

**BUCHREZENSION:
REFLEXIONEN AUF EIN WICHTIGES BUCH EINES PSYCHIATERS
ÜBER DIE PSYCHIATRIE:
STEFAN WEINMANN, DIE VERMESSUNG DER PSYCHIATRIE,
TÄUSCHUNG UND SELBSTTÄUSCHUNG EINES FACHGEBIETS,
KÖLN: PSYCHIATRIE VERLAG, 2019, 283 SEITEN**

DR. OTTO ZSOK¹

1. Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der Psychiatrie²

Es ist immer gut, lebensfördernd und sinnvoll zu wissen, worüber wir reden, wenn wir – als Ich und Du, oder als „ich, der psychiatrische Fachmann“ (weiblich mitgemeint) und „du, der depressive oder schizophrene Patient“ – miteinander reden und Lösungen finden wollen für, sagen wir, bestimmte psychische Probleme, und dabei wir beide bemüht sind, auch das eigentliche, das wahre Geschehen bzw. die realen Ursachen meiner psychischen Probleme erkennen zu lernen.

Was aber, so fragt der Psychiater Stefan Weinmann in seinem Buch, wenn wir nicht wissen, worüber wir eigentlich reden? Was dann, wenn der unter einer psychischen Störung Leidende, nach einigen mehr oder weniger verständnisvollen Gesprächen (der sogenannten „Basispsychotherapie“) nach dem gängigen Paradigma – nämlich medikamentös – behandelt wird? Chemisch-medikamentös behandelt, weil man in der biologischen Psychiatrie davon ausgeht, „dass Medikamente bei den jeweiligen Störungen [Depression, Schizophrenie] eine Rolle spielen“ (S. 41). Doch stimmt das wirklich? Nein, in vielen Fällen stimmt das nicht, denn der Eingriff ins Gehirn erweist sich nur selten und bei wenigen Menschen als wirklich heilsam, so Weinmann. „Der Medikationsreflex in der Psychiatrie ist so groß und so eingeübt, dass kaum ein Patient, der in eine klassische

¹ Dozent und Logotherapeut am Süddeutschen Institut für Logotherapie und Existenzanalyse, Hauptstr. 9 in D – 82256 Fürstentfeldbruck. E-Mail: otto@zsok.de

² Hinweis: Gedanken und Kommentare, die von mir, Otto Zsok, stammen, sind immer in eckigen Klammern [...] gesetzt. Die Seitenzahl der Zitate aus dem Buch von Stefan Weinmann werden im Text angegeben. Die Quellen weiterer Zitate erscheinen in den Fußnoten. Die Exkurse dienen der Vertiefung des Verständnisses vom Menschen und vom Menschsein im Sinne der philosophischen Anthropologie.

psychiatrische Klinik aufgenommen wird, diese ohne Medikament wieder verlässt“ (S. 41). Und wenn er sie verlässt, geht es ihm in den meisten Fällen nicht besser. Aus diesem Grund und aus vielen anderen Gründen, die in diesem Buch dargelegt und expliziert werden, sagt der Autor:

„Um Täuschung und Selbsttäuschung in der Behandlung von Menschen mit psychischen Auffälligkeiten zu reduzieren, [um die Psychiatrie im guten Sinne weiterzuentwickeln], erscheint ein Paradigmenwechsel im gesamten Fachgebiet dringend erforderlich. Man könnte diesen Paradigmenwechsel als »radikal« bezeichnen, da er Folgendes mit sich bringen würde:

- Eine Abkehr von den konventionellen und gegenwärtig gebrauchten Diagnosen und vermeintlich diagnosespezifischen Therapien
- Eine Beschränkung psychotroper Medikamente auf das Notwendigste
- Einen radikalen Abbau psychiatrischer Betten sowie eine Sanktionierung der Belohnung von den Bettbelegungen in der Psychiatrie
- Eine Öffnung der Psychiatrie in die Gesellschaft hinein
- Eine Offenlegung der Täuschungs- und Selbsttäuschungsmanöver psychiatrischer Meinungsführer und jener, die an den Abhängigkeiten vom psychiatrischen Versorgungssystem verdienen
- Eine starke Förderung von Arbeit und Beschäftigung im sozialen Umfeld psychisch labiler Menschen
- Eine Individualisierung der Therapie und eine Abkehr von der Erstattung einzelner psychiatrischer Leistungen oder Tagessätze von Kliniken.

Ein Paradigmenwechsel würde auch bedingen, dass die psychiatrischen Lehrbücher umgeschrieben, Forschungsthemen und Forschungsmethoden verändert, Ausbildungsinhalte modifiziert und Betroffene zu selbstverständlichen (Co-)Therapeuten in den Behandlungsteams werden. Dies ist aber ein gradueller und langsamer Prozess. Bedeutsame Meilensteine sind aufgestellt und gute Texte sind vorhanden, die uns leiten können“ (S. 242f.).

Der Realisierung dieser Vorschläge stehen heute mehrere Faktoren entgegen: (a) die Macht der Pharmaindustrie; (b) die veralteten, einseitigen, dem Homo humanus nicht adäquaten Konzepte aus der Geschichte der Psychiatrie; und, (c) die Angst vor dem Machtverlust derjenigen, die das „Geschäft der Psychiatrie“ in leitender Funktion – als Ärzte und Vorstände, als Juristen und Politiker – betreiben.

Zu (a) Die Pharmaindustrie – sie ist keine „ethical industrie“, sondern ein *Geschäft*, bei der es vorrangig um *Gewinne* geht, – benutzte bis vor Kurzem die

Psychiatrie wie eine Melkkuh, indem sie der Psychiatrie angeblich auf seriöse Studien basierende Medikamente verkauft hat, die psychische Störungen und psychiatrische Erkrankungen – angeblich – wirksam bekämpfen konnten. Die Wahrheit ist aber diese:

„Wir wissen immer noch nicht, warum jemand depressiv wird oder eine Essstörung entwickelt oder sich von anderen Menschen verfolgt fühlt. Jener Teil der Hirnforschung, der eigentlich den Menschen mit psychischen Problemen (...) gewidmet war, hat diesen am wenigsten geholfen. Keine einzige psychische Erkrankung ist seit dem vermeintlichen Siegeszug der Hirnforschung besser diagnostizierbar oder behandelbar geworden, vielleicht mit der Ausnahme der Alzheimer-Demenz“ (S. 40).

Zu (b) Eine sehr gedrängte Kurzgeschichte der Psychiatrie, vor allem im 19. und 20. Jahrhundert, folgt bald im Exkurs 1.

Zu (c) Was die Angst vor dem Machtverlust der führenden Persönlichkeiten im Fachgebiet der Psychiatrie anbelangt, ist, in dichter Kürze, Folgendes festzuhalten: Forscher und Psychiater sind auch Menschen. Menschen können sich irren. Die Irrwege in der Psychiatrie sind zahlreich. Zuzugeben, dass man sich geirrt hat und dass man seit 30 oder 50 Jahren, trotz biologischer oder neurobiologischer Forschung, auf Irrwegen voranschreitet, weil man immer noch nicht so genau *die wahren Ursachen* der Depression, der Schizophrenie, der bipolaren Störung, der Zwangserkrankung weiß, – das also zuzugeben macht Angst. Die von Abraham H. Maslow dargelegte Kritik über eine bestimmte Psychologie, über einen bestimmten Forscher-Typus in der Psychologie gilt m. E. auch für einen bestimmten Typus des Fachgebietes der Psychiatrie. Maslow schreibt:

„Mehr als alle anderen Wissenschaftler müssen wir Psychologen [und Psychiater] uns mit der erstaunlichen Tatsache des Widerstandes gegen die Wahrheit auseinandersetzen. Mehr als vor jeder anderen Erkenntnis haben wir Angst vor der Selbsterkenntnis, da diese unsere Selbstachtung und unser Selbstbild, verändern könnte. Eine Katze findet sich leicht damit ab, dass sie eine Katze ist. Sie hat keine Angst davor, eine Katze zu sein.

Aber ein vollentwickeltes menschliches Wesen zu sein, ist schwierig, erschreckend und problematisch. Während die Menschen die Erkenntnis lieben und suchen – sie sind neugierig – haben sie andererseits auch Angst davor. Je näher sie ans Persönliche heranreicht, desto größer ist ihre Angst davor. Daher tendiert menschliche Erkenntnis zur einer Art Dialektik zwischen dieser Liebe und dieser Angst. So schließt Erkenntnis auch Abwehr gegen sich selbst, Repressionen,

Beschönigungen, Gleichgültigkeit und Vergessen ein. Daher gehört zu jeder Methodologie, [in der Psychologie und in der Psychiatrie], die hinter die Wahrheit zu kommen versucht, unausweichlich das, was der Psychoanalytiker als »Analyse des Widerstandes« bezeichnet, eine Methode, um die Angst vor der Wahrheit über uns selbst aufzulösen und uns so die Möglichkeit zu geben, uns direkt von vorn, nackt zu sehen – eine erschreckende Sache!³

Es sei nicht erstaunlich, so Maslow, dass wir wissenschaftlich weit mehr über Chemikalien, Metalle und Elektrizität wissen als über Sexualität oder Vorurteile oder Ausbeutung, oder, so kann man hinzufügen, über die Ursachen der Schizophrenie, Depression oder das Verhalten eines Mörders. Oder, wie Weinmann formuliert: „Der Stachel einer im Vergleich zu vielen körperlich begründbaren Krankheiten immer noch unzureichenden Aufklärung der Ursachen psychischer Störungen, trotz jahrzehntelanger und teurer biologisch-psychiatrischer Forschung, sitzt weiterhin tief im Fleisch des Fachgebietes. (...) Handlungsfähigkeit wird nicht zuletzt mit den Mitteln der Selbsttäuschung erkaufte“ (Weinmann, S. 13).

Das ist *ein* Thema des Buches *Die Vermessung der Psychiatrie*, und dieses Buch stellt für eine biologisch begründete Psychiatrie eine enorme Herausforderung dar, und wird in nicht wenigen „Lesern und Leserinnen vom Fach“ große Widerstände hervorrufen. Für andere wiederum, – für diejenigen Psychiater, die weiterlernen wollen und sich um *die Wahrheit und Wahrheiten des Menschseins* interessieren, sowie für all diejenigen, die irgendeine Form der Psychotherapie, auch die Logotherapie und Existenzanalyse nach Viktor Frankl, lehren und praktizieren – wird dieses Buch von Stefan Weinmann eine Einladung sein, das bisherige Paradigma der Psychiatrie zu überwinden. Dass Psychiatrie und eine bestimmte Art von (Gesundheits-)Politik einerseits, und dann Psychiatrie und eine bestimmte Form der Naturwissenschaft [der Forschung psychischer Störungen] sowie der Pharmaindustrie andererseits viel miteinander zu tun haben, ist ein weiteres Thema dieses Buches.

Die hier zu lesende Reflexion [eines Dozenten für Logotherapie und Existenzanalyse nach Viktor Frankl] will die Inhalte dieses Buches rezipieren, fühlend verstehen und verstehend erfüllen, und sie mit einigen Aspekten der sinnzentrierten Psychotherapie, also der Logotherapie und Existenzanalyse nach Viktor

³ Abraham H. MASLOW, *Die Psychologie der Wissenschaft. Neue Wege der Wahrnehmung und des Denkens*, Goldmann Sachbuch 1977, 37.

Frankl, sowie der Philosophischen Anthropologie und der Geschichte der Psychiatrie ergänzen. Es wird aber genauer auch auf den Begriff der *Wissenschaft* und *Wissenschaftlichkeit* hingeschaut, denn diese Begriffe haben einen fast magischen Klang, wenn es heißt: Die neurobiologische Forschung und die psychiatrische Wissenschaft haben „wissenschaftlich“ geprüft, dass dieses oder jenes Medikament im Falle einer Schizophrenie wirksam helfen bzw. auch heilen kann.

STEFAN WEINMANN, ein in Berlin tätiger Psychiater und Psychotherapeut, sagt ausdrücklich: Die sehr kritische Perspektive dieses Buches visiert „die Verbesserung unserer psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit“ an und „plädiert nicht für einen Abbruch psychiatrischer Behandlungen, insbesondere nicht für unbegleitete Absetzen von Psychopharmaka, vor dem dringend gewarnt werden muss“ (S. 257). Das ist das eine.

Andererseits kritisiert Stefan Weinmann die rein biologisch [naturwissenschaftlich] ausgerichtete Psychiatrie, die in ihrer naturwissenschaftlichen Prägung [die sehr viel mit ihrer Geschichte zu tun hat] durch die Gesellschaftswissenschaft ausbalanciert werden müsse, damit wir im Umgang mit psychisch verletzten Menschen nicht so oft danebengreifen, so Weinmann. Seine Thesen belegt der Autor mit über 250 Quellen (S. 258-283), die erdrückend wirken, dass heißt: die Täuschung und Selbsttäuschung des Fachgebietes Psychiatrie belegen.

Die Beschäftigung mit dem Sozialen, mit den konkreten Lebensumständen der Patienten, sei deshalb notwendig, so Weinmann, „weil viele Symptome eine zwischenmenschliche Bedeutung haben. Große epidemiologische Studien haben den engen Zusammenhang von gesellschaftlichen Entwicklungen, sozialer Ungleichheit, Zugang zu Ressourcen, Macht, Status, Reichtum bzw. Armut, Herkunft, Stigmatisierung, Exklusion einerseits sowie dem Umgang der Menschen miteinander und damit auch psychischen Erkrankungen aufgezeigt. Ohne diese Zusammenhänge zu kennen, bewegen sich Therapeuten und Patienten auf verschiedenen Stockwerken“ (189f.), oder, anders gesagt, sie reden aneinander vorbei.

Das tun sie, zum Beispiel, im Falle einer Depression. Die Deutsche Stiftung für Depressionshilfe, sagt Weinmann, fordert die Angehörigen auf, den erkrankten Familienmitglied zum Facharzt zu begleiten. Weinmann sieht darin „eine bewusste Umschiffung sozialer Einfluss- und Verlaufsfaktoren“, die bei der Depression eine Rolle spielen. Denn, „wenn ich [als Psychiater] die Depression wie eine sich *ereignende* Erkrankung ähnlich wie einen Diabetes mellitus ansehe und nur die »sozialen Folgen« und nicht die sozialen *Ursachen* in den Blick nehme,

gehe ich am Problem vorbei und entlaste die Gesellschaft anscheinend völlig von jeglicher Verantwortung. Nur wenige Menschen glauben noch ernsthaft daran, dass mit mehr Psychiatrie und mit mehr Therapie die »Epidemiologie« der Depression in den Griff zu bekommen sei“ (S. 190f.).

Schaut man sich näher die Geschichte der Psychiatrie an, und die Weise, wie sie sich im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts in Frankreich und Deutschland entwickelt hat, so Weinmann, stellt man nüchtern fest: Die gegenwärtige Psychiatrie hat mehr mit einem Wunschdenken, »wishful thinking« (S. 142) zu tun, als mit gesicherten Erkenntnissen. Bis heute wissen wir nicht viel über die Depression und die Schizophrenie, tun aber so, als wüssten wir alles. „Wie können wir zu unseren eigenen Begrenzungen im Fachgebiet stehen, ohne vor uns und den anderen das Gesicht zu verlieren? Diese Frage scheint genauso wichtig für die Gestaltung der Therapien wie die Therapie selbst. Sie ist auch wichtig, weil das Eingeständnis von Unsicherheit keine gute Basis ist für die von uns verlangte Übernahme von Letztverantwortung für Menschen, die sich selbst oder andere gefährden. Bisher hat uns hier die [psychiatrische] Wissenschaft kaum geholfen“ (S. 142). Das Studium der Geschichte der Psychiatrie wäre hier, um aus dieser Sackgasse herauszukommen, ein guter Ausgangspunkt, schreibt Weinmann und legt gleich „Geschichtliches zum Wunschdenken in Psychiatrie und Psychotherapie“ (S. 142-153) dar, um anschließend der Frage nachzugehen: „Ist die Psychiatrie eine Wissenschaft?“ (S. 153-156).

Für mich aber fügt sich an dieser Stelle, einen Blick in die Geschichte der Psychiatrie zu werfen. Eine ausführliche Darstellung ist hier nicht möglich. Lediglich einige Aspekte und Fakten werden genannt, die bis heute in der Psychiatrie eine Rolle spielen.

Exkurs 1. Wichtiges aus der Geschichte der Psychiatrie

Die einseitige Auffassung vom Menschen in der Psychiatrie beginnt in Deutschland mit dem Psychiater WILHELM GRIESINGER (1810–1868), der die Ansicht vertrat, dass psychische Erkrankungen, z. B. eine schwere Depression, Erkrankungen des Gehirns seien. Ihm wird der programmatische Ausspruch zugeschrieben: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“. In seinem Hauptwerk, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, fragt er nach dem „Sitz“ der seelischen Störungen und erklärt dann: „Zeigen uns physiologische und pathologische Tatsachen, dass dieses Organ nur das Gehirn sein kann,

so haben wir vor allem in den psychischen Krankheiten jedesmal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen.“ Er schreibt aber auch: „Die inneren Hergänge des Vorstellens und Wollens sind so wenig als die des Empfindens aus der Organisation des Gehirns zu begreifen.“⁴ Diesen Widerspruch löste Griesinger dadurch, dass er, von der „Einheit von Körper und Seele“ ausgehend, und die Seele als die „Summe aller Gehirnzustände“ deutend, der Seele dennoch eine „eigene Geschichte“, ihre eigene Realität, neben der des Körpers, zuerkannte, wobei sich die Seele aus einer organischen Grundlage bilde. Damit wurde die Seele zuletzt in die naturwissenschaftliche Medizin integriert.

Fügt man aus heutiger und philosophischer Sicht hinzu, dass die hier gemeinte Seele *die Psyche* ist [und eben nicht die unvergängliche Seele], dann wird man festhalten: Griesinger hat damals eine Pionierarbeit geleistet. Er hat, ab 1865 als Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Berliner Charité, die deutsche Psychiatrie seit Mitte des 19. Jahrhunderts naturwissenschaftlich ausgerichtet und als medizinisches und universitäres Fach gestärkt, zugleich aber auch ein *zweidimensionales* Menschenbild weitertradiert. In seinem Referenzsystem fand er für das Überphysische, für das Überneurologische immerhin den Begriff der Seele (der Seele *als Psyche*, als Funktionsergebnis des Lebens der Zellen im Körper) geeignet, um Krankheiten wie Melancholie und Manie als psychische Störungen zu identifizieren. Die sogenannte psychosomatische Wechselwirkung war Griesinger weitgehend bekannt. Doch bald gewann die genetisch-biologisch begründete Krankheitslehre in der Psychiatrie die Oberhand und in Form einer spekulativ entwickelten „Theorie der Degeneration“ bereitete sie den Boden für eine „rassenhygienische Ideologie“, welche – speziell in Deutschland seit 1890 immer „feiner“ ausdifferenziert – in der NS-Zeit (1933 bis 1945) einen tragischen, furchtbaren und dunklen Höhepunkt erreicht hatte, gestaltet und mitgetragen von vielen „namhaften“ deutschen Psychiatern und Ärzten.⁵

Es war EMIL KRAEPELIN (1856–1926), der die klinische Psychiatrie eng mit den Fachgebieten der Neuropathologie, der Neurophysiologie, der Genetik und der experimentellen Psychologie verbunden hatte. Damit machte er die Psychiat-

⁴ Vgl. Burkhart BRÜCKNER, *Geschichte der Psychiatrie*, Köln: Psychiatrie Verlag 2010, 101.

⁵ Zu diesem dunklen Kapitel der Psychiatrie siehe auch: Otto Zsok, *Biologismus und Rassenwahn in Deutschland in den Jahren 1859–1939 im Licht der Logotherapie und Existenzanalyse Viktor E. Frankls*, in: Existenz und Logos Heft 20/2012, 38–63. Siehe auch: Frank Schneider (Hrsg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Erinnerung und Verantwortung*, Berlin – New York: Springer Verlag 2011.

rie zu einer modernen, *naturwissenschaftlich* orientierten Disziplin der Medizin. Außerdem setzte er ein Bild vom Menschen voraus, ohne darauf zu reflektieren, demzufolge der Mensch lediglich ein kompliziertes Zusammenspiel von genetischen, neurophysiologischen und physikalischen Elementen besteht.

Trotz seiner intensiven Forschungsarbeit in seinem Institut [Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, dem Vorläufer des Max-Planck-Instituts für Psychiatrische Forschung], kamen Ergebnisse heraus, die nicht stolz machen. Vor allem sein Mitarbeiter, ERNST RÜDIN (1874–1952), ein aus der Schweiz stammender Psychiater, der in der NS-Zeit auf tragische Weise mit der NS-Ideologie verstrickt war, propagierte die These, dass sogenannte „Geisteskrankheiten“ genetisch bedingt seien, und könnten daher vorhergesagt und durch radikale Interventionen [Euthanasie!] eingedämmt werden. Rüdin „verhalf dem NS-»Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« zur Entstehung und verfasste den offiziellen Kommentar zum Gesetz. Er schuf wichtige theoretische Voraussetzungen für die Nazi-Ideologie. Sein Handeln war [auch] eine Folge falsch verstandener biologischer Psychiatrie, stellt Stefan Weinmann fest (S. 143).

Im Verständnis von Ernst Rüdin, und vielen zeitgenössischen Wissenschaftlern in Deutschland, sind Erbforschung/Genetik einerseits, sowie Eugenik/Rassenhygiene, d. h. eine auf biologischen Prinzipien basierende Selektion in der Gesellschaft andererseits zwei konstitutiv aneinander gebundene Tätigkeitsfelder, die sich gegenseitig Rechtmäßigkeit zusprechen. Dem Zeitgeist schon vor 1933 entsprechend und jenen Zeitgeist seit 1911 kontinuierlich prägend, war eine Orientierung am Rassedanken oder am Programm der Rassenhygiene nicht in Frage gestellt. Im Gegenteil: Rüdins und seiner Kollegen Forschung suggerierte für das breite Publikum, dass es legitim sei, biologisch scheinbar (!) fundierte Pseudoerkenntnisse in politisches Handeln umzusetzen. „Der Kriegsbeginn (1939) markiert den Übergang zu einer Radikalisierung der Selektionspolitik bis hin zur systematischen Tötung von psychisch Kranken und Behinderten (»Euthanasie« und »lebensunwertes Leben«), einer Selektionspolitik, die von Wissenschaftlern [vor allem von Medizinern und Psychiatern] unter maßgeblicher Beteiligung Rüdins und unter Berufung auf den Rasse-Begriff mit initiiert, [vorbereitet], legitimiert, aktiv unterstützt und ausgeführt wurde.“⁶

⁶ Volker ROELCKE, *Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie unter Ernst Rüdin. Zum Verhältnis von Wissenschaft,*

Die Liste prominenter Ärzte, die den braunen Rassenwahn vorbereitet und aktiv mitunterstützt haben, ließe sich lange fortsetzen. [Man weiß aus der geschichtlichen Forschung, dass fast 50% aller Ärzte damals sich der Ideologie der Nazis verpflichtet fühlten.] Unter anderen auch: Josef Mengele (1911–1979), Fritz Lenz (1878–1976), Eugen Fischer (1874–1967)⁷ und Johannes Lange (1891–1938). Man wird Hans-Walter Schmuhl zustimmend zitieren müssen, der in Kenntnis der Geschichte der Psychiatrie von 1900 bis 1945 festhält:

„Die Wissenschaftler stellten daher im Jahre 1933 ihr Expertenwissen bereitwillig in den Dienst des neuen Regimes, das umgekehrt – in höherem Maße als die Regierungen der Weimarer Republik – bereit war, politische Entscheidungsprozesse auf wissenschaftliche Expertisen zu gründen. Was hier [in der Tat] geschah, kann man als *wechselseitige Instrumentalisierung von Wissenschaft und Politik* am treffendsten beschreiben. (...) Die praktische Umsetzung von politischen Postulaten und Programmen, die auf Rassenforschung basierten, war im »Dritten Reich« in einem Ausmaß möglich geworden, das in der Weimarer Republik undenkbar gewesen wäre.“⁸

Das sogenannte Expertenwissen der Psychiater konzentrierte sich auf die [angeblich!] physisch-körperlich angebbare *ursachenfixierte* Klassifikation der psychischen Störungen, – mit den bekannten Begriffen „endogen“ (aus dem Körperinneren stammend), „exogen“ und „psychogen“. Dieses sogenannte „triadische System“ der Klassifikation der psychischen Krankheiten überdauerte mit Kurt Schneider (1887–1967) bis in die Mitte der 1970er Jahre. Danach gewann der biologische Forschungsansatz in der Psychiatrie an Bedeutung und bestimmte die Psychiatrie eigentlich bis heute. Die Hoffnungen, dass genetische, neuropathologische und neurophysiologische Faktoren und besonders die Transmitter- und Rezeptorforschung die biologischen Grundlagen der psychischen Erkrankungen weiter aufklären bzw. ursächlich erklären können, haben sich nicht erfüllt – und genau an diesem Punkt knüpft das gründlich recherchierte Buch von Stefan Weinmann an. Bevor wir darauf zurückkommen, seien noch einige „philosophische Aspekte“ aus den Jahren 1920 bis 1945 eingblendet.

Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933, in: Hans-Walter Schmuhl (Hrsg.), *Rassenforschung an Kaiser-Wilhelm-Instituten vor und nach 1933*, Göttingen: Wallstein Verlag 2003, 67.

⁷ Für Fischer galt die biologische Minderwertigkeit der schwarzen Rasse als wissenschaftlich gesichertes Faktum.

⁸ SCHMUHL (Hrsg.), *Rassenforschung an Kaiser-Wilhelm-Instituten vor und nach 1933*, 32.

Bei all den Entartungen und Verwicklungen ihres Menschenbildes und ihrer Weltanschauung, hätten die meisten Psychiater durchaus die Chance gehabt, sich aus der Philosophischen Anthropologie aufklärende Hilfe zu holen, hätten sie manche Texte von MAX SCHELER (1874–1928) über die Person aufmerksam gelesen. Dann aber hätten sie erkennen können, dass es einen Unterschied ausmacht, über Rasse *als biologische* Kategorie und über die Person *als die geistige* Dimension des Menschseins zu sprechen. Doch in den entscheidenden Jahren der NS-Zeit haben sich sehr wenige, vielleicht ein Handvoll Psychiater mit der anthropologischen Fundierung der Psychiatrie beschäftigt, war doch ihr Fachgebiet inzwischen ein Teil der [naturwissenschaftlich, biologisch] orientierten Medizin. Immerhin haben der Wiener Psychiater Viktor E. Frankl (1905–1997) und der in Heidelberg wirkende Karl Jaspers (1886–1969), der zunächst Psychiater und dann ein bedeutender Philosoph wurde, *reduktionistische Ansätze* zurückgewiesen und die Bedeutung der als einmalig, einzigartig und unwiederholbar gedachten Person in der Behandlung betont.⁹ Die meisten Psychiater der Weimarer Republik haben sich mit dem Begriff der Person, oder gar mit der Idee einer *geistigen Person*, nicht beschäftigt.

Hätten sie es getan, hätten sie bei Max Scheler [schon 1921] Folgendes nachlesen und dann, vermutlich, in der Psychiatrie berücksichtigen können:

Alle Werte sind den Werten der *Person* unterzuordnen, auch alle möglichen Sachwerte, ferner alle Werte von unpersönlichen Gemeinschaften und Organisationen. Freude und Liebe sind tiefste Ursprungsquellen alles sittlichen Seins und Wirkens. Der Verfasser lehnt in seiner Ethik jeden Individualismus ab, da er die ursprüngliche Mitverantwortlichkeit jeder Person für das sittliche Heil

⁹ Ein Beispiel für *Reduktionismus* ist die Ansicht der positivistischen Wissenschaft, dass sich sämtliche Phänomene des Lebendigen [und vor allem des Homo humanus] ausschließlich mit Hilfe der Gesetze der Physik und der Chemie bzw. der Neurobiologie erklären lassen. Es gibt einen biologischen, soziologischen und psychologischen Reduktionismus, dessen Merkmal darin besteht, dass komplexe Phänomene in unzutreffender Weise abgewertet, und aus einer isolierenden, partikularen oder sehr einseitigen Perspektive dargestellt werden. Als Reduktionismus kann man auch jene Annahme der Neurowissenschaften bezeichnen, derzufolge psychische Vorgänge direkt in eine physikalische Sprache übersetzbar sind. Frankl hat beharrlich betont: Die geistige Dimension des Menschseins ist nicht ausschließlich biologischen Gesetzmäßigkeiten unterworfen. Andererseits hob er hervor, dass nicht jede psychische Erkrankung durch Geistiges verursacht ist.

des Ganzen aller Personbereiche lehrt. Er lehnt aber auch jede maßlose Überbetonung von Organisation und Gemeinschaft ab. Ihm [Max Scheler als dem Verfasser der Ethik] ist nicht eine „isolierte“ Person, „sondern nur die ursprünglich sich mit Gott verknüpft wissende, auf die Welt in Liebe gerichtete und sich mit dem Ganzen der Geisteswelt und der Menschheit *solidarisch geeint fühlende* Person die sittlich wertvolle.“ Alle Sorgen für die Gemeinschaft und ihre Formen [auch die Sorgen der Psychiatrie für die seelische Gesundheit der einzelnen Menschen – O. Zsok] sollen ihren Ausgangspunkt im „*lebendigen Zentrum* der individuellen Person haben, denn *Personwert* ist höher als aller Sach-Organisations-Gemeinschaftswert.“¹⁰ Der letzte Satz, angewandt auf die Psychiatrie, würde bedeuten, dass nicht allein biologische oder physiologische bzw. genetische Faktoren zählen, wenn es um die Überwindung oder gar Heilung einer psychischen Störung geht, sondern der Sinn und die Werte, das Werterlebnis und die Wertföhligkeit einer Person, die mit anderen Personen zusammen – in einem mehr oder weniger harmonischen Beziehungsgeflecht – lebt. Diesen existenziellen Aspekten widmete die eher biologisch orientierte Psychiatrie kaum Aufmerksamkeit. Mit solchen zentralen Erkenntnissen der Philosophischen Anthropologie haben sich die allermeisten Psychiater der Weimarer Republik und der NS-Zeit kaum bis gar nicht beschöftigt. Stattdessen haben sie *das Konzept des lebensunwerten Lebens* aufgegriffen. Wie es dazu kam? Hier die Einzelheiten in Kürze.

Im Jahre 1920 verfassen der Jurist KARL BINDING (1841–1920) und der Freiburger Psychiatrieprofessor ALFRED HOCHÉ (1865–1943) eine Schrift mit dem programmatischen Titel „*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*“. Demnach soll getötet werden auf seinen Wunsch der „unrettbar Verlorene“, getötet werden soll aber auch der „unheilbar Blödsinnige“, der weder den Willen zu leben noch zu sterben „äußern kann“ und als „Menschenhölse“ den schrecklichen „Gegenwurf blühender Menschheit“ darstelle. Das war auch so ein „zündender Gedanke“, entsprungen aus den Köpfen eines Juristen und eines Psychiaters – im Jahre 1920. Sämtliche Euthanasie-Befürworter wie auch diejenige, welche die Euthanasie in der NS-Zeit [1934–1945] durchgeführt haben, haben sich auf dieses Buch gerufen. Man vergegenwärtige sich die Umstände der Zeiten nach dem Ersten Weltkrieg: Zwischen 1919 und 1923 erlebt Europa, und besonders Deutschland, eine ökonomisch wie politisch schwere Zeit und viele „Intel-

¹⁰ MAX SCHELER, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, Bern und München: Francke Verlag 1980, 13-15.

lektuelle“ denken einfach pragmatisch, nihilistisch, ohne verbindliche ethische Normen ernst zu nehmen.

Unter dem Eindruck der wirtschaftlichen Krisenstimmung in Deutschland und ausgehend von der utilitaristischen Denkweise der Kosten- Nutzaufrechnung von Menschen erstellte der Psychiater Hoche einen Katalog, zeigend, welche Menschen zu den „unheilbar Blödsinnigen“ oder den im „Zustand geistigen Todes“ Befindlichen gehörten, nämlich: Personen mit Greisenveränderungen des Gehirns (*dementia paralytica*), Menschen mit groben Missbildungen des Gehirns und mit Entwicklungsstillstand. Die größte Belastung aber stellen die „Vollidioten“ dar, so der Psychiater Alfred Hoche, da sie unproduktiv seien und dem Nationalvermögen durch Leistungen der Fürsorge, die sie empfangen, eine ungeheure Kapitalmenge entzögen.

Des Weiteren sagt Alfred Hoche, diese Menschen seien „Ballastexistenzen“ und (wörtlich): „Unsere deutsche Aufgabe wird für lange Zeit sein: eine bis zum höchsten gesteigerte Zusammenfassung aller Möglichkeiten, ein Freimachen jeder verfügbaren Leistungsfähigkeit für fördernde Zwecke. Der Erfüllung dieser Aufgabe steht das moderne Bestreben entgegen, möglichst auch die Schwächlinge aller Sorten zu erhalten, allen, auch den zwar nicht geistig Toten, aber doch ihrer Organisation nach minderwertigen Elementen Pflege und Schutz angedeihen zu lassen“ (vgl. Kirsten Knaack, Die Hilfsschule im Nationalsozialismus, hier: Exkurs: Binding/Hoche, Die Vernichtung lebensunwerten Lebens).

Der Psychiater Hoche missbilligte die später von den Nazis durchgeführte Kinder-Euthanasie, ja, er hat sogar 1940 die Euthanasie der Nazis zutiefst verurteilt, nachdem eine Verwandte von ihm zum Opfer wurde. Welch eine Tragik im Leben des Psychiaters Alfred Hoche. Doch einmal in die Welt gesetzt, wirkte der Gedanke des „lebensunwerten Lebens“ weiter und weiter.

Der sozialdemokratisch gesinnte Alfred Grotjahn (1869–1931), ein Sozialhygieniker und Mediziner, forderte 1926 (in: „Hygiene der menschlichen Fortpflanzung“) ohne Scheu die „Zwangsterilisation für Schwachsinnige und Epileptiker“ und „eine Reinigung der menschlichen Gesellschaft von Kranken, Hässlichen und Minderwertigen“, deren Anteil an der Bevölkerung er auf ein Drittel schätzte.

In der Medizin und Psychiatrie der Weimarer Republik und der NS-Zeit fand schleichend eine Entartung statt, deren Auswirkungen noch nicht ganz überwunden sind. Oder bräuchten wir noch heute eine „Gesellschaft für Ethik in der

Psychiatrie e.V.“ [GEP], gegründet 1977, wenn die Auswirkungen überwunden wären?

Immer schon galt im Abendland seit Hippokrates, dass ärztliches Tun echte Hilfe für den einzelnen Patienten ist. Diese ursprünglich ethische Haltung änderte sich Schritt für Schritt zwischen 1870 und 1930. Die Medizin erklärte sich zunehmend zur selbst ernannten Wächterin über die Erbanlagen der menschlichen „Rasse“ und über die Menschen, die psychisch als gestört eingestuft worden sind. Wie Joachim Bauer schreibt (sinngemäß und wörtlich zitiert):

Unter Bezugnahme auf die Naturideologie Darwins wurde aus der ärztlichen Heilkunst eine Medizin, die nicht mehr darauf zielte, *was dem Einzelnen hilft*, sondern mit kritischen Augen prüfte, ob einzelne Menschen hinsichtlich ihrer Erbanlagen „gut genug“ fürs Leben der Rasse waren. „Mehr noch, sie beschäftigte sich auch damit, welche ethnischen Gruppen (»Rassen«) innerhalb der Menschheit »besser« als andere und daher würdig seien, auf dem Erdball zu überleben. Dem einzelnen Patienten zugewandt zu bleiben, hätte bedeutet, den Zusammenhang zwischen den Lebensbedingungen des Menschen und seiner Gesundheit zu erforschen. (...) Eine zunehmende Zahl von Ärzten jedoch erklärte Zuwendung zu den Schwachen für *überkommene Gefühlsduselei*. Die »wahre« Ethik bestand nun vielmehr darin, alles zur Verbesserung des Erbgutes der eigenen »Rasse« zu tun. Nach dieser neuen »Ethik« war es gut, wenn epidemische Infektionen (zum Beispiel eine Grippe) in regelmäßigen Abständen die Schwachen dahinflaß oder wenn Behinderte ihrem Schicksal und damit dem Untergang überlassen wurden. Unethisch war jetzt dagegen, und dies wurde offen ausgesprochen und geschrieben, geschwächten Menschen, die scheinbar keinen nützlichen Beitrag zur Erhaltung der »Rasse« leisten konnten, zu helfen.“¹¹

Unter dem Mantel der Wissenschaftlichkeit wurde hier ziemlich offen *Mord* als Lösung der Probleme anempfohlen. Und mit Blick auf die Psychiatrie jener Zeit, ist festzuhalten:

Die Psychiatrie in der NS-Zeit ist ein ganz dunkles Kapitel dieses Fachgebietes.¹² Kurz gesagt: Man hat davon abstrahiert, dass der Mensch auch eine ethische und geistige Dimension in sich selbst trägt, die sich in der Neurologie und Psychiatrie nicht abbildet. Und das ist m. E. der springende Punkt, den Stefan

¹¹ Joachim BAUER, *Das Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*, Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag 2007, 117f.

¹² SCHNEIDER (Hrsg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus*, 79 Seiten mit DVD.

Weinmann zwar nicht so explizit nennt, auf den aber seine kritischen Überlegungen zu einer biologischen Psychiatrie hinauslaufen. – So weit der Exkurs.

2. Fragwürdige Erfolge in der Psychiatrie

Einer der Grundthesen des Buches von Stefan Weinmann lautet: Nicht nur Individuen täuschen andere oder sich selbst, sondern auch Gruppen und ganze Professionen, u. a. Psychiater und die Psychiatrie, die als klinische Psychiatrie weiterhin um Anerkennung kämpft (und dies vermutlich immer tun wird, wenn sie sich als medizinisches Fachgebiet behaupten möchte). Jahrzehntlang wurde teure biologisch-psychiatrische Forschung getrieben und dennoch ist eine unzureichende Aufklärung der *Ursachen* psychischer Störungen ein Stachel im Fleisch des psychiatrischen Fachgebietes. Und dann heißt es wörtlich: „Gleichzeitig muss die klinische Psychiatrie handlungsfähig sein und überzeugen können, um ihre Aufgaben bewältigen und ihre Leistungen abrechnen zu können. Entsprechend intensiv sind die Bemühungen, das Fachgebiet als therapeutisch und erfolgreich darzustellen. Handlungsfähigkeit in der Psychiatrie wird – und das ist ein Thema dieses Buches – nicht zuletzt mit den Mitteln der Selbsttäuschung erkaufte“ (S. 12f.).

In anderen Worten formuliert: Ich als der psychiatrische Fachmann habe mich zwar eine Täuschung hingegeben, tue aber so, als wüsste ich genau, welches Medikament für deine Depression hilfreich ist, und auf diese Weise täusche ich dich auch, da ich deine *pathologischen* Prozesse auf eine *angenommene* biologische Störung, auf eine Neurotransmitter-Imbalance zurückführe, die man aufgrund einer biologischen Forschung als Ursache für deine Störung *angenommen* hat. Dass hier der anthropologische Sachverhalt außerhalb der gesicherten Sphäre der Wahrheit liegt, ist leicht zu erkennen, aber so „funktioniert“ in etwa der Psychiatriebetrieb.

„Das Buch nimmt Bezug auf die schweren psychischen Erkrankungen (Psychosen, schwere Depressionen und manisch-depressive Erkrankungen, schwere Angsterkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen). Im Zentrum der Psychiatrie war eine große Zahl psychiatrischer Forscher (Wissenschaftler, welche die neurowissenschaftlichen, psychologischen oder sozialen Aspekte der Psychiatrie beforschen) sowie klinischer und gesellschaftlicher Meinungsführer, Vertreter von Psychotherapieschulen und Medikamentenhersteller erfolgreich darin, Studienergebnisse zu produzieren und zu veröffentlichen, die oft nur der Bestäti-

gung *halbwahrer* oder falscher Hypothesen über die Natur und die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen dienen. Diese Studien versuchen, Licht in die Blackbox unserer Psyche zu bringen und angenommene »Störungen« im Gehirn, angeborene oder erlernte Denk-, emotionale und Verhaltensmuster zu erkennen und zu verändern. Sie bewegen sich jeweils in dem Referenzsystem, das dem Forschenden zur Verfügung steht“ (S. 13f.)

Weiter: „*Die Psychiatrie ist ver-messen* – nicht nur *wie* sie sucht oder neurowissenschaftlich oder psychologisch forscht, sondern vor allem, wenn sie die Halb- oder Unwahrheiten, die sie zutage fördert, für bare Münze nimmt, wenn sie die Ergebnisse als direkt anwendbare wissenschaftliche Erkenntnisse begreift sowie teilweise vermarktet, ohne die Grenzen ihrer Methodik in Rechnung zu stellen. Nicht die Forschung und die Publikationen, vielmehr der damit verbundene *Anspruch* und die damit einhergehende *Anmaßung* sind das Problem. Die Art der Vermessung des psychisch Kranken kann am sozialen Subjekt vollständig vorbeiziehen und selbst zum schädlichen Agens werden, und zwar vor allem, wenn sie zu biologischen (in der Regel medikamentösen) Therapieversuchen führt, die wie Schrotflintenschüsse in das Gehirn zielen und den Blick auf die psychischen und sozialen Konflikte [und die Wertkonflikte bzw. die konkrete Sinnfrage] hinter den Symptomen verstellen“ (S. 15).

Es sei mehr als zweifelhaft, ob bessere Scanner und versiertere molekulargenetische Methoden diejenigen Patienten jemals weiterbringen, die keine eindeutige organische Ursache ihrer psychischen Störung aufweisen (S. 16). „Dass die Psychiatrie hundert Jahre der Medizin hinterherhinkt, wie behauptet wird, ist keine psychiatrische Bescheidenheit, sondern eine Selbsttäuschung, impliziert diese Behauptung doch, dass wir mit naturwissenschaftlichen Methoden irgendwann »aufschließen« können und greifbare und therapierelevante somatische Korrelate psychischen Krankseins finden werden. Und diese Behauptung geht einher mit einer anderen, nämlich der, dass die medikamentöse Behandlung mit psychotropen Substanzen zwar schon segensreich sei, aber einfach noch besser werden müsse“ (S. 16f.).

Weiter: „*Mittlerweile häufen sich die Hinweise*, wie sehr die Entwicklung von Psychosen mit belastenden Erfahrungen und Traumata in der Kindheit verbunden ist. Das Aufwachsen in Familien mit problematischen Kommunikationsmustern oder schwierigen Rahmenbedingungen, Trennung der Eltern, Diskriminierungserfahrungen (aufgrund der Hautfarbe, der Religion usw.), Stress und Missbrauch jeder Art sind derart stabile Risikofaktoren für Psychosen, dass eine

davon unabhängige biologische Vulnerabilität deutlich relativiert wird. (...) Benachteiligungen werden transgenerational »vererbt«, Copingmuster werden weitergegeben und lassen die Betroffenen oft in einer frustrierten Spirale erfolgloser Versuche zurück, Anschluss an »die Gesellschaft« zu bekommen“ (S. 18f.).

„In der klinischen Praxis der »Versorgungspsychiatrie«, ist das Vertrauen in die Innovationsfähigkeit der Psychiatrie als Fachgebiet mittlerweile gesunken. Unsere Arbeit [als Psychiater] geht hingegen weiter, weil Patienten immer wieder in den Kliniken und Praxen kommen und nun mal behandelt werden müssen – und weil weiterhin viel Geld verdient wird in der psychiatrisch-therapeutischen Welt, auch wenn wir nicht immer viel bewirken. Medizinisch denkende und forschende Psychiater dominieren mit ihrem wenn auch nicht mehr ganz ungebrochenen Optimismus gegenwärtig die Grundausrichtung der Psychiatrie und geben ein an der somatischen Medizin orientiertes Bild psychiatrischer Erkrankungen an Tausende junger Psychiater und andere Berufsgruppen weiter“ (S. 19).

Dieses biomedizinische Paradigma, so Weinmann, hat langfristig bei den Patienten nicht viel Gutes bewirkt. „Die meisten Betroffenen konnten bisher nicht von Krankheitsmodellen überzeugt werden, in denen die psychische Krankheit im Wesentlichen als primäre Störung einer biologischen Funktion des Gehirns begriffen wird. *Weil sie nicht stimmen*“ (S. 20).

Dabei war und ist schon längst bekannt, „dass es soziale Beziehungen sind, die sowohl in der Therapie als auch bei der Reintegration in die Gesellschaft eine wesentliche Rolle spielen. Aber die Psychiatrie ist im medizinischen Selbstverständnis weniger ein Vehikel zur Förderung sozialer Beziehungen, sondern muss therapeutischen Ansprüchen genügen und spezifische medizinische Interventionen anbieten. *Muss sie das wirklich?*“ (S. 20)

Nein, muss sie nicht, antwortet Stefan Weinmann und führt dann aus: „Natürlich liegen den Denk- und Verhaltensmustern bei Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen biologische Phänomene zugrunde. Beim Stimmenhören passiert etwas im Gehirn, genauso wie wenn wir uns darüber ärgern, dass wir unseren Hausschlüssel vergessen haben. Aber was ist das »Störungsmuster«, das Symptomkonstellationen wie der sogenannten Schizophrenie oder der schweren Depression oder der Manie zugrunde liegt – Krankheitskonstrukten, die unsere Vorfahren vor mehr als hundert Jahren zu psychischen Diagnosen zusammengefasst und als »Gehirnerkrankungen« den Erkrankungen anderer Organe gleichgestellt haben?“ (S. 21)

Die moderne Psychiatrie versucht, die Verantwortung für die Störung in der Biologie anzusiedeln und die Schuld im biologisch „Anderen“ des kranken Gehirns zu verorten, so Weinmann (vgl. S. 23), und lässt außer Acht, dass psychische Gesundheit, stabile Affektlage und seelisches Gleichgewicht vielfach auch mit anderen Faktoren zu tun hat.

Exkurs 2. Seelische Gesundheit hat stark soziale und pädagogische Aspekte

Psychohygiene hat mit der psychischen [seelischen] Gesundheit zu tun und umfasst alle Maßnahmen, die geeignet sind, durch Erziehung, Aufklärung und Forschung den verschiedensten Formen der Fehlentwicklung und Fehlanpassung vorzubeugen.

Psychohygiene ist eine multidisziplinäre Wissenschaft – Pädagogik, Soziologie, Psychotherapien, Psychagogik usw. gehören dazu – zum Schutz, zur Pflege und zur Erlangung der seelischen Gesundheit.

Als ein Teilgebiet der Sozialpsychiatrie wurde die Psychohygiene vor allem durch den [in Deutschland geborenen] Schweizer Arzt HEINRICH MENG (1887–1972) in der akademischen Landschaft als eigene Disziplin [als akademisches Lehrfach] etwa zwischen 1920 und 1935 eingeführt und dann offiziell 1945 an der Universität in Basel etabliert. Meng legte Wert darauf, die Beziehungen zwischen dem Individuum und der Gesellschaft [der Familie] zu untersuchen. Ihm ging auf, dass seelische Gesundheit stark soziale und pädagogische Aspekte hat. Insbesondere Beziehungen zwischen Menschen, die nahe zueinander stehen, sind für die Entstehung mancher [nicht weniger] Krankheiten und mehr noch für die Behandlung und Rehabilitation bedeutsam. Das ist wahr. In diese Richtung argumentiert auch Stefan Weinmann, meinend, dass es an der Zeit ist, diesen Aspekten in der Psychiatrie mehr und mehr Aufmerksamkeit zu widmen, ohne die medikamentöse Therapie zu ignorieren dort, wo sie wirklich unabwendbar notwendig ist.

3. Mehr oder weniger bewusste Manipulationen in der Psychiatrie

Weinmann spricht von bewussten und unbewussten Manipulationen in der Psychiatrie, von Täuschungen und Selbsttäuschungen, weil die Psychiatrie vielfach dort „Gewissheit“ suggeriert, wo sie nicht gegeben ist, vor allem im Bereich der Studienergebnissen, und dann Diagnosen ableitet, die im besten Fall bruch-

stückhaft sein können, wenn wir nichts Genaueres über psychische Krankheiten wissen. Einer auf Vor-Urteilen basierenden „Behandlung“ und „Versorgung“ ist eine Ansage zu erteilen, denn es geht im Kern um ein Konzept, „wie Menschen mit schweren psychosozialen Beeinträchtigungen besser geholfen werden kann als mit einer Langzeitverschreibung von Medikamenten“ (S. 24). Letztere „Methode“ raubt dem Menschen die Fähigkeit zur Eigeninitiative, sperrt ihn in ein „Institutionssystem“ ein und, im besten Fall, „stabilisiert“ ihn auf niedrigstem Niveau. Und so plädiert Weinmann für die *Entbiologisierung*, *Entpsychologisierung* und *Entinstitutionalisierung* in der Psychiatrie, ansonsten werde „die Zahl der Chronifizierten und vom Versorgungssystem Abhängigen eher größer als kleiner. (...) Dabei gibt es eine Reihe erfolgreicher Modelle, wie wir helfen können, Chronifizierung zu vermeiden und Anreize für positive Lebensgestaltung trotz Vorliegen von Symptomen zu setzen“ (S. 24).

Zwischenbemerkung: Die Logotherapie und Existenzanalyse ist solch ein erfolgreiches Modell, auch wenn der Autor, bedauerlicherweise, nirgendwo die sinnzentrierte Psychotherapie nach Viktor Frankl ins Spiel bringt.

Weinmann belegt vielfach seine Behauptung: Es gibt bewusste Täuschung „seitens der pharmazeutischen Industrie, deren Studiendaten teilweise manipuliert wurden, um Medikamente [die oft sehr teuer sind] wirksamer erscheinen zu lassen“ (S. 24), dabei, so Weinmann, „müssen wir uns nicht selbst täuschen, um helfen zu können, wenn wir *die menschliche Beziehung* in den Mittelpunkt unserer Hilfe stellen“ (S. 25), wenn wir als Psychiater dahingehend wirken, dass Patienten wieder „an sinnstiftenden sozialen Beziehungen“ teilhaben.

Es sei die Geschichte der Psychiatrie, welche eine zentrale Bedeutung habe „für die Missverständnisse, denen wir aufsitzen“ (S. 25). Es sei schlichtweg falsch, daran festzuhalten, dass schweren psychischen Störungen eine Gehirnerkrankung zugrunde liege. Man müsse die Verfälschungen in der Wirksamkeitsbeurteilung und der Nutzung der Psychopharmaka erkennen lernen, und ebenso, dass das Konzept einer sogenannten „evidenzbasierten Psychiatrie“ ein fragwürdiges und oft in die Irre führendes Konzept ist. Psychosoziale Einflussfaktoren müssten viel mehr anvisiert werden, wenn wir schwere psychische Erkrankungen ein Stück weit heilen wollen und es sei an der Zeit, eine Reflexionsstrategie gegen Täuschung und Selbsttäuschung zu entwickeln, die dann den Hauptteil der psychiatrischen Lehrbücher ausmacht. Stark klingt der nächste Satz: „Den Einbezug von Menschen mit Erfahrungen aus psychischen Krisen in unser Hilfesystem, die Betroffenenkontrolle sowohl in der Behandlung als auch in der For-

schung nutzen wir nicht, *weil wir Machtverlust und Verunsicherung befürchten*. Doch das ist wieder nur ein Trugschluss und eine Selbsttäuschung. Betroffene erinnern uns immer wieder daran, nicht allen vermeintlichen Wahrheiten klinisch oder akademisch tätiger Psychiater anzuhängen, die ihre Erkenntnisse und Erfahrungen direkt umsetzen wollen, sondern den Menschen vor uns möglichst vor-urteilslos zu sehen mit seiner Geschichte, seinem Leiden und seinen meist vielfältigen Versuchen, sich selbst zu helfen. Oft reicht es, diese Versuche zu unterstützen, manchmal müssen wir sie anstoßen“ (S. 26).

Die bisherigen Gedanken sind aus der *Einleitung* (S. 8-26). Es folgt nun das Kapitel: »*Wir*« und »*sie*«: *Schemata in der Psychiatrie* (S. 27-76). Daraus werden nun Kerngedanken zitiert und ein Stück weit kommentiert.

4. Schemata in der Psychiatrie

Die Vorgehensweise der Psychiatrie sei vielfach von Unsicherheiten und Wissenslücken geprägt. „Die Standards und Regeln des Fachgebietes sind ein Versuch der Bewältigung von (beidseitiger) Hilflosigkeit“ (S. 27). Die Psychiatrie hat oft gar keine schlüssige Erklärung für die Verhaltensauffälligkeiten. Psychopharmaka sind keine Heilung, helfen nur manchmal „und lassen langfristig oft im Dunkeln, ob sie mehr geschadet oder mehr geholfen haben. (...) Viele Aspekte der klassischen Psychiatrie sind reaktiv und rückwärtsgewandt. (...) Die Psychiatrie bleibt ein eigentümlich verunsichertes Geschäft. Diese Hilflosigkeit wurde in den letzten hundert Jahren immer wieder kompensiert durch *Medikalisierung* und *Biologisierung* (das Gehirn sei krank), teilweise auch durch *Gesellschaftskritik* und *Ideologisierung* (die Gesellschaft sei krank und verrückt)“ (S. 28). Die historischen Hintergründe dazu haben wir schon in Kürze dargelegt. Hier noch ein Satz dazu: Wenn alles Biologie ist, wenn für alles das Gehirn verantwortlich ist, dann hat der Mensch als Subjekt und Person gar keine Verantwortung mehr und die Gesellschaft [die Familie, der Freundeskreis, das Gesundheitswesen als Ganzes] ist entlastet. In anderen Worten: die psychosoziale und die sozialetische Dimension werden in der biologischen Psychiatrie wegeskamotiert, d. h. zum Verschwinden gebracht.

Die folgende Klarstellung scheint mir ungemein wichtig und erhellend. Weinmann schreibt:

Medikalisierung bedeutet, „dass wir die Folgen seelischen Leidens, wie er am Betroffenen als *Symptom* sichtbar wird, kategorisieren, mit den uns zur Verfü-

gung stehenden Methoden vermessen und ihnen über die Konstruktion eines Zusammenhangs mit Rezeptorstörungen und strukturellen Auffälligkeiten eine professionell definierte Pseudogenauigkeit verpassen, um die Symptomträger den uns zur Verfügung stehenden Therapien zuzuführen. Diese Methode geht im Prinzip auf den deutschen Psychiater EMIL KRAEPELIN (1856–1926) zurück und hat sich seither kaum geändert. Wir leben immer noch in Zeit einer vermessenden Psychiatrie: Uns reichen wenige Gewissheiten, um tiefgreifende Eingriffe in Gehirn und Psyche zu rechtfertigen (vgl. S. 28f.). Ob die „Gewissheiten“ tatsächlich Gewissheiten im philosophischen Sinn bedeuten? Nämlich als unumstößliche Wahrheiten erkannt worden sind?

Exkurs 3. Das Personale entzieht sich der naturwissenschaftlichen Objektivierung

KRAEPELIN, der 1891 eine Professur in Heidelberg bekommen hatte, suchte nach Merkmalen von „natürlichen Krankheitseinheiten“, um naturwissenschaftlichen Objektivierungsvorstellungen zu genügen. Immerhin war er so selbstkritisch, dass er dort von sogenannten „funktionellen Störungen“ sprach, wo *keine organische Grundlage* erkennbar war bei Persönlichkeitsstörungen, Neurosen und bei Psychosen.¹³ Fügen wir gleich hinzu: Naturwissenschaftliche Objektivierungsvorstellungen als auf den Menschen angewandte (Natur-)Wissenschaft sind schlichtweg unfähig, „auf unpersönliche Weise mit dem Personalen, mit den Problemen des Wertes der Individualität, des Bewusstseins, der Schönheit, der Transzendenz oder der Ethik fertigzuwerden.“¹⁴ Und derselbe ABRAHAM MASLOW (1908–1970) hat die Forschungstechniken seiner Zeit als unzureichend erkannt und beschrieben, und hielt daran fest: Die erste Pflicht der Wissenschaft bestehe darin, „sich der ganzen Wirklichkeit, so wie der Mensch sie erlebt, zu stellen und alles, was ist, zu beschreiben, zu verstehen und zu »akzeptieren«. Eine Kardinalsünde des Wissenschaftlers [sei er nun Biologe, Psychologe oder Psychiater] bestehe darin, die Wirklichkeit zu leugnen oder bestimmten Aspekten von ihr auszuweichen, nur weil sie mit den bestgeschliffenen Werkzeugen [Methoden], die uns zur Verfügung stehen, nicht anzugehen sind. Die Schwächen der klassischen Wissenschaft [die immer nach der 1:1 Relation nach dem Schema

¹³ Vgl. BRÜCKNER, *Geschichte der Psychiatrie*, 111f.

¹⁴ MASLOW, *Die Psychologie der Wissenschaft*, 14.

Ursache-Wirkung sucht] machen sich am deutlichsten bemerkbar, so Maslow, auf dem Gebiet der Psychologie und Ethnologie, und, mit Weinmann gesprochen, auch auf dem Gebiet der biologischen Psychiatrie. Denn: Will jemand etwas über Personen oder Gesellschaften [oder über die Geheimnisse der Seele] erfahren, versagt die mechanistische Wissenschaft völlig, weshalb der Begriff der Wissenschaft so erweitert werden müsse, sagt Maslow, „dass sie in der Lage gesetzt wird, sich auch mit Personen, besonders mit voll entwickelten und vollständig humanen Persönlichkeiten zu befassen.“ Die Person transzendierende Werte und Realitäten sind in diesem erweiterten Begriff der Wissenschaft zu integrieren, so Maslow, und als primäre Aufgabe des Wissenschaftlers, natürlich auch des Psychiaters, müsse das Erkennen der einzelnen Person sein.¹⁵ Als Person in dieser Welt zu sein, heißt aber immer: einmalig, einzigartig und unwiederholbar zu sein, eine unantastbare Würde zu haben, jeder Klasse, Rasse und Masse gegenüber transzendent zu sein, und demnach auch nicht in eine Klassifikation der Erscheinungsformen psychischer Auffälligkeiten einpressbar zu sein. Als Person in dieser Welt zu sein, heißt auch, in der Daseinsspannung zwischen „Sein“ und „Sollen“ zu stehen, den Abstand des eigenen So-und-so-Seins vom Sollen zu erleben, wobei dieser Abstand an sich unaufhebbar und unabdingbar ist, um hier mit Viktor Frankl zu sprechen.¹⁶ So gesehen, ist eine Depression nicht bloß auf der Ebene des Symptoms zu fassen, sondern als existenzielle Bewusstwerdung darüber, „dass mein Sein dem Sollen meines Lebens etwas schuldig bleibt.“

Stefan Weinmann bejaht, dass Therapie und Diagnose zusammengehören, fügt aber hinzu: Die Äußerungen menschlichen Unwohlseins, [des Leidens der Seele] müsse in eine Sprache übersetzt werden, die Experten verstehen oder zumindest beschreiben können, und diese Übersetzung wurde aus der somatischen Medizin übernommen, das heißt: *Symptome* werden zu Symptomkonstellationen, also zu *Syndromen*. Diese können dann vermessen werden, „um die zugrundeliegende strukturelle oder funktionelle Störung aufzudecken und die Normalabweichung mittels chirurgischer oder pharmakologischer Intervention beseitigen oder wenigstens erträglich machen zu können. (...) Damit gewinnt der Therapeut gegenüber den Betroffenen, den Angehörigen und der Öffentlichkeit Professionalität und Sicherheit“, er wahrt dadurch eine professionelle Dis-

¹⁵ MASLOW, *Die Psychologie der Wissenschaft*, 23-26.

¹⁶ Vgl. Viktor E. FRANKL, *Die Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte*, München: Piper Verlag 1986, 231.

tanz und nimmt eine Rolle ein, „die auf seinen Wissensvorsprung zurückgeht und dazu ermächtigt, angenommenes oder tatsächliches psychisches Leiden zu verringern“ (S. 29f.). Auf die Psychopharmaka basierende Psychiatrie trifft es zu: „Wenn ich einen Hammer besitze, sehe ich eine Welt voller Nägel“ (S. 30).

„Niemand weiß, was bei einer Depression oder einer Schizophrenie im Gehirn passiert, aber wir behaupten, wir wüssten es zumindest zum Teil, und tun so, als handele es sich um Erkrankungen mit einer biologischen Verursachung – einer strukturellen oder funktionellen Störung im Gehirn. Dies hat weitreichende Folgen“ (S. 31).

Ja, und diese Folgen sind in den meisten Fällen nicht heilsam und nicht förderlich für eine Reintegration des Homo patiens in das Alltagsleben. „Ein wichtiger Schritt in der Psychiatrisierung von Normabweichungen des psychischen Erlebens und Verhaltens ist die *Isolation des beobachteten Symptoms vom sozialen Kontext*. Ein Oberschenkelhalsbruch ist immer gleich, ob ich ihn in der Wohnung des Patienten oder in der Klinik untersuche. Aber die relative *Kontextunabhängigkeit* medizinischer (Akut-)Erkrankungen trifft *nicht* für psychische Erkrankungen zu. (...) Psychische Symptome *existieren* nicht ohne sozialen Kontext“ (S. 31).

Das heißt weiterhin: „Paranoia, Beeinträchtigungserleben, Depressivität, Mani und Ängste existieren nur *in Bezug auf andere Menschen*. Alle Wahninhalte von Menschen mit Psychosen haben mit der Stellung des Wahnkranken in einem sozialen Kontext zu tun. (...) Die Isolation des Symptoms aus dem sozialen Zusammenhang macht dessen eigentliche Bedeutung und »Funktionalität« zunichte. Das Symptom wird zur eigenen Wirklichkeit, an der Therapien ausprobiert werden“ (S. 31f.). Das heißt: Der Homo patiens wird zum Versuchskaninchen.

Das Erleben und Verhalten des Patienten könne nur in seinem Lebensfeld begriffen werden, so Weinmann, aber man ist bemüht, ihn einer „evidenzbasierten Therapie“, zu unterziehen, „die eine Veränderung von Denk- oder Verhaltensmustern nach sich zieht – oder einfach nur Symptome unterdrückt. Hier der Betroffene, dort die sich kümmernde, aus der Sozialversicherung oder Steuergeldern bezahlte und als Organisation sich selbst erhaltende Klinik oder sonstige Institution. Daraus resultiert eine recht weit verbreitete Abneigung von Psychiatern, nach draußen ins soziale Umfeld des Patienten zu gehen: Die Furcht vor dem Verlust professioneller Distanz, die Sorge, das wohlvertraute Territorium der erlernten (Lehrbuch-) Psychiatrie mit ihren Hierarchien, Kategorien und Ab-

sicherungen zu verlassen und sich in die Sphäre des Patienten zu begeben, die sich sperriger und komplexer darstellt, als die Schablonen von Diagnostik und Therapien abbilden können“ (S. 32). Furcht aber, so meine Konklusion, ist niemals ein guter Ratgeber.

„Die Zurückhaltung psychiatrisch Tätiger, den sozialen Kontext der Patienten mit einzubeziehen, ist ein Akt der Vermeidung“, nach dem Motto: „Warum zu sehr auf Beziehungsdynamiken achten, wenn doch [nach dem früheren Paradigma psychischer Erkrankungen] das Gehirn im »Ungleichgewicht« ist? (...) Die Denkschablone von »wir« [die Fachleute] und »sie« [die psychisch Erkrankten] ist das folgenschwere Muster in der Psychiatrie“ (S. 33). Durch die diagnostische Benennung der Störung wird die Trennung zwischen „uns“ [den Fachleuten] und „ihnen“ [den psychisch Kranken] vollzogen (S. 33).

Dabei muss man zur Kenntnis nehmen: Die moderne biologisch orientierte Psychiatrie besitzt immer noch keine schlüssige theoretische Fundierung. Sie hat kein fundiertes Menschenbild, keine Anthropologie. Die akademischen Einrichtungen der westlichen Psychiatrie geben den Studenten und jungen Ärzten weiterhin Halbwissen weiter. Wieso? Zwei Gründe dafür nennt Stefan Weinmann: (1) Die Etablierung der Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet mit der Lehre von den Hirnerkrankungen als Ausgangspunkt. (2) Die soziale Funktion der Psychiatrie, auf welche die Gesellschaft – oder das Fachgebiet – nicht verzichten will oder kann, und die wir mit den Mitteln der Täuschung und Selbsttäuschung mehr oder weniger gut verarbeiten.

„Selbstkritik und Eingeständnis des Unwissens über psychiatrische Erkrankungen sucht man in vielen Artikeln moderner Psychiater – Ausnahme sind Thomas Szasz oder Klaus Dörner – vergebens. (...) Dass auch die Psychiatrie überfordert sein könnte, wenn immer mehr sozial desintegrierte Menschen »unterversorgt« angesehen werden [ein wichtiges Argument in der Psychiatrie zur Verteidigung des status quo] und in die therapeutische Zuständigkeit der psychiatrischen Versorgung fallen, wird wenig thematisiert, weil das Selbstbild vieler leitender Psychiater davon geprägt ist, eine wirksame und erfolgreiche moderne Psychiatrie anzubieten“ (S. 35). Doch: „Selten klaffen Leben und Lehre so auseinander wie in der biologischen Psychiatrie“ (S. 37), stellt Stefan Weinmann fest.

5. Folgen des Biologismus in der Psychiatrie

Der nächste zu bedenkende kritische „Punkt“ lautet: *Das gängige Paradigma* unter dem Begriff *Gehirnerkrankungen*, die man als *Folgen des Biologismus in der Psychiatrie* identifizieren kann (S. 38-76), hat sich als *irreführend* entpuppt. Die Dekade des Gehirns in den 1990er Jahre hat viel Physiologisches, aber auch viel Ideologisches zutage gefördert, und doch wissen wir immer noch nicht mit Gewissheit [die aber von manchen Gehirnforscher – medial aufgeblasen – suggeriert wurde], warum eigentlich jemand „depressiv wird oder eine Essstörung entwickelt oder sich von anderen Menschen verfolgt fühlt“ (S. 39). Wir wissen aber, dass sich inzwischen die Pharmaindustrie [nachdem sie durch Selbsttäuschung viel Geld verdient hat] „von der Melkkuh Psychiatrie abwendet und in medizinische Bereiche wandert, in denen mehr Innovationen zu erwarten sind: Neurologie, Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die pharmazeutische Industrie ist eben keine »ethical industry«, der die Verbesserung der Situation psychisch Erkrankter am Herzen liegt, sondern ein Geschäft wie jeder andere auch, bei dem es vorrangig um das Eine geht: Gewinn“ (S. 40). Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens insgesamt ist, in der Tat, ein großes und übles Problem. Die Macht des *homo oeconomicus* über den *homo ethicus* und *homo noeticus* ist erschreckend groß geworden. Ob das nicht auch einer Entartung gleichkommt? –

„Bemerkenswert sind die Schnelligkeit und Selbstverständlichkeit, mit der psychiatrisch tätige Ärzte auf ein Medikament (bzw. meistens mehrere) zurückgreifen, weil sie die Komplexität menschlicher Erfahrung auf einzelne Neurotransmitter reduzieren und bestimmte Symptome fokussieren, die den Aktivitätszustand einer psychischen Krankheit oder einer Krankheitsepisode anzeigen sollen. Die erschütternde Einfachheit dieses täglich gelebten Paradigmas ist vielen Therapeuten gar nicht mehr bewusst – vielleicht wollen sie es auch gar nicht wissen – oder sie sind von der Schwere der Normabweichungen und dem Elend, das sie bei ihren Patienten sehen, so betroffen, dass sie wie selbstverständlich zum Äußersten greifen – dem Eingriff ins Gehirn mit der Schrotflinte Psychopharmaka“ (S. 41).

Nach dem bisher Gesagten kann es einen nicht verwundern, wenn festgestellt wird, *dass nur der mächtigste Teil des Fachgebiets, nämlich die Vertreter der biomedizinischen Psychiatrie weiterhin unbeirrt an die dominante Rolle der biomedizinischen Psychiatrie und der biologischen Kausalfaktoren glaubt*. Daraus

folgt dann auch die Bejahung der dazugehörigen Interventionslogik, „unterstützt von den Herstellern und Anwendern von Medikamenten“ (S. 42). Was hierzu der philosophierende Nicht-Psychiater anzumerken hat, kommt in dem folgenden Exkurs zur Sprache.

Exkurs 4. Andere Gedanken über Depression (nach Dr. med. William Glasser)

Die von dem amerikanischen Psychiater Dr. Glasser (1925–2013) vertretene These, basierend auf seine sogenannte Realitätstherapie, klingt zunächst provokativ und in den Augen der biologischen Psychiatrie als eine Art „Häresie“. Gemeint ist folgende These: Auch die schwerste Depression ist zunächst einmal ein indirekter Hilfeschrei, und dann ebenso ein [mehr oder weniger bewusstes, aber jedenfalls] selbstgewähltes Verhalten, – sagt der amerikanische Psychiater Dr. William Glasser.

Wie jedes Verhalten setzt es sich aus den Anteilen Denken, Handeln, Fühlen, körperliche Reaktionen [und Einstellung/Haltung] zusammen.

Ein depressiver Mensch denkt, sein Leben sei nichts wert. Er handelt wenig, ist wie gelähmt. Er fühlt sich schlecht und hat Schmerzen, wie zum Beispiel Kopfweg.

Depression ist ein bestimmtes [vielfach auch selbstgewähltes] Verhalten, mit einer frustrierenden Lebenssituation [am Arbeitsplatz, im privaten Bereich] umzugehen. Wir können schließlich nicht einfach aus dem Haus stürzen, uns die Haare raufen und permanent und öffentlich herumbrüllen, wenn uns etwas nicht passt, wenn wir – aus welchen Gründen auch immer – zutiefst frustriert sind, weil uns der Vorgesetzte entlassen oder der Partner uns verlassen hat.

Also entwickeln wir eine Depression, um mit Ärger, Wut, tiefe Frustration und Enttäuschung so umzugehen, wie es sozial akzeptiert ist. [Depression ist sozial weitgehend akzeptiert.] Eine Depression ist für die Umgebung außerdem weniger gefährlich, als aggressiv und wütend zu werden [und aus einer blinden Wut heraus um sich herum zu schlagen].

Eine weitere provokative These [von Dr. Glasser] lautet: *Depressive leiden lieber, als ein anderes Verhalten zu riskieren.*

Obwohl sie selbst darunter leiden, erscheint [*erscheint!* = *scheinen!*] ihnen die Depression in ihrer Situation als das Beste, was sie tun können.

Dahinter steckt oft [aber nicht immer!] die Angst, zu versagen, erneut entwertet oder gar zurückgewiesen zu werden, sobald sie sich anders [nicht depres-

siv, sondern konfrontativ] verhalten. [Oder auch die Angst, dass diese Menschen mehr Verantwortung für sich selbst übernehmen müssen, wenn sie sich nicht mehr depressiv verhalten].

Drei typische Beispiele dazu: *Eine Frau* hat ernste Probleme an ihrem Arbeitsplatz und reagiert darauf mit einer Depression. Wenn sie, stattdessen, aktiv würde und sich beispielsweise um eine neue Stelle oder um eine fachliche Fortbildung bemühte, könnte es ja sein, dass sie dabei erfolglos bliebe [denn irgendwann hat sie sich gesagt, mir gelingt ja sowieso nichts so richtig – was eine problematische Einstellung ist!]. Und genau davor, vor der Erfolglosigkeit hat sie Angst.

Eine andere Frau wird lieber depressiv, als dass sie Forderungen an ihren Mann stellt, – zum Beispiel, dass er sie mehr achtet, – aus Angst, er könnte sie verlassen.

Ein Mann, der mit 42 zum zweiten Mal geheiratet hat, wird immer wieder depressiv, wenn seine Frau davon redet, wie gerne sie tanzen gehen würde. Er war früher kein Tänzer und meint, dass er nicht tanzen kann. Das sagt er aber nicht, aus Angst, verlacht zu werden. Also reagiert er mit einer Depression oder einer depressiven Episode.

Fazit: (Fast) jede Depression ist – vor allem und in erster Linie – auch ein selbstgewähltes Verhalten.

Fast jeder schwer depressive Patient hat einen sehr spezifischen, psychologischen Grund für seine Depression.

[Von der sogenannten endogenen (schweren, biochemisch verursachten) Depression abgesehen, die anscheinend auch medikamentöse Intervention erfordert], ist mit Dr. Glasser festzustellen, dass [nicht in allen, aber] *in vielen Fällen* der Depression die Situation der Patienten so aussieht:

- die medizinische Untersuchung hat nichts Auffälliges ergeben
- die Patienten selbst können auch keine mögliche Ursache benennen
- ihre Partnerschaft [und ihr Status in der Gesellschaft] ist gut
- finanziell gesehen, haben sie keine Probleme
- sie sind im Beruf im Großen und Ganzen zufrieden.

Und trotzdem, so Dr. Glasser, sind sie niedergeschlagen und antriebslos. Aber wenn wir dann weiter fragen, und uns auf die persönliche Geschichte des Betroffenen einlassen, stoßen wir auf etwas, das doch nicht in Ordnung ist. Dabei ereignet sich sehr oft Folgendes:

Das intensive Zuhören gibt den Patienten Gelegenheit, etwas über sich selbst zu erzählen. [Für das intensive Zuhören muss sich der Psychiater Zeit nehmen

und sich als Mensch auf einen anderen Menschen einlassen]. Für viele Patienten ist es vielleicht das erste Mal in ihrem Leben, dass ihnen jemand richtig und wirklich zuhört. Dann aber wird ihnen klar gemacht, – im Sinne einer sanft gestalteten Konfrontation, – dass sie selbst sich für die Depression entschieden haben. Es wird dazu gesagt: Das hat nichts mit Schuld zu tun, sondern vielleicht mit Selbstschutz und Selbstverantwortung. Das ist zunächst ein ungewöhnlicher Gedanke. Daraufhin staunen viele Patienten. Sie wollen dann wissen, was die eigentliche Ursache für ihre Depression ist. [Auch Patienten glauben oft, dass es möglich sei, eine 1:1 Relation nach dem Schema Ursache-Wirkung festzustellen. Doch das ist eher selten der Fall].

In den meisten Fällen liegt ein unerfülltes seelisches Grundbedürfnis vor. Dr. Glasser: Ich meine, dass in uns allen vor allem *vier seelische Grundbedürfnisse* angelegt sind:

- Das Bedürfnis nach *Liebe* [im Sinne auch der Zugehörigkeit].
- Das Bedürfnis nach *Macht* [nach Wirken und Bestimmenkönnen und als Einfluss ausüben können und als Wichtigkeit].
- Das Bedürfnis nach *Freiheit* [bei gleichzeitiger Wahrnehmung persönlicher Verantwortung].
- Das Bedürfnis nach *Freude* [sich selbst in der Freude zu bewahren, ist die spirituelle Aufgabe des Menschen in der zweiten Lebenshälfte].

Wird eines oder werden sogar mehrere dieser elementaren, vitalen seelischen Bedürfnissen nicht befriedigt, können wir darauf mit einer Depression reagieren. – Das ist die These von Dr. Glasser.

Bei Frauen ist, vor allem, der Mangel an Liebe und Zugehörigkeit das Motiv [für eine Depression]. Bei Männern ist, in erster Linie, die mangelhafte Leistung und eine Überforderung das Motiv.

Man muss unterscheiden lernen zwischen einem Auslöser [z. B. Verlust eines geliebten Menschen durch den Tod] und der Art und Weise, wie wir darauf reagieren [wie wir uns auf etwas Schicksalhaftes einstellen; ja, die richtige Einstellung spielt eine große Rolle].

Was den einen depressiv macht, bedeutet für den anderen – nach einer normalen Trauerphase – eine Chance zum Neubeginn.

Ein weiteres Beispiel. Eine Patientin liegt fast nur noch im Bett und hat Suizidgedanken. Wie geht man da nach der Technik der Realitätstherapie von Dr. William Glasser vor?

Zuerst findet man durch ein Gespräch heraus, welches Grundbedürfnis bei ihr nicht befriedigt wird. In diesem Punkt, so Glasser, bin ich sehr hartnäckig, das gehört zu meiner therapeutischen Technik.

Dann geht man im Gespräch auf eine Zeit zurück, in der sie noch nicht unter Depressionen gelitten hat. Man stellt der Patientin folgende Fragen:

- Was haben Sie damals gern getan, was hat Ihnen Spaß gemacht, was hat Ihnen Vergnügen bereitet?
- Wie, wann, mit wem haben Sie Freude – echte, tiefe Freude – erlebt?

Auf diese Weise, so Dr. Glasser, bekomme ich einen Anhaltspunkt, um die Patientin zu mehr Aktivität zu bewegen. Das ist der erste Schritt, damit sie wieder Kontrolle über ihr Leben gewinnt. Die Patientin erfährt auf diese Weise und Schritt für Schritt, dass sie über ihre Handlungen selbst bestimmen kann. Damit ändern sich auch ihre Gedanken, ihr Gefühl und ihre körperlichen Reaktionen. So bekommt sie die Chance, sich aus ihrer seelischen Erstarrung zu befreien.

Diese Vorgehensweise in der Therapie geht mit der Realität konform. Das heißt: Wir befassen uns mit realen Problemen und suchen dafür reale Lösungen. Es wird ein ganz konkreter Plan erarbeitet, wie die Patienten jetzt und in der Zukunft besser leben können. Phantasien, oder nur Vergangenheitsthemen, werden kaum bis gar nicht berücksichtigt. Wir bleiben am Konkreten, am Realen, an dem, was jetzt möglich ist.

In vielen Fällen lernen die Patienten in 6 bis 12 Monaten, die Kontrolle über ihr Leben wiederzugewinnen und ein effektiveres Verhalten [eine neue, gesunde Einstellung] einzuüben. Später können sie diese Methode eigenständig benutzen.

Es ist ganz wichtig für depressive Patienten, eine therapeutische Persönlichkeit zu finden, die nicht in der Vergangenheit arbeitet, die nicht Vater und Mutter beschuldigt, sondern sich auf das konzentriert, was Hier und Heute möglich ist.

Damit wird nicht geleugnet, dass unsere Vergangenheit uns sehr wohl beeinflusst, aber – und das ist sehr wichtig – wir können die Vergangenheit nicht ungeschehen machen. [Wir können aber heute zu der Vergangenheit eine neue Einstellung erarbeiten].

Wenn wir in der Kindheit nicht geliebt wurden, kann das zwar unsere Liebesfähigkeit heute beeinträchtigen, behandeln lässt sich das aber nur in der Gegenwart. [Die Einstellung zu etwas Belastendes in der Vergangenheit wird immer „je jetzt“ vollzogen.]

Letztendlich haben wir die Wahl:

Entweder beklagen wir uns ewig darüber, was unsere Eltern [oder andere Personen] uns angetan haben, und fühlen uns als Opfer.

Oder wir ergreifen die Initiative, wir werden aktiv, gestalten das Lebensmaterial und machen etwas Schönes aus unserem Leben.

Von Fall zu Fall mag nützlich sein, die Patienten alles selbst herausfinden zu lassen. Doch wichtiger ist, als Therapeut oder Therapeutin warmherzig, freundlich, empathisch und zugewandt zu sein.

Therapeuten müssen ihren Patienten helfen, etwas aus ihrem Leben zu machen, und nicht nur reden und gut klingende Ratschläge geben. Das ist so, als ob man mit einem Verhungerten über Kochrezepte plaudert, anstatt ihm eine Mahlzeit vorzusetzen.

Fazit: Jeder depressive Mensch kann eine bessere Wahl treffen. Die meisten [nicht alle] depressiven Patienten sitzen in selbstgemachten Gefängnissen [die aus Gedanken und Gefühlsmustern gemacht sind]. Sie können etwas tun, wenn sie fachliche Unterstützung dafür bekommen, in welche Richtung sie handeln sollen.

Die Prävention, um gar nicht erst in eine schwere Depression zu geraten, ist diese:

Sobald man merkt, dass etwas schief läuft, dass man niedergedrückt und lustlos ist, prüfe man bei sich selbst, wie steht es mit den vier seelischen Grundbedürfnissen:

- Fehlt es mir an Liebe, Macht [im Sinne von Wichtigkeit], Freiheit oder Freude?
- Übernehme man die Verantwortung für sich selbst.
- Suche und finde man einen Weg, sich selbst in der Freude zu bewahren.
- Man erwarte nicht, dass das Glück von einem anderen [oder nur von äußeren Faktoren] kommt, sondern man baue selber an das eigene Glück.

So in etwa kann Depression überwunden werden. So werden leichtere und mittelschwere Formen der Depression überwunden.

Die Hauptbeschränkung in Bezug auf die Realitätstherapie besteht darin, dass sie sich hauptsächlich und ausschließlich mit den aktuellen und gegenwärtigen Problemen der Individuen befasst. Da die von Dr. William Glasser als „Reality Therapy“ genannte Therapieform kein Trauma oder wiederkehrende Träume berücksichtigt, ist die einzige praktikable Arena, die Gegenwart des Patienten und sein Weiterkommen auf die bestmögliche Weise zu fördern, während der Einzelne sich daran erinnert, wie wichtig es ist, Verantwortung für die eigenen Hand-

lungen zu übernehmen und zu erkennen, dass man selbst diejenige einzigartige Person ist, die Freiheit und Verantwortung hat. In dieser Erkenntnis der persönlichen Verantwortung erweitert sich die Freiheit des menschlichen Individuums und seine Glückseligkeit kann intensiver werden. An diesem Punkt erheben sich kritische Stimmen, die sagen: Glassers Meinung, dass Menschen die Verhaltensweisen wählen, die sie bedrohen, indem sie sich für chronisch-depressive Denkmuster entscheiden und eine tiefe Psychose wählen, sei sehr problematisch. Glasser dagegen argumentiert, dass Geisteskrankheiten [müsste man nicht eher von mentalen Störungen sprechen?] neben der spezifischen Hirnpathologie auch das Ergebnis unbefriedigender gegenwärtiger Beziehungen oder allgemeiner Unzufriedenheit sind. Er anerkennt, dass es auch eine Hirnpathologie Depressionen verursachen kann, davor aber schaut er auf die seelischen Grundbedürfnisse [Liebe, Macht, Freiheit, Freude]. –

Zurück nun zu Stefan Weinmann. Wir betrachten nun das, was er zu diesem Thema Depression (S. 117-134) schreibt.

6. Zunahme der Depression in der Moderne

In den letzten zwei Jahrzehnten hören wir von Psychiatern zunehmend Warnungen vor der erheblichen und zunehmenden Verbreitung und den oft langwierigen, rezidivierenden Verläufen der *Depression*. Auch die Weltgesundheitsorganisation malt eine zunehmende Epidemie der Depression an die Wand. Gleichwohl finden die Experten bisher keine Erklärung, warum eine Zunahme chronischer (therapieresistenter) Depressionen in den letzten Jahren zu verzeichnen ist, so Weinmann (vgl. 117-119), und fährt dann fort: Es treffe einerseits zu, dass die Betroffenen einen immensen Leidensdruck durch depressive Symptome erfahren, andererseits „muss von einer seit der Zunahme der Verschreibungsraten wachsenden Vermarktung der Depression ausgegangen werden. (...) Die Pharmaindustrie hat schon lange diese wachsende Patientengruppe entdeckt und verdient weltweit Milliarden an Dollar und Euro – auch und vor allem an langfristiger Behandlung. Dabei geht es meist nur oberflächlich um die Verringerung von Leiden. Es geht insbesondere um Geld (und bei den Forschern um Reputation): Wo werden die Patienten therapiert, was ist die »richtige« medikamentöse Behandlung, wer bekommt das Geld der Krankenkassen?“ (S. 119) Ein besonders perfides Beispiel für die Vermarktung eines neuen Antidepressivums leistete sich der Hersteller von Brintellix, die Details sind auf S. 120 nachzule-

sen. Ebendort heißt es: Ältere wie neuere Studien belegen, dass Medikamente „bei Depressionen oft nicht zu einem günstigeren Krankheitsverlauf führten.“ Die spezifische Wirkung von Antidepressiva auf die Depression stellt weitestgehend einen Mythos dar, so Weinmann, und dann trägt er Hinweise zusammen, warum Antidepressiva überschätzt werden. Zunächst besteht „ein Risiko für den einzelnen Psychiater, als fachlich inkompetent zu gelten, wenn er keine Psychopharmaka verordnet, zumal die Verschreibung oft auch eine Erwartung der Patienten und der Angehörigen ist“ (S. 122). Anstatt die genetische Basis für das Ansprechen oder das Scheitern von Antidepressiva zu suchen, so Weinmann, wäre es vermutlich sinnvoller, eine psychologische Erforschung des psychosozialen Bindungsgefüges vorzuziehen, wonach dann weniger die Medikamente, sondern die psychotherapeutische Bearbeitung und Begleitung die bessere Lösung. Fakt ist: *„Die Wirkungsweise von Antidepressiva ist trotz jahrzehntelanger Forschung ungeklärt. (...) Was eine Depression ist, kann niemand sagen. (...) Wir wissen schon lange, dass in der Medizin insgesamt Studien mit neu auf den Markt kommenden Medikamenten, die positive Ergebnisse dieser Medikamente zeigen, mit einer fünffach höheren Wahrscheinlichkeit veröffentlicht werden als jene, die keine überlegene Wirkung der Neuerung gegenüber Placebo oder Standardtherapie zeigen“* (S. 123). In anderen Worten: Es werden diejenigen Studien unterschlagen, die nicht erwartungskonform interpretiert werden können, weil, – ja, – weil *Erwartungen* [der Pharmaindustrie] zu erfüllen oder *die Wahrheit eines Sachverhaltes* zu erkennen, zwei völlig verschiedene Dinge sind.

Exkurs 5. Vorurteile verhindern die Erkenntnis der Wahrheit

Sowohl in der Wissenschaftsgeschichte als auch in der politischen Geschichte Europas gab es schon öfters Situationen, in denen die Erwartungen und die Vorurteile von der Erkenntnis der Wahrheit, des realen Geschehens weggeführt haben. In der Medizingeschichte etablierte sich irgendwann [im 18. und 19. Jahrhundert] die Auffassung [das Vorurteil], dass der Mensch lediglich physikalisch-biologisch-chemisch-neurophysiologisch „funktioniere“ und alles, was man früher als Seele und Geist, als seelisches und geistiges Phänomen, und später, seit Max Scheler, als geistige Person nennt, sei „nicht anderes“ als Epiphänomen seines biophysischen Organismus. Diesem Vorurteil huldigen heute noch einige der sogenannten „Hirnforscher“.

Ein politisches Beispiel für die fatale Wirkung der sogenannten Erwartung findet man in der NS-Zeit. So war es spätestens nach dem 06. Juni 1944 für die Kenner und Könner in der Wehrmacht definitiv klar, dass der Krieg verloren ist, aber der ideologische und politische Druck der NS-Herrscher, die von einer Wunderwaffe gefaselt haben, die bald alles zum Sieg des Dritten Reiches wenden würde, *verhinderte die Anerkennung des wahren Sachverhaltes* bzw. die Wahrheit des damaligen Kriegsgeschehens. Die Folgen waren extrem tragisch und katastrophal: Die Zahl der zwischen Juli 1944 und Mai 1945 getöteten Soldaten war größer als die davor Getöteten. Sich den Negativfolgen einer Reihe von Fehlentscheidungen zu stellen, war in der politischen Geschichte Europas nur von Seltenen und äußerst selten praktiziert worden. In der Wissenschaft sieht es etwas besser aus, da die Selbstkorrektur als Prinzip der wissenschaftlichen Forschung inhärent ist. Auch in der Psychiatrie? – Selbstkorrektur setzt jedenfalls die intellektuelle Redlichkeit der Forscher voraus. Zurück zu Weinmann.

„*Ein beliebter Trick*, um Negativstudien positiv zu machen, ist es, sogenannte Sekundärparameter zu verwenden, bei denen (meist zufällig) eine signifikante Wirkung vorhanden war – und die primären Parameter zu unterschlagen“ (S. 124) „Mittlerweile sind immer mehr Forscher und Kliniker der Ansicht, dass die kleinen Unterschiede in der Wirkung von Antidepressiva und Placebo ein methodisches Artefakt darstellen, da die Studien erwartungskonform gestaltet werden und das Design dazu dient, die Medikamente in besserem Licht erscheinen zu lassen“ (S. 125).

Die sogenannte Erwartungseffekte, schreibt Weinmann, spielen nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in Psychotherapien eine Rolle: „Die Unterschiede bei der Durchführung kognitiver Verhaltenstherapie oder psychodynamischer Therapie gegenüber einer Placebobehandlung oder abwartender Beobachtung sind nicht außergewöhnlich hoch. (...) Die Erwartungseffekte sind bei chronifizierter Depression geringer, was die Wirkung jeder Therapie bei länger dauernder Depression beeinträchtigt. Erwartungseffekte stellen die Wirksamkeit der Psychotherapien nicht infrage, relativieren aber deren »Spezifität«. Und: Über Psychotherapie lernen wir weit mehr als nur die Bewältigung der aktuellen Depression, während wir durch den Eingriff des Medikaments ins Gehirn nichts »lernen«, höchstens, dass wir eine biologische Störung in uns tragen. Eine interessante Auswertung zur Unterminierung der Erwartungseffekte lieferten Arif KHAN und Walter BROWN (2015). (...) Die Ergebnisse zeigten, dass das Ausmaß

der Symptombesserung unter Placebo bei nicht pharmagesponserten Studien größer ist als bei der Registrierungsstudien der Industrie“ (S. 126f.).

Man kann hier nicht alle vom Autor zitierten Studien in Einzelheiten aufzählen, man sollte diese Seiten, wie das ganze Buch, gründlich lesen und studieren. Die Ergebnisse sind relevant und hoch interessant, nämlich: (1) Sukzessive medikamentöse Therapieversuche machen die Betroffenen für künftige Depressionen anfälliger. (2) Der allgemein akzeptierte Befund, dass Antidepressiva von Rückfällen schützen, ist sehr fraglich. (3) Psychotherapeutische Interventionen führen zu einer Senkung der Wiedererkrankungsrate um mindestens ein Drittel und sind offensichtlich nachhaltiger als ein Antidepressivum. (4) Ein bitteres Kapitel der Psychatriegeschichte ist die Verabreichung von Antidepressiva an Kinder und Jugendliche, die bis vor Kurzem gängige Praxis war, obwohl eindeutig nachgewiesen werden konnte, dass sie hier unwirksam sind (vgl. S. 129f.). (5) Viele Befunde verweisen darauf, dass Antidepressiva die Vulnerabilität für Depressionen erhöhen. Sie bringen viel mehr Nebenwirkungen mit sich (einschließlich einer erhöhten Rate an Suizidalität) als bisher gedacht. Sie sind wenig wirksam – wenn überhaupt, dann nur bei schweren Depressionen. Doch der Begriff »Antidepressivum« ist falsch und irreführend – „er ist manipulativ und kann bestenfalls beim Einzelnen Hoffnung und Selbstwirksamkeitsprozesse anstoßen, obwohl es sich dann um *psychologische* Effekte und nicht um die ursächliche Wirkung der Substanz handelt“ (S. 131).

Der Frage: *Ist Psychiatrie eine Wissenschaft?* (S. 135–158) wird ein eigenes Kapitel gewidmet und nur die persönliche Lektüre vermag einen echten Erkenntnisgewinn bringen. Meinerseits beschränke ich mich wiederum auf einige Gedanken von Stefan Weinmann, die in mir Resonanz hervorrufen. Außerdem widme ich eine kritische Reflexion dem Begriff der Wissenschaft und des Wissens, das ich von der Erkenntnis der Wahrheit abgrenzen will.

7. Ist Psychiatrie eine Wissenschaft?

Zunächst werden von Weinmann *das Wahnphänomen* und der Wahnkranke thematisiert, um zu fragen, was unterscheidet den Wahn von den Täuschungen, denen wir [Psychiater] bei seiner Behandlung unterliegen? Auch hier wird gesagt, es gebe keine allgemeine Definition des Wahns, zugleich aber fasziniert dieses Phänomen immer schon die Menschen allgemein und die Fachleute im Besonderen. Auf die Frage, warum Menschen an falschen, wahnhaften Überzeu-

gungen – an einer krankhaften Fehlbeurteilung der Realität – festhalten, haben u. a. Sigmund Freud, Emil Kraepelin und Kenneth Colby [ein amerikanischer Psychoanalytiker] Antwortversuche vorgelegt (vgl. S. 136), die Versuche geblieben sind, ohne Gewissheit. Denn: Was wir durch Forschungen entdeckt haben, „ist eine Reihe von Erklärungen für die dem Wahn zugrunde liegenden *psychologischen* Mechanismen. (...) Der Wahn ist eine zentrale Herausforderung in der Psychiatrie, weil (...) bestimmte unkorrigierbare Überzeugungen zu Eigen- oder Fremdgefährdung führen können und weil Psychiatern die Verantwortung übertragen wird, zu beurteilen, ob der Wahnkranke für seine Taten verantwortlich oder eben »krank« ist. Entscheidend ist, ob man wahnhaft bezüglich bestimmter Sachverhalte sein und dennoch seinen Alltag gestalten kann“ (S. 138f.).

Stefan Weinmann vertritt den Standpunkt, dass die Wahninhalte sehr wohl mit der Biographie des Betroffenen zu tun haben, obwohl viele Experten die Inhalte des Wahns für die Therapie als nicht relevant erachten. Aber: „Der Wahnkranke macht nichts anderes als jedermann – und ähnelt auch dem Wissenschaftler, der Evidenz für vorgefertigte Hypothesen sammelt: Er interpretiert die Welt auf dem Boden seiner (Vor-)Urteile. Diese Vor-Urteile hängen mit seiner Stellung in seinem sozialen Umfeld zusammen. Ähnliches gilt auch für unsere Vor-Urteile als Psychiater“ (S. 139).

Das Vor-Urteil des Psychiaters lautet: Ein medizinisch-biologisches Modell von Psychosen besagt, dass dem Wahnkranken vor allem Medikamente zu geben sind, „die auf Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Acetylcholin, Histamin und andere Neurotransmitter wirken und die unter anderem die Informationsfilterfunktion beeinflussen. (...) Die *Wahndynamik* wird damit gestoppt, nicht aber die *Wahninhalte* und die *Bewertungsarbeit* des Individuums. Die Arbeit der Veränderung der Bewertung leistet der Betreffende dann selbst“ (S. 140).

Der Aspekt der Biologisierung der Psychiatrie in der NS-Zeit „sagt uns einiges über die Schattenseiten der Entwicklung einer medizinisch orientierten Psychiatrie, die selbst in den »modernen« Schriften führender Psychiater aus der Gegenwart im Hinblick auf die heutigen Psychiatrieparadigmen unzureichend aufgearbeitet wurden. (...) Wir müssen uns bewusst sein, dass die überwertige Idee, mittels neurowissenschaftlicher Forschung die wesentliche Aufklärung psychischer Erkrankungen und ihrer »Ursachen« zu erwarten und zu versprechen, problematisch ist. (...) Nicht die Wissenschaftlichkeit einzelner Befunde der Hirnforschung, der Psychotherapieforschung oder der soziologischen Forschung ist problematisch, sondern der Anspruch der Wissenschaftlichkeit der modernen

Psychiatrie *an sich*. Das Kraepelin'sche Paradigma einer begrenzten Zahl von Typen oder Kategorien psychischer Erkrankungen (Dementia praecox – später Schizophrenie –, manische Depression, Paranoia) wurde nie wissenschaftlich bestätigt und gehört zu den großen Selbsttäuschungen des Fachgebiets, blieb allerdings bis heute die dominante Sichtweise. Viele Befunde sprechen mittlerweile sogar dafür, dass es keine klaren diagnostischen Einheiten in der Psychiatrie geben *kann* (S. 144).

In den letzten Jahren wird zunehmend auf KARL JASPERS (1886–1969) hingewiesen, der die zentralen Probleme der heutigen Psychiatrie, insbesondere der Diagnostik, vorhergesehen hat. Er sagte: „Das Seelenleben könne nicht auf eine begrenzte Zahl von Prinzipien zurückgeführt werden.“ Und: „Psychopathologische Phänomene können nicht mit somatischen Vorgängen erklärt werden, auch wenn natürlich das Psychische und das Somatische verbunden sind. Jaspers schrieb damals schon von »Hirnmythologie«, einem Begriff, der heute noch viel größere Gültigkeit besitzt. – Die zentralen Mechanismen der Selbsttäuschung in der Psychiatrie sind daher fast hundert Jahre alt: der Versuch, Psychisches zu quantifizieren und durch Anhäufen und Aufzählen von Einzelbefunden aus mehr oder weniger zufällig gefundenen oder systematisch verfälschten Korrelationen »Kausalitäten« zu machen“ (S. 145f.). Man stelle sich nur vor: ein Kind erleidet schwere Traumatisierungen, weil seine Eltern gewalttätig und sadistisch sind. Wie kann man so einen „verfälschten Anfang“ im Leben messen? Nach welchen Kriterien?

Auch in der Psychiatrie müsse die Suche nach der »Wahrheit« – als das am ehesten Gültige oder am besten Passende – maßgeblich sein, so Weinmann, und wir können nur gewinnen, wenn diese Suche *kooperativ* [sozialpsychiatrisch, biomedizinisch, psychotherapeutisch und phänomenologisch] erfolgt. Das große Problem in der Psychiatrie besteht darin, so Weinmann, „dass ein Konsens unmöglich ist, wenn eine Profession oder eine Methoden- bzw. Denkschule sich zum Herrscher über das Subjektive macht und über Meinungs- und Machtkartelle [Pharmaindustrie!] Diskurse an sich reißt, ohne die Gemeinten, nämlich die psychisch Kranken, ins Zentrum zu stellen und ihre Stimme zu hören, da diese keine anerkannte »Methode« des Erkenntnisgewinns anbieten können“ (S. 146).

Exkurs 6. Die noetische Dimension nach Viktor Frankl (1905-1997)

Die naturwissenschaftliche Art der biomedizinischen Psychiatrie, die sich ausschließlich durch Denkgesetze und empirische Überprüfung [wo dies überhaupt möglich ist] als solche erweist, hat sich bis heute nicht wesentlich gewandelt. Doch dort, wo es um das Subjektive und um das Geistig-Personale geht, wird man ohne das Einbeziehen der eigenen Seelenempfindung in die Forschung nicht auskommen. Ausnahmen bestätigen die Regel. Wo wissenschaftlich tätige Menschen sich entschließen, geistige Erlebnismöglichkeiten in sich aufzusuchen, da könnte – durch ihr *neu empfundenes* Wissenschaftsverständnis – eine humanere, eine dem Leben insgesamt dienende Wissenschaft entstehen, wobei das Wort *Wissenschaft* sich hier nicht auf das Messbare am Menschen beschränkt, sondern umfassend als Lebenswissenschaft, als Lebenserkenntnis, als Erkenntnis der Wahrheit und der Wahrheiten des Menschseins gemeint ist.

„Wer freilich Wissenschaft in einer Weise treibt, die ihn dem wachen *Leben* fremd macht, dem allein das Denken *dienen* sollte, der ist in gleicher Weise *seiner Träume Narr*, wie irgendein Besessener der Ausgeburten wirrer Wahnideen!“¹⁷ – Was hier als äußerst relevant festgehalten werden soll, ist dies: Die Wissenschaft soll dem wachen Leben dienen und was ein waches Leben bedeutet und was darunter zu verstehen und zu erfüllen ist, kann und muss der Einzelne in sich selbst erleben.

In einem anderen psychiatrischen Fachbuch, geschrieben von Tölle und Windgassen,¹⁸ kann man indirekt über die Bedeutung des Personseins lesen. Es wird im Zusammenhang zitiert:

„Alle psychischen Vorgänge gehen mit neurochemischen oder hirnelektrischen Veränderungen einher und sind an neuronale Aktivitätsänderungen gebunden; ständig werden so Informationen aus der [sozialen und natürlichen] Umwelt oder auch aus dem eigenen Körper aufgenommen und verarbeitet.“

Die vielfach sehr beeindruckenden Befunde [im Zuge der neueren neurophysiologischen Forschung sowie der Gehirnforschung] dürfen uns nicht dazu verleiten, sie unkritisch zu verallgemeinern und fragwürdige Aussagen zur

¹⁷ BÔ YIN RÄ (Joseph Anton Schneiderfranken), *Das Gespenst der Freiheit*, Bern: Kober Verlag 1990, 170.

¹⁸ Rainer TÖLLE, Klaus WINDGASSEN, *Psychiatrie einschließlich Psychotherapie*, Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2009. (15., erweiterte und zum Teil neu verfasste Auflage).

Ätiopathogenese psychischer Krankheiten [z. B. der Schizophrenie] daraus abzuleiten.

Anders als bei neurologischen Krankheiten ist *bei psychischen Störungen* nicht ein eindeutiger Funktionsausfall einer umschriebenen Hirnläsion zuzuordnen. Störungen des Erlebens und Verhaltens bei psychischen Krankheiten sind in ihrem Erscheinungsbild komplexer als körperliche Symptome und in ihrer Ausgestaltung variabel. Von den organisch-psychischen Störungen abgesehen sind neuroanatomische Auffälligkeiten bei psychischen Erkrankungen allenfalls statistisch-korrelativ nachzuweisen; vielfach sind die Befunde aber widersprüchlich. (...)

Die verschiedenen Areale des Präfrontalen Cortex sind jeweils in Form paralleler Schaltkreise mit subcortikalen Strukturen (Striatum, Pallidum, Thalamus) verbunden, was vor allem im Hinblick auf Zwangserkrankungen untersucht wurde. Insgesamt lässt sich bisher aber kaum erfassen, welche Bedeutung die hochkomplexen Verknüpfungen der verschiedenen Hirnregionen für die *seelischen* Vorgänge im einzelnen und speziell für die *psychischen* Erkrankungen haben.

Die Dichte dieser neuronalen Verknüpfungen ist dabei weder genetisch abschließend festgelegt, noch überhaupt statisch. Die in den synaptischen Spalt freigesetzten Transmitter übertragen nämlich nicht nur elektrische Impulse vom präsynaptischen zum postsynaptischen Neuron, sondern unter bestimmten Bedingungen können sie *auch intrazellulär* unter Vermittlung sog. second messenger genetische Informationen zur Bildung neuer Synapsen aktivieren (*neuronale Plastizität*).

In welchem Umfang dies geschieht, hängt u. a. davon ab, wie häufig und wie stark die jeweiligen synaptischen Verbindungen aktiviert werden und ist damit auch von Umwelteinflüssen [vom sozialen Milieu] abhängig. Mit Blick auf den Menschen folgt daraus: Ungünstige Erfahrungen in frühen Sozialisationsstadien [Scheidung, Trennung, Missbrauch, Entwertung, sensorische Deprivation, Vergewaltigung] können auch neurobiologisch zu einer erhöhten *Vulnerabilität* beitragen“ (Tölle, S. 16f.). Und bei der *anthropologischen Grundlegung der Psychiatrie* gilt noch zu bedenken, so heißt es bei Tölle und Windgassen:

Die Vielzahl der Arbeitsrichtungen und Methoden der Psychiatrie rufen nach einer anthropologischen Gesamtschau des Menschen als Ganzes. So will die aus der Philosophie entnommene *Phänomenologie* [welche die Befunde der biologischen Psychiatrie berücksichtigt] auf das Erfassen des Wesens und des Sinnes

dessen abzielen, was da [in einer Störung] in Erscheinung tritt und beobachtet werden kann. Dann aber steht nicht die einzelne Störung, sondern *die gesamte Erlebniswelt* des Kranken im Mittelpunkt des Interesses; dann steht nicht das Abnorme und Kranke im Mittelpunkt, sondern *die Seinsweise des Patienten an sich*, sein Dasein, sein „In-der-Welt-Sein“ (Tölle, S. 11), und, so können wir ergänzen: seine *Haltung* und *Einstellung* zum Dasein.

Tölle hebt noch hervor: Diese anthropologische Besinnung habe die psychiatrische Praxis nachhaltig beeinflusst, indem sie die Basis für *ein ganzheitliches Verstehen* und eine tiefere psychotherapeutische Kommunikation bildet. Denn für das diagnostische und therapeutische Vorgehen ist es *ein wesentlicher Unterschied*, ob man den kranken Menschen als psychischen Apparat, als ein biologisches Instinktwesen, als einen subtilen neurobiologischen Organismus usw. auffasst, oder aber *als Person* (Tölle, S. 11).

Ob Tölle an dieser Stelle mit „Person“ die von Viktor Frankl sogenannte *geistige Person* meint, geht aus dem Text nicht eindeutig hervor. Es steht uns aber frei, anzunehmen, dass die Einführung des Begriffes „Person“ auf die Ganzheitlichkeit des Menschen abzielt. Mit Bezug auf These 7 der Franklschen Thesen zur Person, kann noch präzisiert werden:

„Es ist die Person, die *die leiblich-seelisch-geistige Einheit und Ganzheit*, die das Wesen »Mensch« darstellt, *stiftet*. Allerdings kennen wir Menschen die geistige Person überhaupt nur in *Koexistenz* mit ihrem psychophysischen Organismus. Zumindest gilt dies von der Person zeitlebens, intravital, nicht postmortal.“¹⁹

Ich möchte an dieser Stelle, den Begriff Koexistenz ergänzend und erweiternd, hinzufügen: *Wir kennen die geistige Person im Zustand der Inkarnation als Geist im Leibe, als verkörpertes Subjekt, dessen Seele durch die Vermittlung des Körpers den Inhalt ihres Erlebens fassen kann. Körper, Seele und Geist sind zwischen Geburt und Tod in Koexistenz und bilden eine anthropologische Einheit in ontologischer Differenz.*

Es ist mir nicht bekannt, dass in den Lehrbüchern der Psychiatrie die hier angedeutete und auf Viktor Frankl zurückgehende Auffassung über die geistige Person eine Rolle spielt. Auch bei Stefan Weinmann konnte ich nicht entdecken,

¹⁹ Viktor E. FRANKL, *Logos und Existenz. Drei Vorträge*, Wien: Amandus Verlag 1951, 60. *Intravital* heißt hier: innerhalb des Lebens zwischen Geburt und Tod. *Postmortal* heißt hier: nach dem Tod des Körpers. Frankl sagt an dieser Stelle auch: Nur wenn die Person für *geistig* gehalten werde, werde sie aus der Sterblichkeit des Psychophysikums herausgehalten. Dieser zentrale Aspekt soll uns aber hier nicht weiter beschäftigen.

dass er den Psychiater Viktor Frankl erwähnen oder zitieren würde. Das ist an und für sich kein „Beinbruch“, es hätte nur zum Inhalt dieses Buches sehr gut gepasst, zumindest in einer Fußnote, z. B. in dem kurzen geschichtlichen Teil, einzublenden, dass es schon 1947 ein Buch gab, in dem der Psychiater Viktor Frankl u. a. Folgendes geschrieben hatte [sinngemäß und wörtlich zitiert]:²⁰

Alle Psychotherapie, vor allem jedoch die Logotherapie, [und sicher auch die Psychiatrie], hat das große geschichtliche „Modell“ einer *geistigen Auseinandersetzung* zum Vorbild, nämlich: *den sokratischen Dialog* als das klassische Gespräch von Mensch zu Mensch.

Statt eine Systematik über die konkrete Realität [des Homo patiens] zu stellen, sollten wir die Chance erkennen, „am konkreten Krankheitsfalle und an der gleichermaßen konkreten therapeutischen Situation zu lernen und zu lehren“ (S. 7). Weiter: Die psychotherapeutische wie die psychiatrische Praxis setzt Frankl zufolge „eine metaklinische Lehre vom Wesen des Menschen“ voraus, also eine philosophische Anthropologie, welche sich sehr wohl in die Praxis umsetzen lässt. Dazu seien Begabung als Erfindungsgabe, außerdem Improvisieren-Können, Intuition und das Individualisieren unerlässlich, hat doch die Psychotherapie [und die Psychiatrie] immer mit einzelnen Menschen zu tun. Darüber hinaus trifft es zu: Wann immer wir empirische Daten adäquat erfassen und die Welt der Erfahrungstatsachen nicht steril lassen wollen, tun wir gut daran, einen bestimmten Horizont [ein Bild vom Menschen] und einen gewissen Bestand an [psychotherapeutischen und psychiatrischen] Kategorien als vorgegeben zu akzeptieren (vgl. S. 8). Hierzu zählen nach Viktor Frankl folgende Merkmale:

(a) Menschsein heißt im Grunde [für etwas, für sich selbst, für andere] Verantwortlichsein. (b) Der Mensch ist ein Wesen, das um den konkreten Sinn seines persönlichen Daseins geistig ringt. (c) Dieses Ringen kann gelegentlich sehr wohl „unter dem Bilde“ einer Neurose [oder auch einer Schizophrenie] verlaufen, weshalb dieses Ringen, existenziell gesehen, irgendwie zweideutig ist. [Woraus folgt, dass der Fachmann in jedem Einzelfall genau hinschauen, hinfühlen und intuitiv erspüren muss, worum es eigentlich geht, was „der Fall“ ist und bedeutet]. (d) Der aus welchem Grunde auch immer neurotisch gewordene oder psychisch gestörte Mensch braucht ganz besonders den Halt am Geistigen. Dieses Merkmal

²⁰ Viktor E. FRANKL, *Die Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte*, Erstauflage 1947. Hier zitiert nach der Ausgabe von 1986, München: Piper Verlag. Seitenzahl im Text angegeben.

„ist eine weitere kategoriale Voraussetzung für den ganzen Aspekt, der unseren psychotherapeutischen Auffassungen zugrunde liegt.“ (e) Im geistigen Ringen des Menschen Beistand zu leisten, tun wir mit Hilfe der Logotherapie, die, kurz gesagt, als eine sinnzentrierte Psychotherapie bezeichnet werden kann (vgl. S. 9). (f) Darüber hinaus wird auch einem Eklektizismus bis zu einem gewissen Grade das Wort gesprochen, einem alten Praktiker zustimmend: Der Psychotherapeut [wie der Psychiater] soll keiner Schule angehören, aber alle Schulen sollen ihm angehören (Friedländer). Das heißt: Kein Gesichtspunkt darf verabsolutiert werden, denn in der Praxis wird der [psychotherapeutische und psychiatrische] Fachmann der Wirklichkeit und deren Ansprüchen nur dann gerecht, wenn er auf die Stimmen aller Forscher gehört, und dabei entdeckt, wie sie allesamt in ihrer Vielfalt einander so recht ergänzen. (g) In einer Zeit wie der heutigen [Frankl schreibt das 1947, also zwei Jahre nach Beendigung des Zweiten Weltkrieges] befinden sich die Massen in einem seelischen Notstand, den zu steuern gilt, einmal durch fachärztliche Intervention und Behandlung, dann aber auch kulturpolitisch, religiös und durch Erziehung zur Verantwortung. Hier zeigt sich die Forderung einer sozialen Psychotherapie [einer das Soziale berücksichtigende Psychiatrie] sowie die Notwendigkeit einer kollektiven, die breite Gesellschaft umfassende Psychohygiene. (h) Das alles kann nur das Werk von vielen sein, im Sinne einer Zusammenarbeit vieler Fachleute und Forscher, wobei der Forscher immer auch ein Lehrer sein sollte. Es kommt hier nicht darauf an, viel Eigenes und Neues zu geben, sondern der Praxis – dem kranken Menschen, dem *Homo patiens* – zu dienen. In diesem Dienst am kranken Menschen, ist der Forscher aufgefordert oder eingeladen, seinen Ehrgeiz, seine Eitelkeit und sein Streben nach Originalität zurückzustellen. – So weit Viktor Frankl.

All diese Kerngedanken des Psychiaters Viktor Frankl, veröffentlicht schon 1947, sind nicht nur hochaktuell, sondern sie ergänzen und vielleicht auch überwölben in einem gewissen Sinn all das Wertvolle, was Stefan Weinmann über die Vermessung der Psychiatrie ausführt. – So weit dieser Exkurs, zurück wiederum zu Stefan Weinmanns Buch.

8. Vorschläge zur Weiterentwicklung der Psychiatrie

Im letzten Teil seines Buches macht Stefan Weinmann konkrete *Vorschläge zur Weiterentwicklung der Psychiatrie* (S. 242-256). Sie sind sehr wichtig und können aus der Sackgasse und aus den Selbsttäuschungen des Fachgebietes he-

rausführen, wenn auch Jahrzehnte dauern wird, bis man solche Vorschläge, zumindest teilweise, wird umsetzen können. Gemeint sind (S. 243-248) diese:

- Ausweitung der gesellschaftlichen Perspektive
- Überwindung des pathologischen Blicks
- Überwindung der Diagnosen; Änderungen im Umgang mit den Psychopharmaka;
- Transformation psychiatrischer Kliniken
- Verknüpfung psychosozialer, medizinischer und psychologischer Aspekte (Psychiater sollten Kenner für Sozio-Psycho-Somatik sein, schreibt dazu Weinmann [S. 246]).
- Weiterentwicklung des Früherkennungs- und Frühbehandlungsparadigmas
- Änderung der Ausbildung von Psychiatern
- Weiterentwicklung der Identität des Fachgebietes.

In einem eigenen Gedankengang, und aus der Sicht des Dozenten für Logotherapie und Existenzanalyse nach Viktor Frankl, wage ich den Versuch, die von Weinmann genannten Vorschläge, mit dem folgenden Punkt zu ergänzen: Kenntnisse der existenzanalytischen Anthropologie, und vor allem des Konzeptes der *Dimensionalontologie*, würden den Fachleuten der Psychiatrie sicher gute Dienste tun. Sie würden die psychiatrischen Aspekte mit dem Konzept der noetischen Dimension des Menschseins ergänzen bzw. fundieren.

Ein ziemlich radikaler Paradigmenwechsel würde mit sich bringen, so Weinmann, „dass die psychiatrischen Lehrbücher umgeschrieben, Forschungsthemen und Forschungsmethoden verändert, Ausbildungsinhalte modifiziert und Betroffene zu selbstverständlichen (Co-)Therapeuten in den Behandlungsteams werden. Dies ist aber ein gradueller und langsamer Prozess. Bedeutsame Meilensteine sind aufgestellt und gute Texte sind vorhanden, die uns leiten können“ (S. 242f.). Genannt wird von Weinmann ein Buch von Dörner und andere mit dem Titel „Irren ist menschlich“ (Köln 2016). Genannt werden müssen aber auch die Texte der *phänomenologischen Psychiatrie*, wie sie in den Schriften von Thomas Fuchs in Erscheinung treten.²¹

²¹ Zum Beispiel: Thomas FUCHS, Stefano MICALI, Boris WANDRUSZKA (Hrsg.), *Karl Jaspers – Phänomenologie und Psychopathologie*, Freiburg: Karl Alber Verlag 2013. – Thomas Fuchs, Prof. Dr. med. Dr. phil. (geb. 1958) nach Studium der Medizin, Philosophie und Geschichte in München ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Karl-Jaspers-Professor für Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie an der

Noch zwei Gedanken nach Weinmann seien zitiert. Es sei unerlässlich, Änderungen im Umgang mit den Psychopharmaka herbeizuführen, denn: „Solange sich an der Praxis der Medikation mit Psychopharmaka nichts ändert, bleibt jede Weiterentwicklung der Psychiatrie Stückwerk. Diese Medikamente können ein psychisches Problem (vorübergehend) bessern (etwa psychotisches Erleben) und Druck aus dem System nehmen, schaffen aber oft neue Verletzungen (Rezeptorenanpassungen, Abhängigkeiten, Änderungen des Selbstbildes etc.), die zur Chronifizierung psychischer Probleme beitragen. Sie ändern dabei nichts an den krank machenden Mechanismen, berücksichtigen nicht die sozialen Einflussfaktoren und können zum Selbstläufer werden“ (S. 244). Hierzu hat DIE ZEIT (18. Dezember 2018) einen Beitrag geliefert, in dem u. a. zu lesen steht:

Ida erkrankte an einer schweren Depression. Geholfen hatten ihr eine Psychotherapie und auch ein Antidepressivum. Irgendwann begann sie, die Dosis zu reduzieren, Schritt für Schritt, zwei Monate lang. Der Arzt hat nie mit ihr darüber gesprochen, dass beim Absetzen bestimmte Symptome auftreten könnten. Der Arzt hat es versäumt, gemäß den Leitlinien Ida schon *vor* dem Beginn der Behandlung über Nebenwirkungen beim Absetzen von Antidepressiva aufzuklären. Ida ging es so schlecht, dass sie in der Notaufnahme landete. Und sie ist nicht die einzige, der es so schlecht ging, weil viele Ärzte sich nicht an diese Empfehlung halten.

Der dänische Medizinforscher PETER GÖTZSCHE sagt: Es gäbe zahlreiche Fälle wie die von Ida und zwar auf der ganzen Welt. Götzsche ist ein viel zitierter Wissenschaftler, unter Kollegen erntet er trotzdem Skepsis. Denn seine Kritik an wissenschaftlichen und medizinischen Standards ist kompromisslos – auch zum Absetzen von Antidepressiva. „Ausmaß, Dauer und Verbreitung von Absetzsymptomen werden systematisch heruntergespielt.“ Eine Studie aus dem Jahr 2018 habe gezeigt, „dass mehr als jeder zweite Patient von Absetzerscheinungen betroffen war. Und beinahe die Hälfte von diesen hat zudem angegeben, dass die Symptome sie sehr schwer belasteten. Außerdem haben die Beschwerden deutlich länger angedauert, als die Leitlinien nahelegen: Wochen bis Monate, in seltenen Fällen sogar Jahre“, sagt Götzsche. [In den deutschen Leitlinien heißt es: Ab-

Universität Heidelberg. Vorsitzender der „Deutschen Gesellschaft für phänomenologische Anthropologie, Psychiatrie und Psychotherapie“ (DGAP).] Siehe auch: Thomas FUCHS, *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan*, Stuttgart: Kohlhammer 2017. (5., erweiterte Auflage).

setzsymptome würden nur in Einzelfällen auftreten und in der Regel in ein bis zwei Wochen abklingen.] Tja, so kann man sich täuschen –, wenn man die Kritik von Gøtzsche vor Augen hält. Er fordert eine rasche Änderung der Leitlinien.²²

Wie schreibt Stefan Weinmann im Kontext der Pseudoerklärung der Schizophrenie? „Der Nachweis, dass es überhaupt Abnormitäten der Dopaminfunktion sind, die für die Symptome oder die »Krankheit« Schizophrenie verantwortlich sind, konnte *nicht* erbracht werden. Aber das durfte nicht sein. Wenn die Wirklichkeit nicht zur Theorie passt, muss die Wirklichkeit angepasst werden“ (S. 94). – So lange Interessen der Pharmaindustrie oder einer biologisch orientierten einseitigen (Pseudo-)Wissenschaft das komplexe Wesen „Mensch“ untersuchen, steht nicht die Wahrheit – das wahre Geschehen – im Mittelpunkt, sondern etwas anderes. Doch die eigentliche Wahrheit, „das Wahr-Bild“ des Menschen kann man auf Dauer nicht ignorieren. Die Wahrheit hat Vorrang – und zwar vor jeder Autorität, denn das Sein der Wahrheit ist schon vor ihrer Erkenntnis eine ontologische Wirklichkeit. Wahrheit *ist* bevor ich sie erkenne (Singular). Wahrheiten *sind* bevor wir sie [wissenschaftlich, philosophisch usw.] erkennen (Plural).

„Die Psychiatrie sollte von der Vorstellung Abschied nehmen, dass eine immer ausgefeiltere Vermessung des Menschen psychologische Probleme besser beschreibbar und behandelbar macht. (...) Neurowissenschaftler, aber auch alle Psychiater sollten immer auch in Strategien zur Vermeidung von Selbsttäuschung ausgebildet werden“ (S. 243). Sie sollten sich, sage ich dazu, die Grundlagen der Philosophischen Anthropologie aneignen und sich mit der geistig-personalen Existenz – mit der noetischen Dimension – des Menschen tiefer beschäftigen und in der Forschung darauf ausgerichtet sein, den wahren anthropologischen Sachverhalt oder Tatbestand zu erkennen. Empfehlenswert ist ebenso über folgende Aussage des Wiener Psychiaters Viktor Frankl aus dem Jahre 1950 zu meditieren: „Krank werden kann nur der psychophysische Organismus, aber nicht eine geistige Person.“²³

Fazit: Zur Kultur des Psychiaters gehört neben dem fundierten Fachwissen dazu, sich ein humanistisches Menschenbild anzueignen, in dem „Elemente“ wie: Sinnsuche, Werteorientierung, Staunen, Spiritualität, Freiheit und Verant-

²² Vgl. Bente LUBAN, *Der schwere Ausstieg. Medikamente können bei psychischen Erkrankungen helfen. Aber wie setzt man sie wieder ab?*, in: DIE ZEIT Nr. 53 / 18. Dezember 2019, 38. – Der Beitrag wurde hier verkürzt zitiert.

²³ Viktor E. FRANKL, *Homo Patiens. Versuch einer Pathodizee*, Wien: Franz Deuticke Verlag 1950, 6.

wortung, Gewissen, Humor, Glaube, Hoffnung, Liebe, Bezug zur Transzendenz als spezifisch menschlich anerkannt und gesehen werden.

Zur Kultur des Psychiaters gehört außerdem dazu, zu seiner ureigenen Seelenempfindung und zu seiner ureigenen geistigen Erfahrung einen lebendigen und durchfühlten Zugang zu bekommen. Damit bin ich beim Stichwort: Wissen, Wissenschaft, wissenschaftliche Forschung und Beweise. Das nun Folgende wird in Anlehnung an Abraham Maslow ausformuliert.²⁴

9. Interpersonales Ich-Du-Wissen als Paradigma für die Wissenschaft

Was einen Menschen, der [psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische] Forschung betreibt, zu einem besseren Wissenschaftler macht, ist: Über Selbsterkenntnis, Einsicht und Ehrlichkeit sich selbst gegenüber zu einer größeren seelischen Gesundheit zu kommen. Gemeint ist damit Folgendes: „Mache dich zu einem guten Instrument der Erkenntnis. Reinige dich, wie du die Linsen deines Mikroskops reinigen würdest. Werde so furchtlos, so ehrlich, so echt und so ich-transzendierend, wie du nur kannst“ (S. 72).

Das alles sei Voraussetzung, um [nicht nur als Wissenschaftler und Forscher] ein so fähiger Erkennender zu werden, wie nur möglich. Darüber hinaus muss man sich ein gutes, ein fundiertes Fachwissen aneignen, man muss kompetent, professionell, gut unterrichtet und gelehrt sein. Man braucht also Fachwissen und Beobachtungswissen. Unter dem Begriff „Wissen“ versteht der sogenannte orthodoxe Wissenschaftler: etwas betrachten, was man nicht selber ist, [z. B. die Sterne], Wissen von der äußeren physikalischen Welt, etwas Nichtpersönliches, etwas vom Wahrnehmenden Unabhängiges beobachten, untersuchen, sezieren, analysieren, das außerhalb der Sphäre des Menschlich-Personalen liegt. Was man da als Wissenschaftler entdecken kann, ist absolut beachtlich. Es handelt sich hier, mit Martin Buber gesprochen, um ein *Ich-Es-Wissen*, das zu erzielen gut möglich ist, wenn das zu erkennende Ding keine menschlichen Qualitäten besitzt; wenn es um physikalische, chemische, geologische usw. Gegenstände geht; wenn es also um die äußeren Strukturen unserer Welt geht. Aber selbst auf dieser Ebene des Wissens kommt derjenige weiter, sagt Maslow, der sensibel genug ist, um sich mehr in das zu beobachtende Ding einzufühlen bzw. das zu

²⁴ MASLOW, *Die Psychologie der Wissenschaft*. – Die Seitenzahl der Zitate ist im Text angegeben.

erkennende Ding in das eigene Selbst einzuverleiben. „Tatsächlich kann sich das als Unterscheidungsmerkmal für die Persönlichkeit von hoher Reife herausstellen. Es ist wahrscheinlich, dass ein gewisser Grad an Identifikation einen entsprechend Grad von Erfahrungswissen ermöglicht, indem man selbst das zu Erkennende wird und *ist*, anstatt völlig nur außenstehender Zuschauer zu bleiben“ (S. 75), oder gar ein „neutraler“ Beobachter zu sein, falls dies überhaupt möglich wäre. Objektivität wird oft mit Neutralität verwechselt, dabei ist, gerade aus der Quantenphysik schon längst bekannt, dass eine gänzlich neutrale Beobachtung der subatomaren Welt gar nicht möglich ist. Und Objektivität besagt: das zu Erkennende [sei es ein Mensch oder ein nichtpersonales Phänomen der physischen Natur] gibt sich nicht ohne Weiteres „in meiner Macht“ [als einem Erkennenden], sondern leistet mir Widerstand, bis es mir gelingt, es mit meinen besten Denk- und Gefühlskräften in meinen „Besitz“ zu nehmen. Der Begriff „objektiv“ bedeutet: Etwas ist da, etwas ist gegeben, etwas existiert, etwas ist immer schon im Sein, tritt mir, dem erkennenden Subjekt, entgegen, leistet mir Widerstand, auch wenn ich in meiner subjektiven Befangenheit oder Ignoranz oder Dummheit, oder aufgrund einer neurotischen Störung dieses „etwas“ leugne, ignoriere, übersehe oder unterdrücke. Der Sonnenschein ist auch dann ein objektives Naturphänomen, [und als solches unabhängig von meiner psychischen oder mentalen Verfassung], wenn ich blind oder besoffen bin, und aus meiner Blindheit oder aus meinem besoffenen Zustand heraus leugne, *dass* die Sonne scheint.

Wissen im Sinne der Wissenschaft, bedeutet sowohl den Durchbruch des Erkennenden zum Gegenstand, zum untersuchten Phänomen, [im Sinne von: Ich weiß, dass ich den astronomischen Sachverhalt erkannt habe], als auch den empfindungsbewussten Durchbruch der erkennenden Person zur andern Person [im Sinne von: Ich erkenne und erfühle dich in deinem So-Sein und ich erfühle deine Potenzialitäten]. Diese *zweite Form der Erkenntnis* hat einen anderen Charakter, als ein kohärentes Wissen über ein physikalische Phänomen. Diese zweite Form der Erkenntnis [eines Jemanden] setzt die ursprüngliche Selbstgegenwart der Person für sich selbst voraus, die so bei sich selbst ist, dass sie „beim anderen“ ist. Selbstgegenwart bedeutet: Bei-sich-Sein und Für-sich-selbst-präsent-Sein. Doch dieses Bei-sich-Sein ist niemals isoliert, sondern vollzieht sich in der Form des Seins-beim-Anderen. Und genau darin besteht das Wesen von: Lieben, Mit-Sein, Miteinander-verbunden-Sein, Bei-Sein und Bei-einander-Sein.

Dieses „Bei-sein“ ist eine *ontologische* [seinsmäßige] Wirklichkeit, nur möglich *aus der Geistigkeit* des Menschen. Immer schon *ist* der erkennende *und* lie-

bende, der liebende *und* erkennende Mensch *bei* dem Objekt oder/und Subjekt, das er erkennend liebt und liebend erkennt. Löst er sich aus dem lebendigen Kontext des *Ich – Du – Wir*, oder wird er mit Gewalt isoliert und aus der Personengemeinschaft ausgeschlossen, – und das geschieht immer wieder in der heutigen Psychiatrie, – dann wird er depressiv, fällt in ein Loch, gerät in ein Vakuum. In der Leere geht ihm noch einmal auf, dass der gelebte und erlebte Sinn keine Einbildung war. Und genau da kann, zum Beispiel, eine sinnzentrierte Psychotherapie anknüpfen.

Was noch bei Maslow in diesem Zusammenhang dargelegt wird, gehört nach meiner Einschätzung zum Besten, was zum Thema „Wissen“ und „Wissenschaft“ gesagt werden kann. Maslow schreibt:

Die oben genannte Identifikation [mit dem zu erkennenden Ding] könne dem Begriff „Liebe“ im weitesten Sinn subsumiert werden. So kann man diese Fähigkeit zur Identifikation, Wissen von innen heraus zu vergrößern im Hinblick auf Forschungszwecke „als Beispiel der Erweiterung des Wissens durch Liebe ansehen. Oder: Die Liebe zu einem Gegenstand vergrößert vermutlich auch *das Erfahrungswissen* über diesen Gegenstand, während fehlende Liebe das Erfahrungswissen über diesen Gegenstand verringert, obgleich ein solcher Mangel an Liebe sehr wohl *das Beobachtungswissen* bezüglich des betreffenden Gegenstandes vergrößern kann“ (S. 75). Das von Maslow angeführte Beispiel ist dieses: *Forscher A* ist von Schizophrenen völlig fasziniert, er begegnet ihnen mit Liebe, er sammelt Erfahrungen im Umgang mit ihnen und studiert sie auch leidenschaftlich und mit Hingabe. Er fühlt sich weitgehend in die Schizophrenen ein. Er geht mit ihnen, er nimmt an ihrem Leben Anteil und ist bemüht, sie „von innen zu erfüllen“. Diese Form des Erkennens und der Erkenntnis ist, in meinen Worten gesagt, Sache des Kenners und Könners.

Forscher B interessiert sich mehr für die Manisch-Depressiven, die er aber eher beobachtet und studiert von einer gewissen Distanz, die sicher nicht falsch ist. Hier ist der Kenner im Spiel.

Es ist zuversichtlich anzunehmen, so Maslow, dass die Schizophrenen sagen werden: sie würden sich bei *Forscher A* wohlfühlen, denn dieser „verstehe“ sie gut. Es ist diese Art des Erkennens, die Maslow mit Martin Buber als *Ich-Du-Wissen*, oder auch als Erfahrungswissen, Wissen von innen heraus, Wissen bzw. Erkennen durch Liebe, Seinserkenntnis, Fusionswissen, Identifikationswissen bezeichnet. Wenn wir also mehr über Menschen lernen wollen, schlagen wir

besser diesen Weg [des Wissens und der Erkenntnis] ein, konkludiert Maslow (S. 77).

Das „wissenschaftliche“ Studium des Menschen nach dem Muster der wissenschaftlichen Beobachtungen und Forschungen im Bereich der unpersönlichen und unbelebten Dingen, führt lediglich zu einem „Objektwissen“, das mit dem lebendigen Menschen als Subjekt und Person nur äußerlich etwas zu tun hat.

In der *Ich-Du-Beziehung*, die von [nicht berechnenden] Liebe begleitet wird, – die zwischen Familienmitgliedern, Partnern, Freunde und Freundinnen, aber auch zwischen Therapeut und Patient besteht, – sind Merkmale charakteristisch, wie diese: Der Wissende [Erkennende] ist einbezogen in das, was er weiß. Er [als Therapeut] steht ihm [dem Patienten] nicht fern. Er ist ihm nah. Er steht ihm nicht kühl, distanziert und emotionslos gegenüber, sondern er bringt ihm Wärme Wohlwollen, Wertschätzung entgegen und ist emotional. „Er besitzt Einfühlungsvermögen, Intuition im Bezug auf das Objekt seines Wissens, das heißt er identifiziert sich mit ihm, er fühlt sich [als Mensch] ihm gleich und bis zu einem gewissen Grad irgendwie mit ihm identisch. Er liegt ihm am Herzen“ (S. 134f.)

Kann das ein Paradigma für die Wissenschaft sein? Ja, für die psychologische, psychotherapeutische, psychiatrische, pädagogische und heilpädagogische Wissenschaften.

Die Vereinigung mit dem zu erkennenden Objekt bzw. Subjekt ermöglicht ein Erfahrungswissen, schreibt Maslow und fügt hinzu: So gelangen wir zu einem „Gesetz“ des Lernens und Erkennens, welches [in den Worten von Platon] lautet: *Wollt ihr etwas erkennen? Dann liebt es!* (S. 136)

Und Viktor Frankl hat es so ausgedrückt: *Das Gefühl des Herzens kann viel feinfühlicher sein, als der Verstand scharfsinnig.*

Wissen durch zwischenmenschliche Beziehung, in der die Liebe vorherrscht, ist, vermutlich auch in der Psychiatrie, „das bessere, das tiefere, das umfassendere Wissen“ und die dem Homo humanus – auch wenn er ein Homo patiens ist – angemessene Weise, ihn zu behandeln, zu begleiten, zu therapieren bzw. mit ihm zusammen, mit ihm gemeinsam, nach Wegen der Besserung zu suchen.

Wenn manche Forscher der „exakten“ Wissenschaft sich nur in der Denkgesetzlichkeit der strengen [Natur-]Wissenschaft bewegen, weil sie vorsichtig bleiben wollen, ignorieren sie die von philosophischen und spirituellen Kennern und Könnern überlieferte Lehre, die besagt, dass es Bereiche der Wirklichkeit gibt, die ein Mensch „wissenschaftlich“ erst durchdringen kann, wenn sie im [eigenen] *Erlebnis* sich eröffnet hat. Für die genannten Bereiche der Wirklichkeit, die sich

nur im eigenen Erlebnis „hergeben“ stehen uns im Deutschen zwei grundlegende Begriffe, zwei Grund-Worte zur Verfügung: *Seele* und *Geist*. Wenn schon das Wort Seelenheilkunde geprägt wurde, dann sollten zuständige Fachleute von der Seele zumindest eine Ahnung haben. Und wenn schon Wilhelm Humboldt von Naturwissenschaften, Sozialwissenschaften und Geisteswissenschaften sprach, die alle im Bereich der „Universitas“ ihren Platz haben, dann dürfen und sollen Psychiater, Psychologen, Pädagogen, Psychotherapeuten ein Wissen, ein Erkennen von Geist in sich haben.

Die Formulierungen, wie: seelische Empfindungsfähigkeit, geistige Einsicht, Licht des Geistes, Erfühlen der Tiefe der Existenz mit der Seele, Selbsttranszendenz und Wertföhllichkeit usw., besagen und bedeuten Wirkliches und bringen es wahrhaft erkenntnisnahe, sofern sich jemand auf die Lautmagie dieser und anderer Begriffe einlässt und auf das Erleben dessen, was sie meinen, worauf sie abzielen.

Dem wissenschaftlich Wirkenden, dem wissenschaftlich tötigen Forscher, dem Psychiater ist durchaus möglich, diese Bereiche zu „erforschen“, nachdem er sie *in sich selbst*, in seinem tiefsten Inneren erlebt und erfahren hat. Bildgebende Verfahren, die im Gehirn Strömungen messen, erschließen dem Forscher niemals die Wirklichkeit der Seele und des Geistes. Sich in die Seele des Homo patiens einföhlen zu können, setzt voraus, die ureigene Seele erföhlt und die eigene Geistigkeit erlebt zu haben. Von hier aus, gepaart mit einem fundierten Fachwissen, eröffnet sich der Weg für die Psychiatrie [Psychologie, Psychotherapie, Pädagogik usw.], eine wahrhaft hilfreiche Helferin für desorientierte, psychisch gestörte, unter Depression leidende usw. Mitmenschen zu werden, auch Medikamente einsetzend dort, wo sie unausweichlich notwendig sind.

Literaturverzeichnis

- BAUER, Joachim, *Das Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*, Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag 2007.
- BÔ YIN RÂ (Joseph Anton Schneiderfranken), *Das Gespenst der Freiheit*, Bern: Kober Verlag 1990.
- BRÜCKNER, Burkhard, *Geschichte der Psychiatrie*, Köln: Psychiatrie Verlag 2010.
- FRANKL, Viktor E., *Die Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte*, München: Piper Verlag 1986.

- FRANKL, Viktor E., *Die Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte*, München: Piper Verlag 1986.
- FRANKL, Viktor E., *Homo Patiens. Versuch einer Pathodizee*, Wien: Franz Deuticke Verlag 1950.
- FRANKL, Viktor E., *Logos und Existenz. Drei Vorträge*, Wien: Amandus Verlag 1951.
- FUCHS, Thomas – MICALI, Stefano – WANDRUSZKA, Boris (Hrsg.), *Karl Jaspers – Phänomenologie und Psychopathologie*, Freiburg: Karl Alber Verlag 2013.
- FUCHS, Thomas, *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan*, Stuttgart: Kohlhammer 2017.
- LUBAN, Bente, *Der schwere Ausstieg. Medikamente können bei psychischen Erkrankungen helfen. Aber wie setzt man sie wieder ab?*, in: DIE ZEIT Nr. 53 / 18. Dezember 2019, 38.
- MASLOW, Abraham H., *Die Psychologie der Wissenschaft. Neue Wege der Wahrnehmung und des Denkens*, München: Goldmann Sachbuch 1977.
- ROELCKE, Volker, *Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie unter Ernst Rüdin. Zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933*, in: Hans-Walter Schmuhl (Hrsg.), *Rassenforschung an Kaiser-Wilhelm-Instituten vor und nach 1933*, Göttingen: Wallstein Verlag 2003.
- SCHELER, Max, *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, Bern und München: Francke Verlag 1980.
- SCHNEIDER, Frank (Hrsg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Erinnerung und Verantwortung*, Berlin – New York: Springer Verlag 2011.
- TÖLLE, Rainer – WINDGASSEN, Klaus, *Psychiatrie einschließlich Psychotherapie*, Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2009.
- WEINMANN, Stefan, *Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets*, Köln: Psychiatrie Verlag, 2019.
- ZSOK, Otto, *Biologismus und Rassenwahn in Deutschland in den Jahren 1859–1939 im Licht der Logotherapie und Existenzanalyse Viktor E. Frankls*, in: Existenz und Logos Heft 20/2012, 38-63.