

0. Einführung

Das Elend der psychiatrischen Wissenschaft ist, dass sie nicht weiß, wie sie eine Wissenschaft sein oder werden kann. Diese Frage ist nicht beiläufig, sondern zentral: Sie hat Auswirkungen auch auf das tägliche praktische Handeln und macht die Psychiatrie zu einem Feld, in dem Dogmen, Wissensbestände, Glaubensüberzeugungen und Machtansprüche ungeklärt nebeneinanderstehen und -wirken. Das bewährte Heilmittel ‚Methode‘ – *das Agens* von Wissenschaft schlechthin – reicht diesfalls zur Klärung nicht aus: Die Methode selbst produziert das Problem, indem sie ‚den Menschen‘ in Körper und Seele zerlegt und unser Fach zu einem chimärischen Gebilde aus Natur- und Geisteswissenschaft macht.

Um die Psychiatrie methodisch auf eine tragfähige Grundlage zu stellen, ist eine epistemische Revision erforderlich. Drei Fragen stehen weiterhin zur Beantwortung aus: Das Problem der gegenstandsadäquaten Methode, das – tiefer gefasst – zur Frage nach dem Gegenstand/den Gegenständen der Psychiatrie wird, schließlich die Frage, wie die – ggf. mehreren – Gegenstände in ihrem Verhältnis zueinander zu bestimmen sind.

Dabei zeigt sich erstens, ‚die Psychiatrie‘ ist möglich nur als zusammengesetzte Wissenschaft, Unifizierungsstrategien lassen sich vorderhand nicht überzeugend begründen. Welches sind dann ihre Gegenstandsbereiche? Statt der Zwei-Welten-Konzeption von mental/physisch wird eine Drei-Welten-Konzeption vorgeschlagen. Welt 3 umfasst die geistigen Hervorbringungen des Menschen, die sich über ‚Sinn‘ erschließen. Dazu gehören auch die Entäußerungen unserer Patienten. ‚Sinn‘ wir damit zu einer objektiven, autonom existierenden Sphäre, unabhängig von seiner bewussten Repräsentation, ja außerhalb von Bewusstsein überhaupt.

Die in Wiederholungen festgefahrene Erklären-Verstehen-Debatte wird damit auf eine neue Grundlage gestellt, die anknüpft an ursprüngliche Intentionen von Droysen und Dilthey, Verstehen als ein Verstehen *objektiver* Sachverhalte zu begreifen. Das Potential dieser Vorgabe wird in der Aneignung zentraler geistesgeschichtlicher Strömungen der letzten 150 Jahre entbunden, deren Rezeption in unserem Fach ausgefallen ist: An die Stelle der klassischen Subjektivitätstheorie, in der das Subjekt der Welt *gegenüberstehend* gedacht wurde, rückt das In-der-Welt-sein (Heidegger, 1927/1972) des Menschen, *eingelassen* in deren Strukturen; *sie* werden zum Horizont aller möglichen Bedeutungen. Eine Hermeneutik, die dieser Transformation gewachsen sein will, muss selbst umgestellt werden: vom Paradigma der subjektiven Hermeneutik auf das Paradigma einer objektiven Hermeneutik.

Befreit von dem Dogma, Verstehen als psychischer Prozess habe es mit Psychologie zu tun, tritt an die Stelle des Nachvollzugs des vermeinten Sinns die Methode der Rekonstruktion der Fallstruktur (Oevermann et al., 1979). Im Verstehen wird verstanden, wie das Individuum sich durch fallspezifische Selektionen aus dem Gesamt der an jeder Interaktionsstelle objektiv möglichen latenten Sinnstrukturen spezifiziert und reproduziert, also sein Leben führt; nicht aber geht es darum, ein Inneres als vermeintlichen Steuermann dieses Prozesses zu erkennen. ‚Subjektivität‘ ist kein möglicher Gegenstand von Wissenschaft – und war es nie. Real ist nur das Selbstmissverständnis der Psychiatrie, die meint, Introspektion zu betreiben, wo sie tatsächlich Fallstrukturen erarbeitet. ‚Verstehen‘ ist damit nicht verabschiedet, sondern begrifflich und methodisch auf die ihm adäquate Form gebracht – und wissenschaftsfähig geworden.

So vom Kopf auf die Füße gestellt, kann die Psychiatrie zwar nicht *eine* Wissenschaft werden, wohl aber eine *wissenschaftlich* organisierte und arbeitende Disziplin, wenn sie denn ihre Gegenstände als *Wissens*-Gegenstände begreift und deren Zusammenhang in der Methodologie sucht und findet.

Was das für die Psychiatrie praktisch bedeutet, wird am Diagnostizieren gezeigt. Statt es zu verkennen als Prozedur, ein

Vorfindliches möglichst unverfälscht zur Darstellung zu bringen (Objektivierung), wird es als eine methodische Operation aufgefasst, den Gegenstand allererst in je spezifischer Weise hervorzubringen; Objektivierung *und* Subjektivierung, heteronomisierende Fest-Stellung *und* autonomisierende Frei-Stellung für neue Möglichkeiten, werden so zu zwei gleichberechtigten Konstitutionsweisen des Gegenstandes, legitimiert nicht durch ein methodisches Apriori, sondern durch das jeweilige Erkenntnisziel und die eingesetzten Methoden. Der *Ermöglichung* den ihr zukommenden Raum einzuräumen ist essentiell für eine Theorie therapeutischer Praxis, aber nicht ausreichend; denn klinisch muss unterschieden werden können, was bloß denkbar ist und was tatsächlich verwirklicht werden kann. Gefordert ist so etwas wie ein Laboratorium des Möglichen. Genau so funktioniert der therapeutische Raum, der nichts anderes ist als unsere wohl und neu verstandene Praxis: die Art und Weise, wie die Therapeuten sich selbst, ihre Patienten, deren Krankheiten und das Unternehmen der Therapie gemeinsam hervorbringen und zwar so, dass sie darin zu denjenigen werden, als die sie sich wechselseitig nehmen. *Das* ist die Logik therapeutischen Handelns; sie hat nichts zu tun mit der üblichen Psycho-Logik, nach der wir unser Handeln missverstehen.

I. Eine erkenntnistheoretische Bestandsaufnahme

Die Psychiatrie ist weit davon entfernt, eine Wissenschaft zu sein. Weder ist sie *eine* Wissenschaft in dem Sinne, dass sie einer einzigen, einheitlichen Konzeption der Gegenstandskonstitution und -analyse folgen würde beziehungsweise könnte. Das unterscheidet sie von erfolgreichen Nachbardisziplinen wie der Biologie, zum Teil auch von anderen medizinischen Fächern, die sich ganz oder wenigstens hinreichend im naturwissenschaftlichen Paradigma fassen lassen. Was dem im Fall von Psychiatrie/Psychotherapie entgegensteht, ist die Verfassung des namengebenden Gegenstandsbereichs: der Seele, moderner ausgedrückt des Mentalen, weiter gefasst der Dimension der Subjektivität und des Sozialen, auf den entscheidenden Punkt gebracht: der Sphäre des Sinns. ‚Sinn‘ lässt sich nicht somatologisch buchstabieren, daraus folgt der Geist-Körper-Dualismus.

Andererseits ist die Psychiatrie auch nicht *wissenschaftlich* in dem Sinne, dass die Gegenstände ihres Wissens tatsächlich als solche – nämlich als *Wissens*-Artefakte – konzeptualisiert würden, woraus sich eine *methodologische Ordnung* ergeben würde. Die Psychiatrie würde zu einer Schnittmenge unterschiedlicher Einzelwissenschaften und Methoden, zusammengehalten durch die Metaperspektive der Methodologie und deren Bezug auf den *einen*, jedoch selbst *außerwissenschaftlich* angesiedelten Gegenstand des seelisch erkrankten Menschen. Dieser von Jaspers (1913) vorgeschlagene Ordnungsrahmen hat sich nicht durchgesetzt. Dem stehen unterschiedliche Hemmnisse entgegen: die Gewohnheit, *die* Psychiatrie in Analogie zu anderen Wissenschaften als eine Einheit zu behandeln; der Wunsch, es möge so sein; die Konkurrenz der Somatiker und Psychiker um die Deutungshoheit; die hohe Komplexität, die bei der Handhabung eines methodologischen Ordnungsrahmens zu bewältigen

ist; nicht zuletzt die epistemologische Naivität der im Feld Forschenden und Handelnden.

In der Tat ist es in höchstem Grade irritierend, dass – sobald die Alltagserfahrung überschritten wird, in der die Angina pectoris Panik macht und die Angst Magenschmerzen –, dass also im Prozess der Übersetzung subjektiver Erlebensweisen in die Sprache der wissenschaftlichen Psychiatrie das Allerseלבstverständlichste der Wechselwirkung zwischen Geistig-Seelischem und Somatischem zu einer einzigen Fragwürdigkeit wird, ja zu einer Aporie. Diese schwer zu ertragende Absonderlichkeit übt Druck aus auf alle in diesem Gebiet Mittuenden, die Praktiker, die Patienten, die Forscher. Und jeder trägt seinen Teil zur Lösung bei, gemäß den eigenen Kräften und Interessen. Weil aber ein Ordnungsrahmen fehlt, in den diese Beiträge wiederum eingeordnet werden könnten, um so ihre Geltungsbedingungen festzulegen (was in der Regel heißt: sie zu begrenzen), präsentiert sich unser Fach als eine Gemengelage von unsystematisierten Wissensbeständen, Glaubensüberzeugungen und mehr oder weniger gesicherten Einzelerfahrungen, angereichert mit Behauptungen und Erwartungen, die Psychiatrie möge dies oder jenes sein. Das alles steht ungeordnet neben- und durcheinander, so dass die Psychiatrie im Ganzen das Format eines Gerüchts aufweist: An Gerüchten ist manchmal etwas dran, oft sind sie frei erfunden, gelegentlich treffen sie auch zu; charakteristisch ist, dass man nicht weiß, mit welchem Fall man es jeweils zu tun hat. Das ist die Situation und das Problem der Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis.

Der Versuch, in den neueren Versionen der Diagnosesysteme der WHO (ICD; International Classification of Diseases) und der American Psychiatric Association (DSM; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) jenseits aller Theorie festen Boden durch ein – vermeintlich – lediglich deskriptives Diagnosesystem zu gewinnen, ist grandios gescheitert. Nancy Andreasen, eine herausragende Protagonistin der neurobiologischen Forschung, kommt auf die selbst gestellte Frage „What is wrong with DSM?“ zu drei desillusionierenden Antworten: DSM habe durch seine Beschränkung auf wenige

charakteristische Symptome einer Störung zur Verarmung der klinischen Wahrnehmung geführt, es habe wegen der Vernachlässigung des „history taking – the central evaluation tool in psychiatry“ einen dehumanisierenden Einfluss auf die psychiatrische Praxis, schließlich habe es den Forschern zwar eine gemeinsame Sprache gegeben, „but probably the wrong one ... DSM diagnoses are not useful for research because of their lack of validity“ (Andreasen, 2007, S. 111). Die gemäß DSM und ICD erfassten Störungsbilder lassen sich empirisch nicht voneinander trennen, weder bezüglich der Symptomatologie, des Ausgangs, des Therapieerfolgs noch der Heredität. Kendell (2002) meint daher, es gebe wenig Evidenz dafür, dass die Abgrenzungen, die wir zwischen den meisten der 200 bekannten Syndrome gezogen haben, natürliche Grenzen widerspiegeln. Daraus folgt, die diagnostischen Kategorien der weltumspannenden Diagnosemanuale ICD und DSM sind, was den psychiatrischen Teil betrifft, nicht valide. Das heißt im Klartext, ihnen entspricht kein Gegenstück in der Realität.

Dass die klinische Psychiatrie als Disziplin überhaupt funktioniert, verdankt sie der Anbindung an die klinische Praxis, die ihre eigenen Standards fordert und setzt – die aber ihrerseits nicht unmittelbar anschlussfähig sind an Wissenschaft, eben weil sich das genannte Dilemma reproduziert. Sobald klinische Sachverhalte entweder ans somatische oder ans mentale Paradigma angeschlossen werden, verlieren sie gerade *die Komplexität*, die sie zu einem relevanten *klinischem* Gegenstand gemacht hatte.

Kronfeld (1920) hat dies methodische Dilemma unseres Fachs in einer Eindringlichkeit und Klarheit beschrieben wie niemand sonst. Dass es genügt, zur aktuellen Situationsanalyse einen neunzig Jahre alten Text zu zitieren, zeigt, wie wenig wir weitergekommen sind in dem Vorhaben, die „*allgemeine Psychiatrie als Wissenschaft* im Sinne einer logisch, theoretisch und methodologisch durchgebildeten Disziplin an die Stelle der bisherigen bloßen heuristischen Materialanhäufungen mit ihrem klinisch-konventionellen Charakter ...“ zu setzen (Kronfeld, 1920, S. 1). Kronfeld zitiert seinerseits zustimmend