In diesen Dingen müsse man die Kranken recht in ihr Inneres hineinverstehen, um sie richtig behandeln zu können» ([47], S. 127). Dieser Satz scheint mir von einer unverminderten Gültigkeit zu sein.

Literatur

- 1 Binswanger L. Der Mensch in der Psychiatrie. Pfullingen: Neske; 1957.
- 2 Ciompi L, Heimann H, Hrsg. Psychiatrie am Scheideweg. Was bleibt? Was kommt? Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1991.
- 3 Maier W. Psychiatrie als Beruf – Wie sieht die Zukunft aus? Nervenarzt 2002;73:96–7.
- 4 Baeyer Wv. Die Rolle der Psychopathologie. In: Vogel T, Vliegen J, Hrsg. Diagnostische und therapeutische Methoden in der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme; 1977. S. 11–22.
- 5 Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 1. Auflage. Berlin: Springer; 1913.
- 6 Janzarik W. Die Krise der Psychopathologie. Nervenarzt 1976;47:73–80.
- 7 Gaebel W. Krankheitstheorie und Identität der Psychiatrie. Nervenarzt 2001;72:329–30.
- 8 Mundt C, Spitzer M. Psychopathologie heute. In: Psychiatrie der Gegenwart. 4. Aufl. Bd. 1. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1999. S. 3–44.
- 9 Hartmann N. Zur Methode der Philosophiegeschichte. Kantstudien 1910;15:459–85.
- 10 Spoerri T. Die historische Betrachtung als Methode für die Psychiatrie. Bibl Psychiatr Neurol 1957;100: 11–20.
- 11 Kendler KS. A psychiatric dialogue on the mind-body problem. Am J Psychiatry 2001;158:989–1000.
- 12 Tellenbach H. Psychiatrie als geistige Medizin. München: Verlag für angewandte Wissenschaften; 1987.
- 13 Wyrsch J. Verstehen und Erklären in der Psychopathologie. Schweiz Med Wochenschr 1938;68:61–5.
- 14 Heimann H. Die Stimme der Psychiatrie im Konzert der medizinischen Fächer. Nervenarzt 1991;62:391–7.
- 15 Pöggeler O. Schritte zu einer hermeneutischen Philosophie. Freiburg, München: Alber; 1994.
- 16 Tölle R. Psychiatrie. 9. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1991.
- 17 Gadamer HG. Hermeneutik und Psychiatrie. In: Gadamer HG. Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1993.
- 18 Heimann H. Über die Perspektivität psychiatrischer Befunde. Fundamenta Psychiatrica 1987;1:15–8.
- 19 Avenarius R. Die diagnostische Anfangssituation. Nervenarzt 1968;39:51–6.

- 20 Müller-Suur H. Das Nicht-Tatsächliche in der Psychiatrie. Überlegung zu einer Grundlagenfrage. *Confinia Psychiatrica* 1968;11:236–45.
- 21 Ineichen H. Philosophische Hermeneutik. Freiburg, München: Alber; 1991.
- 22 Gadamer HG. Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Tübingen: Mohr; 1960.
- 23 Binswanger L. Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie. Berlin: Springer; 1922.
- 24 Jacob H. Wandlungen und Möglichkeiten der psychiatrischen Exploration. In: Petrilowitsch N, Hrsg. Zur Psychologie der Persönlichkeit. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1967. S. 234–50.
- 25 Argelander H. Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1970.
- 26 Gebattel Vv. Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer; 1954.
- 27 Heimann H. Der Einfluß von Karl Jaspers auf die Psychopathologie. *Monatsschrift Psychiatrie und Neurologie* 1950;120:1–20.
- 28 Jauß HR. Wege des Verstehens. München: Fink; 1994.
- 29 Plessner H. Zwischen Philosophie und Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1979.
- 30 Lipps T. Das Wissen von fremden Ichen. In: Lipps T. Psychologische Untersuchungen. Band 1. Leipzig: Engelmann; 1907. S. 694–722.
- 31 Lévinas E. Außer sich. München, Wien: Hanser; 1991.
- 32 Theunissen M. Der Andere. Studien zur Sozialontologie der Gegenwart. Berlin: Verlag de Gruyter; 1977.
- 33 Geldsetzer L. Hermeneutik. In: Seiffert H, Radnitzky G, Hrsg. Handlexikon zur Wissenschaftstheorie. München: dtv; 1992. S. 127–39.
- 34 Schmidt-Degenhard M. Aspekte des Verstehens psychotischer Menschen. *Fundamenta Psychiatrica* 1993;7:13–9.
- 35 Schmidt-Degenhard M. Die psychiatrische Exploration als offenes Feld zwischen Betroffensein und Verstehen. In: Selbstorganisation. Jahrbuch für Komplexität in den Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften. Band 7. Berlin: Duncker und Humblot; 1997. S. 217–28.
- 36 Frommer J, Frommer S. Max Webers Bedeutung für den Verstehensbegriff in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 1990;61:397–401.
- 37 Henrich D. Denken im Blick auf Max Weber. In: Hersch J, Lochman JM, Wiehl R, Hrsg. Karl Jaspers. Philosoph, Arzt, politischer Denker. München: Piper; 1986. S. 207–31.
- 38 Klaesi J. Über die Bedeutung und Entstehung der Stereotypen. Berlin: S. Karger; 1922.
- 39 Wyrsh J. Die Person des Schizophrenen. Studien zur Klinik, Psychologie, Daseinsweise. Bern: Haupt; 1949.
- 40 Binswanger L. Schizophrenie. Pfullingen: Neske; 1957.
- 41 Müller-Suur H. Der psychopathologische Aspekt des Schizophrenieproblems. *Arch Psychiatr* 1955;193:11–21.
- 42 Feldmann H, Schmidt-Degenhard M. Strukturelle Affinitäten des Unverständlichen im schizophrenen Wahn. *Nervenarzt* 1997;68:226–30.
- 43 Feldmann H, Schmidt-Degenhard M. Selbstgewissheit und Selbsttheit bei schizophrenen Wahnkranken. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000;86:49–53.
- 44 Schmidt-Degenhard M. Das Imaginäre in den phantastischen Erlebniszusammenhängen. *Nervenarzt* 1994;65:293–5.
- 45 Schmidt-Degenhard M. Wahn und Imagination. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1995;63:350–7.
- 46 Feldmann H. Zur Bedeutung der Darstellungsproblematik (Mimesis) im schizophrenen Wahn. *Nervenarzt* 1991;62:27–31.
- 47 Griesinger W. Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik in Berlin 1867. In: Griesinger W. Gesammelte Abhandlungen. Band 1. Berlin: Hirschwald; 1872. S. 127–51.